



Instituto Bienestar y Salud

Bienestar y Diabetes

desde una visión Integrativa

Memoria de Postgrado presentada para obtener el título de:

**Postgrado de Especialización Integración en
Salud desde la Psiconeuroinmunoendocrinología**

Coordinador: Prof.Dra.Margarita Dubourdieu Ph.D.Magister PNIE

Autoras: Amaral María

Romaguera Fanny

Romero Karina

Tutora: Dra. Adriana Pesce

Montevideo, 31 de Marzo 2017

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad con alta prevalencia y tratamiento complejo, cuyo abordaje requiere de un equipo interdisciplinario, adherencia al tratamiento y empoderamiento del paciente, en relación a la misma.

Desde una mirada integrativa se realizó una revisión bibliográfica, así como entrevistas a funcionarios de cuatro programas de atención a personas con diabetes de nuestro país. Para ello se elaboró un modelo de entrevista. Las mismas fueron sometidas a un análisis de contenido, y desde la fundamentación teórica se realizaron propuestas para fortalecer la atención proporcionada al paciente con diabetes, desde el enfoque de la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), contemplando cinco dimensiones: biológica, cognitiva, psicoemocional-vincular, socioecológica y trascendental. Se propuso la inclusión de la Medicina y Psicoterapia Integrativa como forma del abordaje multidimensional del paciente.

Palabras clave: Psiconeuroinmunoendocrinología. Diabetes. Psicoterapia Integrativa

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. REFERENTES TEÓRICOS DE LA PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA (PNIE)	9
1.1 Referentes epistemológicos	9
1.2 Constitución biopsíquica y facilitaciones tempranas	20
1.3 Neuroplasticidad	23
CAPÍTULO 2. DIABETES MELLITUS	24
2.1 Concepto	24
2.2 Prevalencia	24
2.3 Etiopatogenia	25
2.4 Clasificación	25
2.5 Síntomas y signos	28
2.6 Diagnóstico	28
2.7 Complicaciones	29
2.8 Tratamiento	31
2.8.1 Educación	31
2.8.2 Automonitoreo glicémico	32
2.8.3 Abordaje Psicosocial	33
2.8.4 Terapia Nutricional	35
2.8.5 Actividad Física	35
2.8.6 Tabaquismo	35
2.8.7 Terapia farmacológica	35
2.9 Prevención o retraso de la diabetes tipo 2	37

CAPITULO 3. ANÁLISIS DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN EN	38
DIABETES	EN EL URUGUAY
CAPITULO 4. APORTES DE UN ABORDAJE INTEGRAL PNIE PARA	47
EL	TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DIABETES
MELLITUS.	
4.1 Fase Didáctica	49
4.2 Fase Diagnóstica	51
4.3 Fase de Tratamiento	57
CONCLUSIÓN	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	64

INTRODUCCIÓN

“La Psiconeuroinmunología ha comenzado a disolver el dualismo de mente – cuerpo, cuerpo – ambiente, e individuo – población. Al llegar a la conclusión de que los estados del cuerpo existen en correlación íntima con el significado que el ser humano le da a sus experiencias”

(George F. Solomon)

A lo largo de la historia se ha intentado encontrar las causas de los procesos salud-enfermedad, y en esta intensa búsqueda se ha configurado una dicotomía entre el abordaje del cuerpo por un lado, y de la mente por otro; ya que no se encontraban fundamentos para la integración de ambas, y para un abordaje integral del ser humano.

Actualmente, en el campo científico se ha demostrado las relaciones existentes entre cuerpo y mente, y se ha comprobado la comunicación que presentan los diversos sistemas mediante la confirmación de receptores propios de un sistema, en otro: por ejemplo receptores para neurotransmisores (mediadores del sistema nervioso) están presentes en el sistema inmune y viceversa. A partir de esto, también se ha verificado cómo factores psicológicos inciden en la vulnerabilidad para enfermarse, pues dependiendo de los procesos cognitivos y psicoemocionales del individuo, se generan cascadas neuroquímicas que repercuten en otros sistemas.

La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) da fundamentos científicos de la interacción entre los sistemas psíquico, nervioso, inmunológico y endócrino, los cuales están en interrelación continua con el contexto social, cultural y ecológico. Es por esta razón que se hace necesaria la intervención de múltiples disciplinas

que conduzcan a una mejor comprensión de los procesos salud-enfermedad de las personas.

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad compleja y de tratamiento a largo plazo, o continuo hasta el día de hoy y que genera repercusiones en el funcionamiento de todo el organismo. Estas características hacen necesario un abordaje integral. En este sentido aplicar los conocimientos que aporta la PNIE en el tratamiento de la diabetes puede potenciar y fortalecer factores claves como la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes.

Desde un punto de vista epidemiológico la diabetes tiene una importante prevalencia a nivel mundial. En Uruguay la tasa de prevalencia se ha calculado en 8 % de la población, de la que se calcula 1,6% no han sido diagnosticadas, tasa que ha ido en aumento junto a la de la población mundial (Rita F. y García M. 2005).

La Federación Internacional de Diabetes (FID) afirma que es una enfermedad en creciente aumento, proyectándose cifras alarmantes para los próximos veinticinco años.

Al considerar a la diabetes un importante problema de salud pública y con graves consecuencias para la salud de las personas, se han desarrollado políticas de salud para atender este problema, políticas que se concretan en el desarrollo de programas en los servicios de salud. El objetivo de este trabajo es analizar en Uruguay qué tipo de servicios se prestan en lo que hace al tratamiento de la diabetes, para luego proponer estrategias desde un enfoque PNIE que puedan optimizar la efectividad de los mismos.

Para lograr este objetivo analizaremos una muestra de estos programas de atención en diabetes, a través de entrevistas con representantes de los prestadores de servicios.

Objetivos:

Objetivo General

- Evidenciar la importancia de abordajes integrales en los tratamientos de personas con Diabetes Mellitus, que den cuenta de la multidimensionalidad y multicausalidad que comprende a dicha enfermedad.

Objetivos Específicos

- Analizar los múltiples factores etiológicos que habilitan, mantienen y exacerban la Diabetes Mellitus en el tiempo; entre ellos los factores psicoemocionales.
- Favorecer un mejor pronóstico de la enfermedad y mejora en la calidad de vida.

Metodología:

En el presente trabajo se realiza una revisión bibliográfica referente a la Diabetes Mellitus, tomando aportes de organizaciones y autores relevantes en el tema; así como también otros contenidos bibliográficos que aportan a la visión integral de esta enfermedad.

En la práctica, realizamos cuatro entrevistas a referentes técnicos de programas dirigidos a pacientes con diabetes, de prestadores de salud de Uruguay;

analizando si los mismos abordan al usuario de manera integral y multidimensional, teniendo en cuenta los factores psicoemocionales personales que se presentan en el proceso salud-enfermedad.

Las entrevistas realizadas tienen carácter confidencial, los datos de las mismas quedan a disposición en la coordinación de postgrado para salvaguardar la identidad de los entrevistados.

De acuerdo con esta metodología, el desarrollo del presente trabajo pretende alcanzar los objetivos generales y específicos que fueron explicitados.

CAPÍTULO 1. REFERENTES TEÓRICOS DE LA PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA (PNIE)

1.1 Referentes Epistemológicos

La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) es una disciplina científica transdisciplinaria, que estudia y comprueba las interrelaciones entre el psiquismo (PSI), el sistema nervioso (SN), el sistema inmunológico (SI), y el sistema endócrino (SE), los cuales configuran la red Psiconeuroinmunoendócrina (Red PNIE).

Durante la década del 80 surgen numerosos estudios e investigaciones científicas acerca de la influencia que tienen los procesos cerebrales con el sistema nervioso, inmune y endócrino, y su relación con las enfermedades, y se demuestran científicamente las interconexiones existentes entre dichos sistemas. Comienza a entenderse como las emociones afectan a los procesos de salud-enfermedad, y a desmitificar la concepción de que mente y cuerpo son dos entidades absolutamente separadas e independientes; superando así la falsa dicotomía de enfermedades físicas y mentales.

La PNIE da fundamentos científicos a esta red, que opera en un contexto de interrelaciones sociales, culturales y ecológicas; y demuestra cómo dichos sistemas influyen en el inicio, curso y evolución de las enfermedades, así como también en la recuperación de la salud.

La PNIE comprende al ser humano desde una mirada integral, y considera que es una unidad psique-soma-entorno, condición propia del ser humano, es necesario realizar un abordaje multidimensional, identificando tanto factores generadores de enfermedad (de riesgo), como factores promotores de salud

(protectores). Para la intervención se definen cinco dimensiones a abordar: biológica, cognitiva, psicoemocional-vincular, socioecológica, trascendental (Dubourdieu, 2008). Dimensiones que contemplan y conforman la integralidad del ser humano, abordando todos sus aspectos para promover y fomentar salud de forma holística.

La dimensión biológica alude a las condiciones físico-biológicas de las personas, como predisposiciones filogenéticas y genéticas que traemos desde nuestra concepción, y las que vamos adquiriendo a lo largo de la vida. También refiere a las conductas basales: la alimentación, fundamental para proporcionar al organismo los elementos que necesita para funcionar de manera óptima, el ejercicio que promueve salud previniendo múltiples enfermedades; el sueño, ya que el buen descanso fortalece las funciones vitales del individuo y las conductas de eliminación debido a que hoy sabemos que 70% de las células del tracto intestinal son nerviosas; el intestino es llamado “segundo cerebro” por tanto cualquier modificación anímica tiene su repercusión en el intestino (Ortiz Arzelán, A. 2016).

Desde la PNIE, por las condiciones y estilo de vida del siglo XXI, se consideran como conductas básicas el sueño, la alimentación, eliminación y se han incorporado la relajación y el ejercicio físico, pues dada esta hiperactivación y el sedentarismo, se favorece el desarrollo de patologías que ponen en riesgo la salud.

La dimensión cognitiva refiere a la necesidad de reparar en los pensamientos y conductas de las personas, que también hacen a la salud de las mismas. Identificar pensamientos y creencias que tenemos de nosotros mismos y del

entorno, conductas y habilidades. Cabe recordar que cada vez que pensamos y/o procesamos un estímulo, los mismos tienen un correlato biológico y generan una cascada bioquímica que repercute en otras dimensiones.

La dimensión psicoemocional alude a vínculos afectivos que establecemos a lo largo de la vida, que pueden funcionar como saludables o estresores, así como la pertenencia a grupos sociales que ofician como redes de sostén. También integra aspectos individuales como el funcionamiento psíquico, personalidad, los mecanismos de defensa, esquemas y facilitaciones tempranas que contribuyen a este funcionamiento psicológico, que interactúa con el entorno. Dicho entorno es representado también por la dimensión socioecológica, en la que se encuentra inmersa la persona, y que integra factores físico ambientales y sociales, culturales, socio-económicos, recursos de la comunidad. Además refiere a los estilos de vida que adoptan las personas en relación con los múltiples factores provenientes del vínculo con el entorno; aspecto fundamental a tener en cuenta en la diabetes.

Otra dimensión que realmente es un gran aporte por su importancia, es la dimensión trascendental espiritual, que refiere al sentido de vida de la persona, cuáles son sus motivaciones, sus aspiraciones. Tiene que ver con la espiritualidad, que no refiere a una religión en particular, sino a los valores que persigue el individuo.

Así pues, dicho enfoque multidimensional del ser humano supera la multidisciplinaria, por la riqueza de aspectos a contemplar en los procesos salud-enfermedad, requiriendo del aporte y complemento de las múltiples disciplinas (interdisciplinaria), y postulando la necesidad de una transdisciplinaria, con un

mismo paradigma de comprensión que guíe el quehacer e intercambio desde cada disciplina.

Por su parte, aludiremos aquí a los referentes epistemológicos que sustentan la PNIE, y que aportan reflexiones a este enfoque integral del ser humano; ellos son: la Teoría General de los Sistemas, el Paradigma de la Complejidad, la Teoría del Caos y la Teoría del Estrés.

La Teoría General de los Sistemas, desarrollada por el biólogo Ludwig Von Bertalanffy (1901-1972) en el siglo XX, también aporta a la comprensión de la complejidad de los fenómenos y sus interacciones. *"Es necesario estudiar no sólo las partes y procesos aislados, sino también resolver los problemas decisivos hallados en la organización y el orden que los unifican, resultantes de la interacción dinámica de partes y que hacen el diferente comportamiento de estas cuando se estudian aisladas o dentro del todo"* (Von Bertalanffy 1976, Pag. 31)

Esta teoría postula que un sistema es un conjunto de elementos que funciona como un todo y que persigue un objetivo, siendo el todo más que la suma de las partes, las cuales están recíprocamente relacionadas configurando el todo, y no puede ser descrito por sus elementos separados.

Diferencia dos grupos de sistemas: cerrados y abiertos, a los cuales se les atribuyen cualidades diferentes. Nos dedicaremos específicamente a los sistemas abiertos, ya que todo ser vivo es un sistema abierto, al encontrarse en continuo intercambio de materia y energía con su medio circundante, construye y elimina componentes propios y nunca alcanza un estado químico y termodinámico constante, sino un estado de equilibrio dinámico.

Tales sistemas abiertos se encuentran en continuo intercambio con el ambiente y otros sistemas, por lo que el permanente flujo requiere de ajustes y de la búsqueda de nuevos estados de equilibrio dinámico.

Esta teoría da importancia a dos principios fundamentales: equifinalidad y multifinalidad. La equifinalidad plantea que en los sistemas abiertos el estado final no dependerá de las condiciones iniciales del sistema, ya que al estar en continua interacción e interrelación con el entorno, el mismo está expuesto a modificaciones, y por ello puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales, así como por diferentes caminos (Von Bertalanffy, Pag. 40). Es decir que la equifinalidad da flexibilidad y adaptabilidad al sistema abierto, pues dicho sistema consigue alcanzar mediante diversos caminos, el mismo resultado final.

No obstante, el proceso inverso es el de la multifinalidad, que también es posible en los sistemas abiertos, donde de condiciones iniciales similares, pueden alcanzarse estados finales diferentes. Esto se debe a las modificaciones que se van generando en el sistema, por las interacciones y permanente flujo que mantiene el sistema abierto con el entorno, interrelaciones que son difícilmente predecibles, y serán diferentes para cada sistema, o en este caso, para cada ser humano.

El Paradigma de la Complejidad (1994), postulado por el investigador Edgar Morin, surge del intento de comprender e integrar la visión del ser humano y el cosmos, que había sido separado o acotado por el paradigma mecanicista en los siglos anteriores. Deja atrás la visión reduccionista y mecánica del universo, tendiendo a separar los elementos de un sistema para analizarlos; elementos

que para este modelo se encuentran dispuestos en un orden jerárquico, y donde mantienen relaciones de causa-efecto.

Este Paradigma propone una visión multidimensional, pues cada una de las dimensiones parcializadas que abordaba el anterior paradigma, está en constante interrelación, y componen la integralidad del sistema. Es fundamental percibir la multiplicidad y diversidad que existe en la unidad (por ejemplo, el ser humano).

Edgar Morin plantea tres principios que se manifiestan en la complejidad: dialógico, recursividad organizacional, y hologramático. El primero tiene que ver con la existencia de la dualidad dentro de la unidad: "Orden y desorden son dos enemigos: uno suprime al otro, pero al mismo tiempo, en ciertos casos, colaboran y producen la organización y la complejidad." (Morin, 1994. Pág. 106)

El principio de recursividad organizacional refiere a que tanto los productores y sus consecuencias, son causa y efecto de ellos mismos, es decir que unos influyen sobre los otros para mantener el proceso dinámico en el que se encuentran. Por ejemplo, desde la PNIE, podríamos pensar en que, ideas y pensamientos positivos estimulan la secreción de serotonina, y ésta a su vez, aumenta el estado de bienestar de la persona. Esto impide que podamos pensar los procesos con causalidad lineal, es decir, linealidad causa-efecto, pues todo lo que es producido, a su vez es productor del ciclo. En palabras de Edgar Morin "todo lo que es producido reentra sobre aquello que lo ha producido en un ciclo en sí mismo auto-constitutivo, auto-organizador, y auto-productor"

Por último, el principio hologramático plantea que la parte está en el todo, y el todo está en la parte. Esta postura también rompe con la idea de linealidad y unicausalidad expresada por el paradigma de la simplicidad.

Este paradigma intenta comprender a los sistemas, teniendo en cuenta la complejidad de las interacciones que se establecen, y mediante las cuales van surgiendo nuevos emergentes y estados dinámicos.

La Teoría del Caos desarrollada por Ilya Prigogine (1917-2003) es un importante referente para el enfoque de la PNIE, ya que expresa que los sistemas al estar expuestos a perturbaciones internas y externas, tienden a establecer estrategias para encontrar un nuevo estado de equilibrio dinámico. Así, en esta tendencia a su máximo desorden, mediante la autorregulación, buscan la homeostasis del mismo, y se generarán nuevos estados dinámicos y una nueva organización del sistema. Por este alejamiento del estado del equilibrio, se denominan estructuras disipativas.

Esto indicaría que los sistemas abiertos presentan aspectos caóticos y por lo tanto no son determinados y previsibles; propiedad que es fundamental para tener en cuenta en los individuos.

En esta nueva organización y estado de los sistemas, surgen nuevas propiedades, que no estaban presentes antes. Es por ello que esta teoría refuerza la idea de abordaje integral de los sistemas abiertos, ya que éstos presentan una mayor complejidad por sus interrelaciones, y por la no linealidad de conductas de los mismos; no siendo posible la predictibilidad de dichos sistemas. Este concepto traducido a los procesos salud-enfermedad, nos lleva a

no realizar pronósticos definitivos, posibilitando una respuesta diferente en cada ser humano.

La Teoría del Estrés es desplegada por el fisiólogo Hans Selye, quien en 1936 realiza investigaciones con animales de laboratorio, sometiéndolos a situaciones de estrés, para mostrar la influencia que tiene el estrés en la capacidad para adaptarse o enfrentarse a las situaciones, de los sistemas vivos. En estos experimentos se observaba un aumento en la toxicidad hormonal, sobretodo del cortisol, y que además generaba daños en los sistemas (ej: úlceras).

En un principio define al estrés como las respuestas y modificaciones normales producidas para adaptarse ante los estímulos externos o internos que generan perturbaciones. Luego diferencia el estrés del distrés, donde el primero refiere a esas respuestas normales antes mencionadas, y el segundo como un sistema de respuesta disfuncional. A partir de este último describe el Síndrome General de Adaptación.

El Sistema General de Adaptación se expresaría a partir de respuestas ante el estrés, que prolongadas y sostenidas en el tiempo, pueden configurar la Enfermedad General de Adaptación. El mismo presenta tres fases: alarma, resistencia y agotamiento.

La fase de alarma se expresa ante la percepción de una situación de estrés, donde se generan alteraciones fisiológicas, caracterizadas por una activación fundamentalmente del sistema simpático que preparan al individuo para la lucha o huida. Si esta situación perdura, se pasa a la fase de resistencia, en la que se despliegan recursos de forma estratégica para adaptarse a la situación estresante, y que sea lo menos dañina para el ser vivo. En esta etapa, a nivel

fisiológico va a predominar la respuesta hormonal córtico-límbico- hipotálamo-hipófiso-adrenal con aumento de la producción de glucocorticoides. Si la situación de distrés se cronifica, seguramente los recursos se agoten y se llegue a la fase de agotamiento. En esta última fase el individuo ya no puede dar respuesta a la situación de estrés, ya que se agota la capacidad de enfrentamiento, y por consiguiente tiene lugar la Enfermedad General de Adaptación, que lleva a la disfunción y enfermedad del sistema; incluso hasta la muerte.

El desarrollo del estrés como constructo puede ser comprendido desde tres posturas teóricas con las que se ha asumido su análisis. La primera corresponde al estrés como estímulo, otra la concibe como respuesta, y la tercera como una interacción. Esta última, es concebida como una visión integradora y elaborada del fenómeno mencionado. Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés: *“una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”*. En esta definición se toma en cuenta la valoración de la situación y el afrontamiento de la misma.

En 1990 Peter Sterling y Joseph Eyer en la Universidad de Pensilvania introducen el concepto de alostasis, aludiendo a los procesos puestos en marcha para defendernos frente a los estímulos desestabilizadores. Así, los estímulos que alteran la homeostasis del organismo o sistema, son denominados factores de estrés, ya que fisiológicamente generan respuestas de estrés mediante la activación del sistema nervioso autónomo y el eje córtico –límbico-hipotálamo-hipofiso-adrenal (CLH-H-A).

Ante los estímulos estresores, los sistemas alostáticos nos permiten responder. En primer lugar el estímulo es percibido por el sistema nervioso donde se genera una evaluación cognitiva-emocional; la cual es condicionada por factores genéticos del individuo y su experiencia e historia en el desarrollo de la vida (valoración del estímulo – recursos de afrontamiento), que da vulnerabilidad o no para responder ante ciertos estímulos.

Seguido de esta interpretación del estímulo, se activan los dos ejes principales del estrés: Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y el eje CL-H-H-A. El sistema nervioso Simpático (SNS) a través de la activación del hipotálamo al locus coeruleus, produce la segregación de adrenalina en la médula adrenal. Con la activación del eje H-H-A, se despliega una cascada bioquímica, el hipotálamo libera CRH (hormona liberadora de corticotrofina), estimulando a la hipófisis para que libere ACTH (hormona corticotrófica), y a su vez ésta estimula la corteza adrenal, liberando cortisol. Mediante la activación de estos ejes, aumenta la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la respiración, se dilatan las pupilas, aumenta la resistencia a la insulina (Dubourdieu, 2014).

En la medida que esta situación de estrés perdure en el tiempo, otros ejes hormonales se verán afectados: inhibición del eje gonadal, tiroideo, hormona del crecimiento, elevación del nivel de glucosa en sangre, así como aumento de la prolactina (segunda hormona del estrés).

Finalmente se genera un agotamiento de los sistemas alostáticos por su hiperactividad crónica, se produce una carga alostática; la cual lleva a enfermar. Enfermedad que se genera por la interacción entre genética, medioambiente y vulnerabilidades individuales.

El modelo alostático del estrés plantea que el organismo vive en una fluctuación continua, y mantiene el equilibrio a través de la realización de cambios constantes, de esta manera la alostasis otorga viabilidad al sistema, cambiando sus rangos óptimos para adaptarse a las circunstancias ambientales (Bonet, 2013)

Los sistemas de estrés son respuestas fisiológicas adaptativas de los seres vivos como mecanismos de supervivencia frente a estímulos amenazantes, en este sentido son beneficiosas en situaciones agudas pero son nocivas cuando adquieren carácter crónico.

Entendemos así, por respuestas de estrés a las respuestas que se producen ante insatisfacción de necesidades, en cualquier dimensión, por ejemplo a nivel biológico el alerta lo puede dar el tronco encefálico en su monitoreo de oxígeno, de temperatura, etc., o las hormonas, ante la carencia o exceso alimentario u otros parámetros de necesidades biológicas insatisfechas, sueño, ejercicio, relajación. Pero también se disparan estas respuestas de estrés por insatisfacción de necesidades emocionales, o físico ambientales, o espirituales. Estos factores de alerta pueden ser concientes o actuar en forma no conciente.

Podemos afirmar que el estrés crónico afecta negativamente la salud y genera conductas no saludables. Por ello es fundamental tener en cuenta el proceso del estrés, a la hora de llevar a cabo un programa que aporte a la generación de salud, ya que muchas veces no es visualizado como factor de riesgo por la cotidianeidad con la que lo padecemos.

Dentro de las conductas de riesgo y estilos de vida, debemos identificar cuáles son aquellas necesidades insatisfechas que presenta la persona, pues, la no satisfacción de ciertos aspectos de la vida genera respuestas de estrés.

En consecuencia, la PNIE propone abordar factores que oficien como facilitadores tempranos de esta respuesta de estrés, factores presentes, y estrés por expectativas futuras; y que se fortalezcan aquellos factores que promueven y potencian la salud (Dubourdieu 2014).

1.2 Constitución biopsíquica y facilitaciones tempranas

La manera como se ha desarrollado la constitución biopsíquica en la infancia es un factor que predispone a procesos de salud o enfermedad. Para lograr un estado de bienestar y salud, el niño debe sentirse acompañado, cuidado y amado, generando así un aumento del tono basal de la serotonina y dopamina (neurotransmisores que se relacionan con el bienestar en el ser humano). Al decir de Winnicott, (1979) la "Preocupación Maternal Primaria" es el desarrollo de la capacidad de ponerse en el lugar del bebé, lograr satisfacer sus necesidades básicas y proporcionarle el debido sostén humano.

Por el contrario, están lo que él denomina 'fallas de la provisión ambiental' que sería una respuesta inadecuada a las necesidades del infante por parte de la madre y/o cuidadores, lo que genera estados de ansiedad y angustia, altos niveles de cortisol y citoquinas que podrían predisponer a la enfermedad o crear en sí mismos una vulnerabilidad.

En este sentido: *“Podrían surgir mecanismos defensivos no siempre saludables, pero serán los que el sujeto haya podido implementar en esas circunstancias, dados sus recursos disponibles en ese momento”*. (Dubourdieu 2002)

El creador de la teoría del apego John Bowlby (1989) habla del proceso por medio del cual los niños establecen y mantienen un sentido de seguridad, que se transforma en la base para las separaciones que tendrán de su madre y para poder investigar su entorno. Es un vínculo que se afianza en las relaciones madre-bebé a través de miradas, tacto, sostén, en el momento de la alimentación, sueño, higiene, entre otras.

El apego se desarrolla durante el primer año de vida (particularmente en los primeros nueve meses) y el mismo es favorecido a través de la relación singular y específica que se establece entre la madre (o quien cumpla con esa función) y su bebé. La figura de apego proporciona al niño una base segura a partir de la cual puede explorar el ambiente y a la cual puede volver para reasegurarse, sobre todo cuando está cansado o tiene miedo. De esta manera se destaca el valor positivo que adquiere la temprana interacción entre madre e hijo.

El tipo de apego que se genere en la diada madre e hijo será un factor que contribuirá en posteriores relaciones sociales del niño durante su vida.

Concluyendo, el autor plantea que el niño al no tener que atender conflictivas por insatisfacción de necesidades, va a poder volcar su atención hacia la exploración del ambiente, sentando las bases para el desarrollo de auto-fortalezas. El logro de una confianza básica y sentimientos de seguridad le posibilitarán ir sorteando pequeñas frustraciones acordes a sus recursos

(frustración óptima) que posibiliten los procesos de separación-individuación en pos de forjar su propia identidad.

También son de gran importancia los aportes de Kohut (1993), quien describe tres polos de necesidades básicas para el ser humano en la construcción de su identidad: Polo Especular (necesidad de sentirse valorado, admirado), Polo de Protección (seguridad y protección brindadas por una figura idealizada y con autoridad) y por último Polo Gemelar (compartir experiencias con pares, relaciones fraternas). De no ser satisfechas estas necesidades básicas en la infancia queda un permanente anhelo por su satisfacción en etapas evolutivas donde ya no sería lo adecuado. (Dubourdieu, 2014).

La interacción con los otros es bidireccional y se ha descubierto que la capacidad para vincularse tiene una base neuropsicológica a través de las denominadas neuronas espejo, que son ciertas neuronas visomotoras que ante la observación de la acción efectuada por otra persona se activan en la corteza promotora del observador como si él mismo realizara la acción.

Estas neuronas estarían en la base del aprendizaje por imitación, y de la capacidad de captar las necesidades y recursos del otro, de ponerse en el lugar (empatía). Empatía que en este vínculo primario madre-bebé hace que la mamá logre oficiar de "barrera de paraexcitación" moderando aquellos estímulos que pudieran afectar nocivamente al sujeto (Lenarduzzi, 1997).

La madre será quien poniendo en palabras las emociones y sentimientos del niño le irá enseñando a identificar, nombrar y expresar los mismos, habilitando así al niño a comprender la realidad.

Así, "la persona en su organismo, en su funcionamiento bio-psíquico reflejará las distintas experiencias vividas a lo largo de la vida" (Dubourdieu, 2011).

Si bien en las teorías clásicas, la constitución biopsíquica era determinante, con el desarrollo de las neurociencias se ha arribado al concepto de neuroplasticidad, fundamental para los procesos de cambio neuronal por la posibilidad de establecer nuevos circuitos de respuestas.

1.3 Neuroplasticidad

Hasta hace unos años se consideraba que el desarrollo cerebral era exclusivo de la infancia y adolescencia. Sin embargo hay evidencias científicas que demuestran que el cerebro puede modificarse en la edad adulta, inclusive en situaciones de lesiones cerebrales.

La neuroplasticidad es un proceso que representa la capacidad del sistema nervioso de cambiar su reactividad como resultado de activaciones sucesivas. Tal reactividad permite que el tejido nervioso pueda experimentar cambios adaptativos o reorganizacionales en un estado fisiológico con o sin alteración.

Esta capacidad de flexibilidad otorga potencialidad al sistema nervioso para establecer nuevas conexiones neuronales, que son en parte, reguladas por la experiencia (Garces M, Suarez J, 2014)

El proceso psicoterapéutico implica procesos de aprendizaje y memoria que tienen una base neurobiológica, capaz de modificar las sinapsis en circuitos cerebrales basados en esta propiedad neurplástica. (Iragorri, A. y cols. 2009).

CAPÍTULO 2. DIABETES MELLITUS

2.1-Concepto:

La Diabetes Mellitus (DM) es un grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan fundamentalmente por la hiperglicemia: niveles elevados de glucosa en la sangre. Resulta de defectos en la secreción de insulina, en su acción o ambas cosas.

2.2-Prevalencia:

Es una enfermedad universal y ampliamente distribuida en todo el mundo. En América Latina hay más de 15 millones de personas afectadas. En Uruguay la tasa de prevalencia se ha calculado en 8 % de la población, de la que se calcula 1,6% no han recibido un diagnóstico, tasa de prevalencia que ha ido en aumento junto a la de la población mundial (Rita y García 2005: Encuesta de prevalencia de la diabetes en Uruguay) .

La Federación Internacional de Diabetes (FID) afirma el crecimiento acelerado de la DM en la población mundial, estimando que aproximadamente 415 millones de personas adultas (entre 20-79 años) son portadoras de dicha enfermedad, proyectándose para el año 2040 cifras alarmantes: 642 millones.

Igualmente de alarmante es la población afectada; pues cada vez son más los jóvenes y los niños que desarrollan diabetes (Atlas de la Diabetes de la FID séptima edición. 2015).

2.3-Etiopatogenia:

La diabetes es una enfermedad que surge cuando el cuerpo no puede utilizar de forma adecuada y eficaz la insulina producida por el páncreas, o bien es incapaz de producirla. Esta hormona (insulina) tiene una función muy importante en nuestro cuerpo, ya que permite que la glucosa, que proviene de los alimentos que ingerimos, ingrese a las células de nuestro organismo, donde luego se transformará en energía. Energía que necesitamos día a día para el funcionamiento de nuestro organismo y para realizar todas nuestras actividades cotidianas.

En las personas con diabetes, por distintos motivos la insulina no puede ejercer su acción. Hoy desde la PNIE, sabemos que pueden ser por predisposición genética y epigenética, por factores biológicos y emocionales que puedan incidir en la disfunción de la red PNIE. Por lo tanto la glucosa de los alimentos no es absorbida, determinando un aumento de los niveles de glucosa en sangre, que se conoce como hiperglucemia. Esta alteración causa daños significativos en la salud con el transcurso del tiempo (complicaciones de la diabetes) y en agudo, en los casos en que no hay producción de insulina, complicaciones con riesgo vital.

2.4-Clasificación:

Se diferencian tres tipos principales de diabetes: gestacional, tipo 1, y tipo 2.

La Diabetes Gestacional, es la que es reconocida por primera vez en el embarazo. A menudo revierte a la normalidad después del parto. La diabetes gestacional genera un riesgo aumentado de morbilidad fetal, si no se recibe

el tratamiento adecuado. Además configura una vulnerabilidad de riesgo de presentar diabetes a posterioridad.

La Diabetes tipo 1 es de comienzo juvenil, y tiene una incidencia de 5 a 10% de todas las diabetes en el mundo occidental, es una forma grave en cuanto a riesgo de vida inminente. (ADA, 2003) Se produce a consecuencia de una reacción autoinmune favorecida por múltiples factores (genéticos, ambientales, psicoemocionales), debido a que el propio sistema de defensa del cuerpo (sistema inmunológico) genera anticuerpos contra las células beta del páncreas, que son las productoras de la insulina. Como consecuencia de la destrucción autoinmune de las células beta no se produce suficiente insulina con el correspondiente aumento de glucosa en sangre (hiperglucemia). La falta absoluta de insulina (DM tipo1), predispone a la cetoacidosis diabética, que es una descompensación aguda, grave, de riesgo vital, que requiere tratamiento de emergencia.

La Diabetes tipo 2 es el tipo más frecuente de diabetes (90-95 %) según informa la American Diabetes Association (ADA). Muchas personas reciben este diagnóstico, pero a veces permanecen sin diagnóstico y sin tratamiento por largo tiempo, porque este tipo de diabetes tiene un desarrollo lento con un período preclínico de años (10-12), lo que puede ocasionar que ya tengan complicaciones crónicas al momento del diagnóstico. El riesgo de desarrollarla aumenta con la edad, la obesidad y el sedentarismo. Depresión, alteraciones del ciclo del sueño-vigilia, mala alimentación también se ven asociados a mayor incidencia de DM2. Suele iniciarse en forma progresiva, después de los 40 años,

a pesar de que existe un aumento notorio en personas más jóvenes y niños, asociada al dramático aumento de sobrepeso y obesidad en esa franja etaria.

La DM2 integra las llamadas "enfermedades no transmisibles" (ENT), que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son aquellas que no se transmiten de persona a persona. Desde la PNIE, consideramos esta denominación no pertinente, pues se ha visto que existe una transmisión epigenética, somos responsables de la activación de nuestros genes y de su legado a nuestra descendencia (Transmisión transgeneracional).

Son enfermedades de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. La gran importancia de las "ENT" es que son, en la actualidad, la principal causa de enfermedad y muerte en nuestro país y en el mundo. La prevalencia está en aumento tanto en hombres como en mujeres, actualmente es considerada una "pandemia". El gran aumento de la prevalencia de la DM2 en la población mundial tiene una relación directa con la pandemia de obesidad que estamos viviendo debida a cambios en los estilos de vida, que incluyen sobreconsumo de alimentos de alta densidad calórica, sedentarismo, estrés crónico, factores de riesgo que inciden en la aparición y mantenimiento de la enfermedad. La etiopatogenia es multifactorial: factores psicobiológicos interactuando en el tiempo con factores ambientales y vulnerabilidades genéticas, facilitarían la aparición de la enfermedad.

En la DM2 existe producción de insulina por parte de las células beta del páncreas, pero hay resistencia a su acción a nivel de los receptores de insulina en algunos órganos clave (músculo, hígado y tejido adiposo). En un primer momento el páncreas produce mayor cantidad de insulina para lograr mantener

los niveles de glucosa en sangre en valores normales. Con el transcurso del tiempo, se producen alteraciones en la secreción de insulina y el páncreas no puede mantener los niveles de secreción requeridos para mantener los niveles de glucosa en sangre en la normalidad. Esta disfunción conlleva a que la glucosa se acumule en la sangre (hiperglucemia), y no pueda ingresar a las células del cuerpo para producir la energía correspondiente, por lo tanto puede suceder que las células del organismo se queden sin energía inmediatamente (ya que no la pueden producir), o con el transcurso del tiempo el elevado nivel de glucosa en sangre dañe los tejidos del cuerpo.

2.5-Síntomas y signos de la Diabetes Mellitus

Puede presentarse por hiperglucemia sintomática, o también en pacientes asintomáticos mediante un control médico. Algunos síntomas característicos de la diabetes son la micción frecuente (poliuria), aumento de la sed (polidipsia), sequedad en la boca y pérdida de peso a pesar del apetito aumentado. Otros síntomas son el cansancio extremo y la falta de energía, ya que la glucosa en sangre no es procesada y por ende no es convertida en energía. Síntomas o signos de sospecha diagnóstica son: lentitud en la curación de heridas, infecciones frecuentes (genitourinarias, respiratorias, peridentarias, de piel) con mala evolución y visión borrosa (FID, 2015). La DM1 puede iniciarse con cetoacidosis grave de comienzo súbito y requerir un tratamiento de urgencia.

2.6-Diagnóstico:

La diabetes mellitus se diagnostica cuando se cumplen uno o más de los siguientes criterios:

* glucosa plasmática en ayunas igual o mayor de 126 mg/dl

* prueba de tolerancia oral a la glucosa: glucosa plasmática tras dos horas igual o mayor a 200 mg/dl tras una carga oral de 75g de glucosa

* hemoglobina glicosilada A1C igual o mayor a 6,5 %.

En un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) o crisis hiperglucémica, una glucosa plasmática casual (en cualquier momento del día sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última ingesta) igual o mayor a 200 mg /dl hace diagnóstico de DM.

2.7-Complicaciones:

Agudas: Cetoacidosis diabética (CAD) en la DM tipo1.

Crónicas o tardías: Las complicaciones tardías no se presentan en todos los individuos, pero aumentan con la evolución de la diabetes, siendo las cardiovasculares las más frecuentes. La hiperglucemia es el principal factor causal en las complicaciones de la DM (Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) aunque hay otros factores que condicionan la gravedad y evolución (genética, DLP, HTA, etc).

Se clasifican en: macro y microangiopatía.

La microangiopatía se caracteriza por un engrosamiento de la membrana basal de la pared de los vasos capilares en forma generalizada en el organismo. Las principales manifestaciones de estas alteraciones microvasculares son la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía diabéticas.

La retinopatía diabética, consta de alteraciones y daños en los vasos sanguíneos en las retinas, que pueden ocasionar procesos que causen ceguera. Al momento del diagnóstico de la diabetes no siempre suelen expresarse signos de la misma, pero con el tiempo pueden presentarse grados de retinopatía. La DM es la primera causa de ceguera en varios países.

La nefropatía diabética es la tercer causa de insuficiencia renal avanzada. Suele ser asintomática hasta que se expresa en la fase terminal. Los riñones tienen funciones fundamentales, entre ellas la de eliminar productos y sustancias de desecho de la sangre. Los vasos sanguíneos actúan como filtros, pero cuando la diabetes daña estos vasos, el sistema de filtrado y eliminación deja de funcionar correctamente, resultando así la nefropatía.

La neuropatía diabética causa déficit en la sensibilidad debido a daño en los nervios, con disminución en los reflejos, por la disminución del flujo sanguíneo y el alto nivel de glucosa en sangre; siendo más intenso el daño en los pies y en las piernas. Con frecuencia es asintomática, pero pueden aparecer hormigueos, entumecimiento y parestesias en las extremidades. En consecuencia las úlceras en los pies se hacen presentes, debido a la denervación sensitiva que provoca lesiones, entre otros factores. La neuropatía del Sistema Autónomo es frecuente también, manifestándose con alteraciones en la sudoración, disfunción eréctil, hipotensión ortostática, gastroparesia, enteropatía, vejiga neurógena.

La macroangiopatía es la principal causa de muerte de los pacientes con DM.

La enfermedad de los grandes vasos es una aterosclerosis de presentación más frecuente y progresión más rápida que en la población general. La cardiopatía isquémica es un riesgo a partir de los 30 años en DM tipo1 y tipo 2.

La enfermedad vascular periférica se manifiesta por claudicación intermitente, trastornos tróficos y úlceras o gangrena.

Una complicación propia de la DM es el pie diabético en cuya patogenia confluyen la vasculopatía, la neuropatía, el descontrol metabólico, el factor ortopédico y el factor infeccioso. En ocasiones la conjunción de varios factores deletéreos puede llevar a amputaciones.

2.8-Tratamiento

La diabetes es una enfermedad compleja, de larga evolución, que requiere atención médica continua con estrategias multifactoriales y multidimensionales de reducción de riesgos más allá del control de la glucemia, con lo que se incluye bienestar en las 5 dimensiones, pues la disfunción en alguna de ellas producen efectos que incrementarán la sintomatología favoreciendo la exacerbación de la enfermedad.

El tratamiento de los aspectos emocionales se incluye en el abordaje biológico como punto de partida del protocolo de tratamiento.

2.8.1-Educación:

Permanente educación y apoyo para el autocuidado del paciente y el manejo de las inyecciones de insulina y de los fármacos, son fundamentales para la prevención de complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a

largo plazo. Los mal llamados "pacientes" son agentes activos de su enfermedad, son en último término los responsables de la eficacia del tratamiento.

2.8.2-Automonitoreo glucémico:

Las personas con diabetes deben hacer una evaluación muy frecuente del control glucémico, fundamental en los que se inyectan insulina, para adecuar la dosis de insulina que se deben administrar. Dos técnicas primarias están disponibles para evaluar la eficacia del plan de manejo en el control de la glucemia: automonitoreo glucémico (AGS) y hemoglobina glicosilada (A1C).

Los objetivos deben individualizarse en función de la duración de la diabetes, edad, condiciones comórbidas, enfermedad cardiovascular conocida o complicaciones microvasculares avanzadas, hipoglucemia asintomática, y consideraciones individuales.

La DM es una enfermedad metabólica que requiere, hasta el día de hoy, un tratamiento continuo. Desde la PNIE hablamos de tratamiento continuo en contraposición al término "crónico" habitualmente utilizado. Como estableció Ilya Prigogine (1977), no podemos hablar de certezas pronósticas en sistemas abiertos y muchas patologías, el avance de la ciencia y el abordaje multidimensional han podido modificar el curso de los mismos o revertir su manifestación. Se suma además el impacto PNIE que ciertos términos que aluden a una concepción determinista posee.

Una de las estrategias dentro del tratamiento es el cambio hacia conductas y estilos de vida que favorezcan a la salud. Es importante el diagnóstico en las 5 dimensiones y modificar factores de estrés que se identifiquen en cualquiera de ellas y potenciar recursos de salud. En la dimensión biológica los pilares de este tratamiento son controles médicos frecuentes, alimentación saludable, realizar ejercicio físico a diario; pero también la ingesta de medicamentos orales en DM tipo 2, y las inyecciones de insulina para controlar los niveles de glucosa en DM tipo 1. (ADA, 2013)

La diabetes requiere hasta el día de hoy la adhesión a un tratamiento continuo, ya que de no ser así existe riesgo de vida y de complicaciones graves para la salud y calidad de vida de la persona. Ello debe ser explicitado en la Biopsicoeducación al paciente y su familia, así como la importancia de identificar la presencia de posibles factores disfuncionales en las 5 dimensiones, para que en todas se potencie la salud.

La falta de adherencia al tratamiento es un problema inquietante por su gran magnitud y por su complejidad (con más de doscientos factores relacionados), responsable del aumento de la morbimortalidad, complicaciones, ingresos hospitalarios, costes sanitarios y mala calidad de vida. (López, K. y Ocampo. P. 2007)

2.8.3-Abordaje psicoemocional

El estrés emocional derivado del vivir con una severa, complicada y exigente enfermedad que requiere de tratamiento continuo y diario, como la diabetes

puede afectar negativamente la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y el control y evolución de la enfermedad. En consecuencia, la diabetes requiere un abordaje integral que contemple tanto los aspectos biomédicos como los psicosociales. (Delegación Provincial de Salud, Junta de Andalucía, Cádiz, España, 2009).

En relación a esto, desde la PNIE se propone identificar factores que favorecen la aparición de dicha enfermedad y/o incidan en la evolución; así como también identificar aspectos de Convergencia Temporal, es decir la incidencia del pasado, presente y futuro en la salud integral de la persona, y factores actuales de estrés o por expectativas futuras. Factores de la historia biopsicosocial de una persona pueden desencadenar estados emocionales, estrés, depresión y ansiedad, capaces de producir una activación continua del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) y del sistema nervioso autónomo o vegetativo (SNV), produciendo elevada secreción de cortisol, adrenalina y citoquinas que aumentan los niveles de glucosa en sangre (Castés, 2014).

La depresión afecta 20-25% de las personas con diabetes. La diabetes tipo 2 parece asociarse con el riesgo de depresión y viceversa, lo que sugiere una relación entre los dos trastornos en ambas direcciones. A su vez los individuos con diabetes y trastorno depresivo mayor tienen un riesgo dos veces mayor de nuevo infarto de miocardio en comparación con cualquiera de las enfermedades solas.

En este sentido el enfoque integrativo promueve la apropiación del conocimiento por parte del paciente, de la complejidad de la interacción de factores y dimensiones que se ponen en juego en los procesos de salud y enfermedad.

Estos aspectos psicoemocionales con sus correlatos biológicos son desarrollados en el capítulo 4.

2.8.4-Terapia nutricional:

Un programa nutricional individualizado proporcionado por un especialista en nutrición, es recomendado para todas las personas con diabetes tipo 1 o tipo 2. Es de vital importancia un plan de alimentación que limite especialmente la ingesta de carbohidratos simples, acordando con el paciente un programa a largo plazo para cambio de hábitos.

2.8.5-Actividad física:

La actividad física incluye todos los movimientos que aumentan el uso de energía y es una parte importante del plan de manejo de la DM. El ejercicio es una ~~mas~~ forma específica de la actividad física, estructurado y diseñado para mejorar la aptitud física. Aunque los dos son importantes, el ejercicio ha sido demostrado que mejora el control de glucosa en sangre, reduce factores de riesgo cardiovascular, contribuye a la pérdida de peso y mejora el bienestar.

La actividad física es tan importante para aquellos con diabetes tipo 1 como lo es para la población general, pero su papel específico en la prevención de complicaciones de la diabetes y el control de glucosa en la sangre no es tan clara como lo es para las personas con diabetes tipo 2. Por otra parte, el ejercicio regular puede prevenir la diabetes tipo 2 en individuos de alto riesgo.

2.8.6-Tabaquismo:

Asesoramiento para dejar de fumar.

2.8.7-Terapia farmacológica:

- La terapia farmacológica para diabetes tipo 1

La mayoría de las personas con diabetes tipo 1 deben ser tratados con múltiples dosis subcutáneas de inyecciones de insulina (de tres a cuatro inyecciones por día de insulina basal y prandial) o infusión subcutánea continua de insulina. Se debe educar a las personas con diabetes tipo 1 para que puedan ajustar la dosis de insulina prandial con la ingesta de carbohidratos, la glucosa en la sangre antes de la comida y la actividad prevista. La mayoría de las personas con diabetes tipo 1 deben utilizar análogos de insulina para reducir riesgo de hipoglucemia. Complicaciones de la insulino terapia: hipoglucemia, alergia a la insulina y problemas locales de la inyección.

- La terapia farmacológica para la diabetes tipo 2

Las personas con diabetes tipo 2 deben comenzar con cambios en el estilo de vida: establecer una meta de actividad física de 150 min / semana mínimo, asesoramiento para la pérdida de peso: perder un mínimo del 7% del peso corporal. Cuando los esfuerzos de estilo de vida por sí solos no logran mantener los niveles de glucemia controlados objetivos, se indican fármacos antihiper glucemiantes e hipoglucemiantes en monoterapia al inicio y luego en combinaciones de fármacos con diferentes mecanismos de acción. Finalmente,

si aún así no se logran los objetivos de control glucémico se instituye la terapia con insulina.

2.9-Prevención o retraso de diabetes tipo2

"El gran reto de diabetes tipo 2 es la prevención no farmacológica, sino basada en la identificación precoz de los pacientes en riesgo y una actuación temprana sobre el estilo de vida, los programas de actividad física y los aspectos psicosociales que rodean al paciente" Serrano Ríos (2010)

Desde la PNIE, consideramos en todos los tipos de diabetes, la importancia de considerar la sinergia de los Principios de Influencia en una misma dimensión (fármacos, ejercicio físico, etc.) y desde otras dimensiones bienestar cognitivo psicoemocional, socioecológico y espiritual.

Es importante además, considerar no sólo la convergencia multidimensional y multifactorial, sino también la Convergencia Temporal, es decir, factores que pudieron haber favorecido la emergencia de la enfermedad, y que pueden continuar activos en el presente, en forma conciente o no conciente como factores de personalidad o hipersensibilizaciones de circuitos

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE ALGUNOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN EN DIABETES MELLITUS EN EL URUGUAY

Agradecemos a los cuatro centros entrevistados, que llevan adelante programas especializados en atención a personas con diabetes, valoramos el gran compromiso y responsabilidad a la hora de instrumentarlos con los recursos disponibles y nos nutrimos de sus aportes para reflexionar acerca del tema.

Sin pretender ser una muestra representativa de todas las instituciones que tienen programas especializados en diabetes, éstos nos aportan datos significativos que nos permiten hacer un análisis del abordaje de la persona con diabetes en el Uruguay, mediante un modelo de entrevista fundamentado en el modelo teórico PNIE.

Este modelo de entrevista (ver Anexo 1) nos permitió comprender cómo funcionan los programas de atención, a qué población están dirigidos, cuáles son los objetivos de los mismos, cómo está integrado el equipo de trabajo y qué aspectos de las cinco dimensiones de análisis desde el modelo integrativo son contempladas en los programas.

Dos de ellas fueron realizadas en programas del interior del país y dos a programas de Montevideo. Sobre la base de las entrevistas realizadas en estos centros desglosamos el siguiente análisis. En los siguientes cuadros se exhibe dicha información de manera esquematizada.

	Método	Estrategia	Objetivo	Equipo	Factores emocionales
Entrevista Programa 1 (Interior)	Educativo Asistencial	Enfoque grupal Individual	Adhesión al tratamiento Calidad de vida Minimizar complicaciones	Multidisciplinario: Endocrinólogo Nurse Nutricionista Cardiólogo Oftalmólogo Podólogo Cirujano	Derivación a psiquiatra en casos especiales
Entrevista Programa 2 (Interior)	Énfasis en lo asistencial. APS Educativo	Grupal Individual	Adhesión al tratamiento Tratamiento integral	Interdisciplinario: Endocrinólogo Nurse - Enfermero Nutricionista Deportólogo Psicólogo	Grupo de apoyo coordinado por un psicólogo
Entrevista Programa 3 (Montevideo)	Educativo y preventivo	Enfoque grupal	Empoderamiento de la enfermedad	Multidisciplinario: Educadores Endocrinólogos Podólogos Psicólogo Nutricionista	Atención psicológica individual
Entrevista Programa 4 (Montevideo)	Asistencial	Individual	Atención integral del paciente con diabetes	Multidisciplinario: Endocrinólogo Diabetólogo, Nutricionista	Derivación a psicología médica

Cuadro No.1 Descripción de los programas. Fuente: entrevistas a Centros de Atención en Diabetes

Se observa que los tres primeros programas presentados en el cuadro N°1, abocan tareas a la educación en diabetes de los usuarios, lo que es un aspecto fundamental de la intervención, ya que esta metodología permite que las personas conozcan, se informen, participen, decidan sobre su salud y logren adherencia a tratamiento. La tarea educativa genera conocimiento de la diabetes en la población objetivo, y este conocimiento de la enfermedad permite que estas personas se empoderen y sean responsables de sus propios procesos de salud.

Además estos programas realizan intervenciones grupales, lo que promueve espacios de discusión, reflexión, y análisis sobre aquellos problemas y factores que más los afectan de la enfermedad. Ayuda a no sentirse solo, a comprender que hay otras personas que transitan por lo mismo, y que juntos pueden establecer estrategias de afrontamiento, por experiencias y vivencias expresadas por los miembros del grupo; promoviendo habilidades personales y crecimiento de la autoestima.

Observamos que en las instancias grupales del programa 3 se fomenta la responsabilidad de ser difusores del conocimiento de la enfermedad y propulsores de estrategias en salud, lo que se conoce popularmente como promotores de salud, aquí son denominados por la institución "líderes". Aspecto que no expresaron los entrevistados de los programas 1 y 2.

Hemos constatado que en los cuatro centros analizados se trabaja con equipos multidisciplinarios con diferentes características. Se evidencia que solamente uno de los programas integra al psicólogo como parte del equipo, con aportes de abordaje de aspectos psicoemocionales implicados en relación a la vivencia de enfermedad o actuales. Pero considerando la identificación de aspectos psicoemocionales favorecedores de la enfermedad que pudieran continuar presentes o factores de personalidad o esquemas disfuncionales, que si siguen estando presentes constituyen factores desorganizadores de la personalidad.

Por otra parte hemos podido apreciar en dichos programas, las dificultades que se presentan para trabajar conjuntamente con otras disciplinas, y realizar un abordaje integral real, que ayude al usuario a comprender de igual manera la integralidad de su salud.

La separación entre las disciplinas a la hora de abordar a las personas fue más evidente en dos de los programas (3 y 4) que aquí exponemos, donde el usuario es derivado a los diferentes especialistas, en busca de una atención rápida y oportuna, siendo el lazo que conecta a los técnicos, la historia clínica o el propio paciente. Los profesionales trabajan por separado y no hay visión de equipo. Mientras que en uno de los programas del interior (2) se observa un grupo interdisciplinario de trabajo, donde las diversas disciplinas unidas intentan comprender de la mejor manera al usuario, y realizar una intervención lo más apropiada y eficaz posible. Para una mayor aproximación a la transdisciplina, con un abordaje compartido desde un mismo paradigma de comprensión de la enfermedad.

Con respecto a los objetivos de los centros analizados vemos que en algunos programas se hace énfasis en lo asistencial (1, 2 y 4), mientras que en uno de ellos (3) la educación y prevención en diabetes es su objetivo primordial. La prevención está dirigida a la sociedad en general (ejemplo talleres para escolares sobre alimentación saludable y prevención de la diabetes), la educación está dirigida a personas con diabetes en todo rango de edad, y utilizan estrategias lúdicas y recreativas, como campamentos, juegos y encuentros. No obstante se observa que en dichos talleres no se incluye la atención, promoción y/o prevención de aspectos psicoemocionales, como otro factor coadyuvante de esta enfermedad.

Observamos que los factores emocionales solo están incluidos como parte del programa de la entrevista 2, y son tratados a través de grupos de apoyo

coordinados por una psicóloga. Se trabajan los temas que llevan los pacientes al grupo: aceptación de la enfermedad, adherencia al nuevo estilo de vida y la relación con el equipo.

El siguiente cuadro analiza, dentro de las cinco dimensiones PNIE, cuáles son tenidas en cuenta en los programas de atención entrevistados.

DIMENSIONES	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4
Biológica	X	X	X	X
Cognitiva	X	X	X	
Psicoemocional Vincular		X	X	
Socioecológica		X	X	
Trascendental				

Cuadro No 2 Dimensiones (PNIE) contempladas en los programas

El análisis del cuadro N° 2 nos muestra que la dimensión biológica es la única atendida en todos los programas en diabetes. Esta dimensión refiere a la asistencia médica, controles paraclínicos, consultas con especialistas de diferentes disciplinas médicas y tratamiento farmacológico que se otorga a los pacientes. También hace referencia a la intervención nutricional, de ejercicio físico, y conductas del sueño.

La dimensión cognitiva se aborda en los programas 1, 2 y 3 desde la información que se brinda a través de charlas y talleres que apuntan a cambiar hábitos y conductas no saludables. Se abordan creencias que se identifican habitualmente en la población de los pacientes con diabetes, propiciando mediante el conocimiento de la enfermedad la participación activa en su tratamiento y evolución. Se trabaja sobre los hábitos que ofician como factores de riesgo:

sedentarismo, mala nutrición, no adherencia al tratamiento, como los factores de protección; dieta saludable, ejercicio, controles periódicos.

Constatamos que en el programa 4, la dimensión cognitiva sería abordada específicamente por la enfermera, en el adoctrinamiento al paciente sobre la medicación a suministrarse.

La dimensión psicoemocional vincular solamente es considerada en los programas 2 y 3, en forma grupal y son tomados en cuenta puntualmente los factores relacionados a las vivencias subjetivas de vivir con la diabetes, y no se abordan aspectos relacionados con estresores psicoemocionales o factores de personalidad que pudieran haber favorecida la emergencia de la misma y continuar presente operando en su mantención o exacerbación.

En los otros dos programas (1 y 4) los factores emocionales son considerados factores secundarios, dado que sólo son derivados a psiquiatras o psicólogos frente a rechazo o falta de adhesión al tratamiento por parte del usuario.

Por otro lado, observamos el abordaje que se realiza en la dimensión socioecológica de cada programa, y podemos visualizar que en las entrevistas 2 y 3 se incluye en parte un abordaje individual al realizar una evaluación socioeconómica de la persona. A partir de la misma, el equipo interviene para asegurar la asistencia de los pacientes a las instancias de atención y educación. Apreciamos que en el programa de la entrevista 2, se realizan coordinaciones intrainstitucionales con otros sectores (salud, deporte) pero no se establece una red de trabajo con dependencias u organizaciones ajenas a la institución referente. No obstante, el programa 3 establece redes interinstitucionales con

instituciones educativas, dependencias de salud pública, empresas privadas, y diferentes actores sociales, logrando un mayor impacto socioecológico.

Con respecto a la dimensión trascendental, constatamos que ningún programa se refiere a ella. No se brinda un espacio para conocer cuál es el sentido de vida de la persona pese a que tiene importante repercusión en los procesos salud-enfermedad.

En el siguiente cuadro se esquematizan las respuestas dadas a las interrogantes sobre fortalezas y debilidades que se reportan en los programas.

	Fortalezas	Debilidades
Programa 1	Incluye a la familia del paciente. Multidisciplinariedad	No se incluye a la salud mental como variable dentro del proceso
Programa 2	Tratamiento intensivo Multidisciplinariedad	Dificultades económicas de los pacientes para asistir 4 veces por semana.
Programa 3	Educadores	No llega a toda la población
Programa 4	Trabajo en equipo multidisciplinario	Excluir al psicólogo como parte del tratamiento integral

Cuadro No 3 Fortalezas y debilidades de los programas en diabetes

En cuanto a las fortalezas del programa 1 se destaca: que se incluye a la familia en espacios para la educación en diabetes, es gratuito para pacientes de ese Centro y tiene un enfoque multidisciplinario con alto grado de especialización en la enfermedad. La inclusión de aspectos como la nutrición, el ejercicio, y el aspecto educativo son las bases del programa.

Aunque no fue identificado por la entrevistada, nosotras consignamos como una debilidad de ese programa que no toma en cuenta los aspectos emocionales de los participantes, ya que no cuenta con especialistas del área psíquica dentro del equipo.

Las fortalezas del programa 2 es el tratamiento intensivo que proporciona, dada la frecuencia que requiere es muy eficiente para cambiar hábitos y generar compromisos en los pacientes que siguen el programa. Los controles médicos son consultas interdisciplinarias, con la presencia de: médico endocrinólogo, enfermera, nutricionista y psicólogo. La coordinación con especialidades médicas que requiere el usuario, es muy rápida, y el seguimiento se realiza de forma continua.

La mayor debilidad es que no todos los pacientes pueden seguir el programa porque no disponen de tiempo o de dinero para pagar los pasajes, ya que el tratamiento requiere de la presencia del usuario varios días a la semana y durante varias horas para la asistencia de los participantes en los talleres temáticos, la asistencia médica por controles rutinarios y las tres jornadas semanales de gimnasia que deben realizar en espacio del prestador de salud. Si bien esto permite que se lleve un control del usuario, para que adhiera al tratamiento acompañado por los técnicos, genera la urgencia de disponer de tiempo y recursos económicos.

Con respecto al programa 3 la mayor fortaleza tiene que ver con la constitución de la organización como una asociación de pacientes, y con los educadores en diabetes, que a su vez son personas que viven con la enfermedad, lo que propicia que en su interacción con personas, niños, adolescentes o adultos sean capaces de generar empatía y una mayor comprensión hacia los procesos vitales y las dificultades que viven.

La mayor debilidad es no poder llegar a gran parte del Uruguay por falta de recursos económicos y de infraestructura. Si bien cuentan con diferentes

especialistas en relación a la diabetes el acceso a ellos es mediante entrevista individual a pedido del paciente.

Con respecto al programa 4 la mayor fortaleza es el equipo multidisciplinario que atiende a los pacientes. La mayor debilidad es la exclusión de la salud mental como parte del equipo; si bien reconocen la importancia del mismo carecen del aporte de profesionales en la materia.

En ninguno de los programas se ha incluido la Convergencia Temporal como un factor etiológico y presente, como factor de mantención de la enfermedad o de su exacerbación, y los Principios de Influencia de educación en salud, que pueden ser anulados por la operancia de factores psicoemocionales presentes desde antes del diagnóstico o a partir del mismo, si no son identificados y tratados.

CAPÍTULO 4. APORTES DE UN ABORDAJE INTEGRAL PNIE PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS.

“La comprensión global de la mente humana debe relacionarse con un organismo completo, formado por la integración del cuerpo propiamente dicho y el cerebro, y completamente interactivo con un ambiente físico y social” (Antonio Damasio, El error de Descartes. 2006)

El vertiginoso aumento de la Diabetes Mellitus en el mundo que requiere tratamiento continuo y permanente control integral, está amenazando seriamente la salud y calidad de vida de las personas.

La mayor parte de la atención de los abordajes en diabetes se ha centrado en la asistencia clínica médica del usuario, sin reparar en otras dimensiones del ser humano, que suelen ser generadores de patologías o promotoras de salud.

Luego del análisis realizado de la información proporcionada por los funcionarios entrevistados, se observa que hay programas con mayor complejidad en el abordaje de las personas con diabetes y otros con un abordaje más tradicional. Sin embargo, los programas carecen de una mirada integral de los procesos salud-enfermedad, ya que mayoritariamente no toman en cuenta los factores psicoemocionales-vinculares y espirituales como variables presentes en la génesis, desarrollo y progreso de la enfermedad.

Para ello, el enfoque científico de la PNIE aporta una mirada integral, que considera la relación entre los distintos sistemas que interactúan en el ser humano, y su permanente intermodulación con los factores sociales, culturales y ecológicos. Cualquier alteración producida en uno de los sistemas, inevitablemente produce modificaciones en el todo.

Trabajar sobre las bases de las necesidades de la salud de los individuos, los factores de estrés, de riesgo y de protección, para lograr así una mayor participación en la construcción de la salud colectiva es de vital importancia.

Desde la PNIE, tener en cuenta la multifactorialidad que hace a los procesos salud-enfermedad es imprescindible y fundamental a la hora de realizar un abordaje, visualizando los múltiples aspectos y factores que promueven la diabetes, y cuales son aquellos que generan salud, así como la Convergencia Temporal, es decir como la constitución biopsíquicas y memorias bioemocionales pueden incidir en los procesos de enfermedad y su tratamiento en la potenciación de la salud

El primer aspecto que debe ser tomado en cuenta, es la necesidad de realizar una evaluación multidimensional del consultante, en la que el equipo de profesionales interdisciplinariamente identifique en todas las dimensiones del ser humano, los factores generadores y sostenedores de estrés y enfermedad (de riesgo), y los factores de protección de la salud, pero no solamente a partir del impacto de la enfermedad, sino de factores de funcionamiento biopsicoemocional en todas las áreas de la persona y factores de personalidad y constitución biopsíquica y memorias emocionales, que operan por hipersensibilización de circuitos en toda la red pníe.

De acuerdo al modelo de intervención de la Medicina y Psicoterapia Integrativa PNIE, es requisito excluyente la indagación de los múltiples factores que dan evolución a la diabetes, teniendo en cuenta la Convergencia Temporal de pasado, presente y expectativas futuras, que hacen a la vida de la persona.

La Medicina y Psicoterapia Integrativa propone tres fases en el abordaje del paciente: Fase Didáctica Biopsicoeducación, Fase Diagnóstica mediante la Biopsicografía, y Fase de Tratamiento.

4.1-Fase Didáctica:

En la fase didáctica mediante la técnica de Biopsicoeducación, el terapeuta informa y ayuda al consultante, a la comprensión de la complejidad del funcionamiento del ser humano desde el enfoque PNIE, y de su condición psicósomática; donde los sistemas psíquico, inmunológico, endócrino y nervioso se encuentran en constante interrelación, afectándose unos a otros.

Es importante que el paciente comprenda la relación cuerpo-mente y la repercusión e incidencia del estrés crónico en la salud y la posibilidad de generar circuitos más saludables mediante procesos de neuro y pnie plasticidad.

Como ya expresamos, el estrés sostenido en el tiempo genera repercusiones en el funcionamiento del organismo. Cuando nos referimos al estrés crónico no solamente está relacionado con vivencias traumáticas, sino que también puede ser producto de una vivencia prolongada que causa incertidumbre y/o preocupación, experiencias o noticias displacenteras, pensamientos distorsionados y creencias negativas que permanecen en el tiempo, así como insatisfacción de necesidades biológicas, como sueño, alimentación, ejercicio, relajación, teniendo en cuenta la calidad, cantidad y cronobiología, o necesidades en otras dimensiones físico ambientales, emocionales, sociales y espirituales.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, podríamos pensar que un gran factor de estrés que se suma al paciente con diabetes, es el propio diagnóstico de la enfermedad, debido al impacto biológico y psicoemocional que esto genera; ya que generalmente cuando se habla de diabetes, suele hacerse referencia a las complicaciones diabéticas. Este aspecto no siempre es tenido en cuenta por los equipos de salud y la afectación que implica esta enfermedad en las rutinas cotidianas.

La Biopsicoeducación, habilita un espacio en la intervención para hablar del diagnóstico y sus probabilidades, y ya no de un pronóstico, pues no existen certezas absolutas que sentencien la vida de las personas si adherimos al concepto PNIE de neuroplasticidad y lo podemos pensar es que probablemente al considerar mayor cantidad de factores intervinientes en la salud, el paciente va a lograr un mejor funcionamiento Biopsicosocial. Poder repensar la diabetes, con una nueva mirada más saludable, donde la identificación de factores generadores y sostenedores de enfermedad así como los protectores de salud, serán elementos claves a considerar.

En esta etapa, junto con la persona, se informa acerca de los factores de protección, en referencia al tratamiento y evolución de la diabetes: actividad física, higiene del sueño, alimentación sana, actividades al aire libre y en grupos, apoyo social y experiencias afectivas, controles periódicos en diabetes y salud en general, relax, atención en salud emocional (autoestima, desarrollo personal). Todos estos aspectos en la siguiente etapa se trabajan de forma individual.

También se informa acerca de factores que son considerados de riesgo, por ser rasgos, situaciones, hechos, entre otros, que aumentan la probabilidad de sufrir malestar o enfermar: sedentarismo, obesidad, hipertensión.

Se le ayuda a comprender al paciente, la influencia que tiene la historia y experiencias de vida en el desarrollo de las enfermedades, y cómo las experiencias negativas tempranas facilitan ciertas respuestas de estrés en otras etapas evolutivas de generarse un fenotipo vulnerable CRH, es decir, hipersensibilización de circuitos que llevan a la activación de los ejes de respuesta de estrés por factores de ansiedad, depresión u hostilidad; cómo los

pensamientos disfuncionales, las distorsiones cognitivas y los mecanismos de defensa no asertivos, configuran importantes factores de riesgo para la evolución de la diabetes.

Esta fase promueve, en una labor conjunta, la disminución los efectos negativos del diagnóstico, visualizando la posibilidad de nuevos estados y estilos de vida, para una mejor evolución de la enfermedad, identificando distintos factores de estrés que pueden no estar favoreciendo la salud.

4.2-Fase Diagnóstica

La segunda fase, denominada Diagnóstica, incluye la consulta médica y nutricional, y la biopsicografía en la que ahondaremos ya que creemos que es el aporte fundamental que podemos hacer, en lo que se refiere al abordaje integral del paciente con diabetes, desde el enfoque PNIE.

Mediante la técnica de Biopsicografía se investiga acerca de las experiencias de vida de la persona en las cinco dimensiones, indagando cuáles son las vivencias positivas como negativas que constituyen y construyen su historia.

También es el momento en donde se aplican técnicas y test que evalúan la personalidad y funcionamiento psíquico del consultante, para obtener así una mayor comprensión de la realidad del paciente.

Otra de las herramientas utilizadas desde este enfoque recibe el nombre de "línea de vida", donde se plasman los datos obtenidos a través de la Biopsicografía, los acontecimientos y vivencias tanto estresores como protectoras, en una hoja con una línea temporal. Allí el individuo puede ver los eventos gratificantes o adversos que han repercutido a lo largo de su vida y es

importante identificar en el paciente los mecanismos de afrontamiento o defensas implementadas, a lo que contribuyen también el test de evaluación de la personalidad y el test de esquemas disfuncionales tempranos, para identificar los mismos.

Es claramente visible que, de las cinco dimensiones que planteamos, la dimensión biológica es el área que más se aborda de manera particular en los programas consultados de atención en diabetes. Consideramos que esto puede tener que ver con el modelo médico hegemónico que aún nos condiciona, lo que no ocurre con otras áreas. La salud, no sólo es salud física. Recordemos que el ser humano es un sistema abierto que se encuentra en interrelación con otros sistemas, y cualquier modificación o disfunción en una de sus partes, modifica inevitablemente a todo el sistema. Por ende, no podemos reducir el tratamiento a una sola dimensión. Enfatizamos nuevamente en este sentido, el concepto de Principios de Influencia; consiste en la influencia direccional de un hecho precedente y un hecho consecuente, siendo que el primero aumenta la probabilidad de ocurrencia del segundo, en este sentido es que Opazo (2001) los propone para el logro de una mayor eficacia del proceso terapéutico. Cabe considerar que puede ocurrir que influencias avaladas por la clínica y la investigación, por ejemplo, medicación, técnicas de psicoterapia, etc, pueden ser contrarrestados por influencias devenientes de otras dimensiones por factores que no fueron identificados ni tratados.

Si bien es importante: controlar y mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los valores esperados, tomar la medicación que nos mantiene funcionando los sistemas de manera óptima, consumir una alimentación saludable, y fundamental realizar ejercicio físico; no podemos reducir el abordaje

a la dimensión biológica, sino que todas las dimensiones requieren de intervención para obtener un tratamiento eficaz de la enfermedad, y el aumento del bienestar y la salud, debido a la complejidad e integralidad de la misma sino estos otros factores no contemplados, pueden anular los efectos terapéuticos logrados, que no podrán ser mantenidos en el tiempo, pese a haber tenido una primera manifestación de eficacia.

Por ello el funcionamiento psíquico es un aspecto a ser considerado en las intervenciones en salud, ya que también repercute y regula funciones del cuerpo.

En los programas que analizamos se trabaja lo cognitivo en instancias grupales desde la educación y el adoctrinamiento, poniendo en común las dudas, mitos sobre la enfermedad, etc, pero no se interviene en la necesidad de cambiar distorsiones cognitivas o creencias disfuncionales individuales, que repercuten negativamente en la salud y en la evolución de la diabetes.

Si bien es muy importante que se contemplen estos aspectos a nivel grupal, consideramos que es sumamente acotado, ya que es imprescindible contar con un espacio de trabajo individual en el que se puedan expresar los pensamientos y conductas de cada ser en particular. Los significados de "estar enfermo", de "no poder con", o las dificultades que se presentan a diario, están íntimamente ligadas a las vivencias particulares y a la historia de vida de cada persona, que deviene de una Convergencia Temporal, no lineal, y trasciende la vivencia relacionada a enfermedad, pues puede referir a aspectos vinculares familiares, o de funcionamiento biopsíquico o de personalidad.

Muchas veces, por el impacto del diagnóstico, la persona se replantea su proyecto de vida, por la incertidumbre y miedo que le causa la enfermedad. Se

hace necesario trabajar sobre dichas emociones, pensamientos y conductas, ya que las mismas tienen una expresión funcional y un correlato físico, que activa los ejes biológicos del estrés.

En esta misma línea, es que nos resulta fundamental no descartar el hecho de que muchos pacientes, al tener el diagnóstico de su enfermedad, pueden caer en el convencimiento de que nada de lo que hagan producirá un resultado distinto para su vida, una pérdida del control. Para el paciente sería como entrar en una prisión psicológica que lo llevaría a bloquear cualquier posibilidad de cambio, lo que conocemos con el término de Indefensión Aprendida (Seligman y Maier, 1967).

Los pensamientos disfuncionales y las distorsiones cognitivas presentan un correlato biológico que produce activación de los ejes biológicos del estrés, produciendo fundamentalmente la liberación de ACTH y corticoides, con sus consecuencias deletéreas para la evolución de la enfermedad.

Creemos importante identificar en una persona con diabetes como han sido las vivencias a lo largo de su vida en relación a los polos de necesidades que plantea Kohut (1993). Cada persona es un ser particular, y por tanto vivencia de distinta manera la necesidad de sentirse valorado y aceptado (polo especular), el sentimiento de seguridad y protección (polo de idealización y protección) o la necesidad de compartir experiencias con pares o relaciones fraternas desde un mismo lugar (polo gemelar). Si bien éstas son necesidades universales del ser humano, su satisfacción es diferente para cada persona, y por tanto estimulan diferentes estados psicoemocionales, recursos protectores, y mecanismos de defensa ante la enfermedad.

Es importante comprender el proceso que favoreció la emergencia de la enfermedad, procurando que estos factores no continúen presentes y potenciar funcionamientos más saludables.

Los factores psicoemocionales y vinculares estresantes repercuten de forma compleja en el control de la diabetes. La activación emocional y fisiológica que sufre el organismo durante la respuesta de estrés, se considera uno de los factores principales de desestabilización en el control metabólico, *“el equilibrio metabólico produce un sentimiento de tranquilidad”* (Damasio, 2006).

Es fundamental tener en cuenta la historia, las vivencias y la constitución biopsíquica de cada individuo, para entender los procesos personales de salud-enfermedad.

Conociendo la complejidad del tratamiento y controles permanentes que requiere la enfermedad que estamos analizando, consideramos que la dimensión socioecológica y cultural tiene una especial importancia en la persona con diabetes.

Los aspectos socioecológicos condicionan los hábitos de vida de las personas, como pueden ser: los gustos y las preferencias, los valores familiares y culturales e incluso el acceso o no a la educación, el acceso o no a un trabajo digno y estable, la vivienda habitable; ya que la accesibilidad nos permite generar otras herramientas y estrategias. La diabetes es una enfermedad especialmente costosa, que demanda recursos para hacer frente a los frecuentes controles con el equipo, los estudios de laboratorio, el automonitoreo, el tratamiento, la alimentación y la actividad física, etc.

Destacamos la incidencia que tiene la dimensión trascendental, que no es incluida en los programas analizados. Abordar cuál es el sentido de vida de la persona y sus creencias, ya que no es algo preestablecido, sino que es una construcción que va generando cada ser con el transcurso del tiempo y de las experiencias, y tiene repercusión en los procesos salud-enfermedad. Si alguien ha perdido el sentido de vida y no tiene motivaciones, ello se constituye como un factor promotor de respuestas de estrés, con impacto en el metabolismo y en la activación del eje HHA y su incidencia en el nivel de glucosa, etc.

El aporte de la psicoterapia integrativa facilita este proceso de cambio "*La palabra posibilita una descarga y alivio de tensión y abre la posibilidad de buscar estrategias para la modificación de aquello que produce malestar*" (Dubourdieu, 2002)

4.3-Fase de Tratamiento

La tercera fase corresponde a la fase de tratamiento. Aquí se establece una estrategia de trabajo particular e individual, en donde se pretende empoderar y fortalecer todos los aspectos y dimensiones de la persona.

Es necesario que en el abordaje terapéutico individual se manejen los factores facilitadores de la respuesta de estrés, pues los mismos constituirán vulnerabilidad para la enfermedad, pueden haber incidido en su génesis, por ejemplo continuar incidiendo en su mantención o exacerbación.

Basándonos en la neuroplasticidad cerebral, existe la posibilidad de generar cambios a nivel neuronal en lo que tiene que ver con los procesos de aprendizaje y de memoria. Podemos pensar que cada experiencia de vida produce en el individuo modificaciones psicoorgánicas, pero el impacto de éstas va a depender entre varios factores de las facilitaciones tempranas de cada individuo, y de la interacción con el ambiente. La neuroplasticidad va en concordancia con una pnieplasticidad.

Estas facilitaciones que fueron construyéndose por frecuente activación, operan como generadoras de posteriores respuestas, y pueden ser vías serotoninérgicas relacionadas con sentimientos de bienestar, o vías de liberación de CRH, ACTH y corticoides que generan mayor vulnerabilidad ante estímulos estresores, produciendo mayor distrés y alteraciones neuroendócrinas, como en el caso de la diabetes. Es por esta razón que se considera fundamental tener en cuenta las experiencias personales tempranas.

No obstante, la plasticidad neuronal nos permite corregir la transmisión sináptica de las neuronas que "conducen" los pensamientos, mediante la experiencia emocional correctiva, favoreciendo la reactivación de nuevas redes o conexiones neuronales, y nuevos circuitos de respuesta. Esto es posible mediante los procesos que se generan en las intervenciones psicoterapéuticas, que proponemos como necesarias en los programas especializados para personas con diabetes.

Es así que a nivel psicoterapéutico podemos hablar de instaurar experiencias emocionales correctivas para lograr habilitar nuevos circuitos de respuestas y deshabilitar aquellos que caerían en desuso. Joseph Le Doux (1999) plantea que

toda vivencia o estímulo produce modificaciones biomoleculares y promueve la posibilidad de establecer nuevas conexiones, como también aquellos circuitos desactivados por largo tiempo son pasibles de podas neuronales.

Este abordaje permitirá que la persona construya estrategias y herramientas personales que le posibiliten una mejor calidad de vida, reduciendo los factores de riesgo y estrés existentes en su vida; así como también empoderarse y fortalecerse, potenciando los factores protectores de salud.

Los Principios de Influencia utilizan herramientas de diferentes paradigmas que apuntan a potenciar el efecto terapéutico promoviendo fuerzas de cambio en las cinco dimensiones.

Estaríamos fundamentando así la importancia de la psicoterapia integrativa individual, como una herramienta que aporta su visión interdisciplinaria para lograr una mayor eficacia terapéutica.

CONCLUSIÓN

Luego de lo expuesto y analizado en este trabajo, concluimos que los programas analizados fundamentalmente abordan las dimensiones biológica y cognitiva pero en realidad no se aborda al paciente en forma integral, y los aspectos emocionales que se toman en cuenta, son sólo en relación al impacto del diagnóstico de la enfermedad. No se realiza un abordaje de factores psicoemocionales que pueden haber contribuido a la génesis de la enfermedad y que pueden continuar presentes, manteniendo y exacerbando la misma.

Al disponer de un marco de comprensión que aborde la multidimensionalidad de la persona estaríamos en condiciones de poder brindar al paciente con diabetes una atención más completa que redunde en el control de su enfermedad y en optimizar su bienestar.

Por ello se hace necesaria la indagación de las múltiples causas que favorecen y exacerban a la Diabetes Mellitus, en las cinco dimensiones planteadas por el enfoque de la PNIE, indagando factores protectores y de estrés.

Si bien vimos que el estrés nos permite reaccionar ante diferentes estímulos amenazantes, produciendo respuestas de adaptación y protección; también observamos que en situaciones de estrés sostenidas en el tiempo, la respuesta biológica del estrés mediante la activación del sistema nervioso vegetativo y el eje HHA, influyen en el riesgo a enfermar, dando lugar a un abuso de los sistemas de alostasis, produciéndose una carga alostática. La activación crónica y sostenida de los sistemas de alostasis lleva a un costo en el funcionamiento de la persona (carga alostática).

Estas necesidades insatisfechas (por demasía carencia o inadecuación en cualquier dimensión) que producen la activación de los ejes del estrés llevan a una fase de agotamiento como le llamaré Hans Selye en las fases del estrés.

En los procesos de enfermedad existen múltiples factores que intervienen, como: predisposiciones genéticas y biológicas, facilitaciones tempranas y adquiridas, estímulos socioecológicos, mecanismos de defensa, factores psicoemocionales vinculares (ansiedad, tristeza), distorsiones cognitivas, carencia de sentido de vida y motivaciones.

Proponemos el enfoque de la Medicina y Psicoterapia Integrativa PNIE que toma en cuenta la relación existente entre el cuerpo y la mente y la intermodulación entre los sistemas que conforman el todo, como aporte para enriquecer los programas ya existentes a la hora de abordar una enfermedad tan compleja como lo es la Diabetes Mellitus.

De esta forma, las estrategias terapéuticas empleadas, al considerar otros factores intervinientes, tendrán una mayor eficacia terapéutica, pero sobre todo sus efectos podrán perdurar en el tiempo, al no ser anulados los mismos desde otras dimensiones, cuya disfuncionalidad active respuestas de estrés que redunde en un impacto que favorece la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Diabetes Association (ADA) (2016) Diabetes Care 39 (Supl. 1): S36-S38 | DOI: 10.2337 / DC16-S007.

Ausubel, D y Sullivan ,E (1983) “El Desarrollo Infantil”. Barcelona. Ed. Paidós

Bonet, J. (2013) PINE Psioneuroinmunoendocrinología. Cuerpo, cerebro y emociones. Ediciones B. 1ra edición. Buenos Aires, Argentina.

Bowlby, J. (1989) Una base segura. Buenos Aires: Editorial Paidós

Castés, M. (2014) Psiconeuroinmunología o cómo apropiarte del sistema inmunológico. Caracas Gráficas Diamar C.A

Damasio, A. (1996) El error de Descartes. Barcelona: Editorial Crítica.

Delegación Provincial de Salud, Junta de Andalucía, Cádiz, España
Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitus de tipo 2 en Andalucía: ¿la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad? Gac Sanit. 2009;23(5):427–432

http://ac.els-cdn.com/S0213911109001277/1-s2.0-S0213911109001277-main.pdf?_tid=7bcdea38-f5b6-11e5-b319-00000aab0f27&acdnat=1459260161_6b1d75b6bd02b0bfe6be2537d2b76675

(Último acceso: 10 de febrero 2016)

Dubourdieu, M. (2014) Psicoterapia Integrativa PNIE Psiconeuroinmuno-endocrinología. Integración cuerpo-mente-entorno. Montevideo, Uruguay: Ed. Psicolibros Waslala. 3ª Edición.

Garcés, M. y Suarez, J (2014) Neuroplasticidad: Aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. Revista CES MEDICINA volumen 28 n 1.

Federación Internacional de Diabetes- Atlas de Diabetes de la FID séptima edición (2015) <http://www.diabetesatlas.org/> (Último acceso: 20 febrero 2016)

Herbert, T. y Cohen, S. (1993) Stress and immunity in humans: metaanalytic review. Psychological Bulletin 113 472-486

Hernández-Torres A. 6ta edición (2008) Los programas educativos para diabéticos también son útiles en zonas rurales. Claves de Diabetología. Vol. 6, N° 2 - Abril 2010

Iragorri, A y cols.(2009) Efectos neurobiológicos de la psicoterapia. Revista Med vol.17(1): 75-80

Kohut, A. (1993) ¿Cómo cura el análisis? Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós

Le Doux, J (1999) El cerebro emocional. Buenos Aires, Argentina: Ed. Ariel Planeta.

Lenarduzzi (1997) Vínculo temprano y Psicósomática. Revista del Instituto Psicósomático de Buenos Aires.

Lazarus R y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca

López K. Ocampo P. (2007) Archivos en Medicina Familiar, Vol. 9 Issue 2, p80-86. 7p.

Méndez, F. y Beléndez, M. (1994) Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. Anales de Psicología, 10 (2), 189-198.

Morin, E. (1994). Introducción al Pensamiento Complejo. España: Ed. Gedisa

Opazo, R. (2001) Psicoterapia Integrativa. Delimitación clínica. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.

Ortiz Arzelán, A. (2016) XV Jornada Científica SUPNIE Microbiota, Inflamación y Red PNIE. Montevideo, Uruguay.

Prigogine, I. (1997) Las leyes del caos. Barcelona, España: Ed. Crítica.

Rita F. y García M. (2005) Encuesta de prevalencia de la diabetes en Uruguay
Primera fase: Montevideo. Año 2004. Arch. Med. Int. 2005; XXVII; 1: 07-12

Seligman, M. y Maier, S. (1967) Learned Helplessness American Psychological
Association, Journal of Experimental Psychology

Von Bertalanffy L. (1976). Teoría General de los Sistemas. Fundamentos,
desarrollos, aplicaciones. Fondo de la Cultura Económica. México.

Winnicott. D. (1975) "El Proceso de Maduración en el Niño". Barcelona, España:
Ed. Laia

TIMBO: De la mente a la célula: impacto del estrés en
psiconeuroinmunoendocrinología

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272009000200008&lng=en&tling=en



ANEXOS

**Facultad de Psicología
Bienestar y Diabetes desde una visión Integrativa**

Instrucciones: con el objetivo de conocer cuales propuestas y estrategias existen en el sistema de salud del Uruguay con respecto al abordaje de la personas con diabetes, planteamos las siguientes interrogantes

1. ¿Cuánto tiempo y cómo surge el programa de atención a la diabetes en la institución?
2. ¿Cuáles son los objetivos del programa?
3. ¿A qué población va dirigido?
4. ¿Cuál Rango de edad contempla?
5. ¿Cuáles son las Disciplinas o profesionales que la integran?
6. ¿Cómo disponen las actividades?
7. ¿Cuáles considera usted son Fortalezas y debilidades de la institución con respecto al tratamiento de los pacientes con diabetes?

ENTREVISTA 1

¿Cuánto tiempo hace y cómo surge el programa?

Desde 1996 se comenzó a gestar esto que hoy se llama el Plan para el Paciente Diabético y su entorno Familiar a nivel institucional.

En un principio este proyecto se llevaba a cabo desde la consulta con derivaciones a cada profesional relacionado en el tratamiento al paciente con Diabetes, pero esto insumía mucho tiempo perdido y desvío de los pacientes.

Éramos dos endocrinólogas que se especializaban en la toma de pacientes por Diabetes Tipo 1 y Diabetes Tipo 2 y hacíamos las derivaciones correspondientes interinstitucionalmente, pero eran muy grandes las pérdidas de tiempo para los pacientes y había una casi nula posibilidad de involucramiento de los pacientes y sus familias.

Hoy día hay un equipo multidisciplinario que lleva adelante un Plan en la Policlínica Especial para Diabéticos de la mutualista.

¿Surge cómo demanda ?

Surge como una necesidad de lograr un mayor compromiso del paciente y su entorno con la Diabetes.

Nuestra premisa fundamental es que tanto el paciente como su entorno debe ser educado.

¿A qué población va dirigido? ¿Tiene un rango de edad?

Su nombre lo dice es un PLAN PARA PACIENTE CON DIABETES Y SU ENTORNO FAMILIAR.

Pueden concurrir tanto el paciente como su grupo sostén y no está definido que tenga que ser de tal o cual edad.

¿Objetivos del Programa?

Como te decía anteriormente nuestra premisa fundamental es la educación en las distintas áreas para lograr una mayor adherencia al tratamiento.

¿Qué disciplinas forman parte del plan ?

Contamos con nutricionista, nurse, cardiólogo, oftalmólogo, podóloga , cirujano y yo médica endocrinóloga.

Recién hace cuatro años que logramos tener a la podóloga en el equipo y el cirujano también hace poco y está abocado específicamente a la prevención del pie diabético.

¿No cuentan con Psicólogo en el grupo ?

No, se hacen derivaciones a Psiquiatra cuando se ve que no hay aceptación o hay rechazo a la enfermedad. En esos casos generalmente una consulta se hace.

¿Cómo se disponen las actividades?

Bueno; los grupos se reúnen en la última semana de cada mes martes y jueves (de Marzo a Noviembre) en forma gratuita.

Son grupos de no más de 15 personas, tienen un tiempo libre en el que se evacúan dudas, cuentan experiencias y vivencias de la enfermedad.

Se hace entrega de folletería con información y se hacen talleres a cargo de los diferentes profesionales en su área.

Charlas de educación donde son básicos el plan de alimentación, el ejercicio, la terapia médica y el manejo de toda la información concerniente a las posibles complicaciones agudas y/o crónicas y a la medicación.

Nosotros nos manejamos con una pirámide en la que su base está ocupada totalmente por la educación, en el medio viene la terapia médica junto con el ejercicio y en su vértice tenemos el Plan de alimentación con lo que llamamos una adecuación o reestructura de la forma de alimentarse, no hablamos de dieta.

Por ejemplo una charla que da la Nurse se titula "Ser independientes" y allí se explica todo lo que tiene que ver con la medicación.

Igualmente ante un debut la nurse va una semana a domicilio para el adoctrinamiento personalizado de manejo del aparato, de la insulina, cuidados, donde inyectarse, dosis, etc

En esa semana la nurse oficia de asistente social haciendo también un estudio del entorno, ver adhesión.

En un tiempo hasta festejábamos el 14 de Noviembre Día de la Diabetes con actividades, caminatas y regalos, donaciones...pero eso se fue dejando por los diferentes abusos que se daban porque todo era gratuito.

Creo que como gran consecuencia de las acciones de este grupo tenemos prácticamente abolidas en la población institucional las complicaciones agudas de la enfermedad, salvo casos muy puntuales.

ENTREVISTA 2

¿Cuánto tiempo y cómo surge el programa?

Hace 4 años, todo surge porque coordinadora de policlínica plantea hacer una policlínica de diabetes, da la opción de 2 horas que lo dedicara a hacer el programa, usar esas horas en vez de estar con pacientes, 2 meses y medio horas de trabajo para armar el programa, junto a una nurse, Daniela que tiene mucha trabajo a nivel social, nos basamos en programas de diabetes en Chile y España con APS, en España y Chile trabajan con médico de familia. Basándome en los programas y la dinámica en Paysandú.

¿Surge como demanda? No surge como iniciativa?

¿Objetivos del programa?

Educación diabetológica, el tratamiento del paciente en forma integral, tratar de captar a la mayor cantidad de diabéticos de ASSE. En Paysandú Trabajar con los médicos vemos que referencia.

Educación, tratamiento psicológico actividad física y después vemos que el paciente enganche le damos una devolución al paciente de como llego y como se va y se lo devolvemos a su médico de referencia.

¿A qué población va dirigido?

Solo usuarios de ASSE y el paciente objetivo es el paciente que sea diabético, todos los diabéticos de ASSE pero tenemos muy poquitas horas, tratamos de ver pacientes que tengas 7 7, 5 aquellos que están con médicos que no tengas buenos controles.

¿Rango de edad?

No, pueden ser desde adolescente y adultos, no vemos niños, apuntamos a la población adulta. Hemos tenido diabetes tipo 1 tipo 2, no gestacional esa tiene una policlínica para ellos.

Requisitos ser diabético, ser de ASSE, derivado de algún médico. A veces me han llevado algún paciente internado y a la alta y lo fundamental que es paciente quiera hacer el programa le pedimos que un estén todos los jueves. Por varios meses, 4, 5 6 depende del paciente hasta 1 año han estado pacientes. Lo primero es el compromiso de cambio, con ellos mismos y con el equipo.

Mucha demanda de tiempo para ir a las charlas, a las consultas a la plaza de deportes, a las consultas a la charla de bienvenida se les hace firmar un compromiso.

Charlas 5

Bienvenidas, deportóloga, podóloga, nutricionista, nurse insulino terapia, todos estamos viendo la paciente, nos separamos para hacer las evaluaciones.

Disciplinas que integran

Endocrinólogo diabetólogo, psicóloga, medico deportólogo, nurse y enfermera

Actúan por su lado: estamos al alrededor del paciente, en algún momento uno da una charla y ven los controles del paciente, monitoreo.

Ingreso de ficha, examen físico.

Abordaje individual con el equipo. Grupo de apoyo con psicólogo. Grupo de apoyo es psicólogo con el grupo trabajando la parte emocional como manejan

su diabetes, con da grupo que se forma por semestre, charlas y grupo con psicólogo. un jueves 1, va manejando diferentes temas dependiendo lo que cada grupo necesita, en la sala de espera grande se traba charlas y grupo de apoyo.

¿Cómo se disponen las actividades?

Grupos de apoyo: 1 hora, charla 1 hora. Se interactúan.

Abordaje individual

Actividad física lunes, miércoles y viernes profesora de educación física que tiene 1 hora 3 veces por semana para el programa. La da el ministerio de turismo y deporte.

Máximo tiempo de permanencia: no hay. Aquel paciente que hemos dado todo de nosotros y el paciente no engancha le damos el alta, lo atienden en la policlínica pero no en el programa.

En el área de psicología, es grupal el abordaje, en algún caso particular se hace individual.

Si el paciente necesita alguna otra atención se deriva a otra policlínica el debut de la clínica.

En el grupo de apoyo, miedos a la enfermedad, cuando comenzaron con la diabetes, el debut. Las complicaciones, el tema de la alimentación, la relación con el equipo de trabajo.

Cada mes y medio tenemos un ateneo, se evalúan a todos los paciente.

Fortalezas y debilidades del programa: la deserción nos preocupa, porque abandonan. Le damos demasiado hasta cita con cardiólogo odontólogo ginecólogo. 30 % de deserción.

250 persona desde que empezó el programa.

Fortalezas: el paciente que se engancha es fantástico porque después que se sigue el paciente va a seguir bien el resto de su vida. Trabajo en equipo, también trabajar en equipo contiene a los mismos especialistas, te ayuda para ir viendo como esta los errores. Cuando se conversa con otro lo manejas diferente. Para el paciente tener a todo los especialista es muy importante.

Pacientes adhieren por lo que se les da pero no porque no quieren estar en el programa

De 70 % no todos hacen un click., tienen dificultades con los pasajes, económicamente no pueden pagar.

Entrevista 3

¿Cuánto tiempo hace y cómo surge el programa?

Desde 1951 está este programa en Uruguay, surge con la misión de acercar al paciente con diabetes la educación para lograr el empoderamiento de la enfermedad.

En sus comienzos era dirigida por médicos endocrinólogos y pacientes con diabetes, hoy es ejercida mayoritariamente la dirección por los pacientes.

Es la 2da. Asociación de diabetes en el mundo y la 1era. en América.

¿Objetivos del programa?

Somos una asociación sin fines de lucro pero con fines de logro. No tenemos subsidios estatales ni de organismos internacionales.

Nuestra misión es educar, prevenir la diabetes y sus complicaciones. En pocas palabras lograr que los pacientes con diabetes del Uruguay logren empoderarse de su enfermedad.

¿A qué población va dirigida?

A pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2 de todas las edades, a su familia y a la comunidad en general en lo que a prevención se refiere.

Tenemos en este sentido el plan XX aprobado por Educación Primaria que desarrolla actividades con las escuelas que nos visitan en el marco de educar en la prevención de la diabetes.

¿Rango de edad?

Abierto a todas las edades, tenemos grupos de niños, adolescentes, adultos y adultos mayores también.

¿Disciplinas que lo integran?

Tenemos :

Educadores, Nutricionista, Podóloga, Psicóloga y para evaluar casos puntuales pedimos la colaboración de Asistente Social.

¿Cómo se disponen las actividades?

Las actividades son talleres educativos, lúdicos, reuniones, campamentos.

Esta asociación está abierta a toda la población, tiene el aporte de socios que al abonar una cuota pasan a adquirir diferentes beneficios como por ejemplo atención con los diferentes profesionales en su área (gimnasia, nutricionista, psicóloga, podóloga, exámenes de rutina) por precio muy bajo de los correspondientes por aranceles, descuentos en productos, etc.

También está el régimen de socio protegido, que sería aquel usuario de ASSE que concurre a la asociación con carta de su médico solicitando el beneficio.

Una vez al año se realiza un campamento para los diferentes niveles, son de 2 días. Por ejemplo en un campamento de niños van 50 niños y se necesitan 30 técnicos y cierta suma importante de dinero para que se pueda llevar a cabo.

¿Fortalezas y Debilidades del programa?

Fortalezas les puedo contar que la trayectoria en Uruguay es muy importante por ejemplo para poder moverse con cierta soltura en algunos asuntos. Por ejemplo al realizar acciones sociales para apoyar diferentes instancias.

Por ejemplo les cuento que venimos luchando por renovar una Ley de ordenanza vial (libreta profesional) existente desde el año 1971 que hoy por hoy no

contempla la realidad del paciente con diabetes. En ella se proclama que el paciente con diabetes que se inyecte insulina no tiene derecho a la libreta profesional.

Por otro lado se obtienen muy buenos resultados cuando se logra la adhesión de los pacientes.

Y por último algo muy importante, los educadores somos personas con diabetes. Esto nos posibilita un mayor acercamiento y entendimiento de lo concerniente al vivir con la enfermedad.

Debilidades la mayor y más importante es el no llegar a la gran mayoría de la población del Uruguay y el no lograr aún que las personas vean la real importancia que tiene la educación en salud.

Entrevista 4

¿Cuánto tiempo y cómo surge el programa de atención a la diabetes en la institución?

La unidad de Diabetes funciona en CASMU a partir del año 95 o 96. Desconozco cómo surgió pues yo me integré a la misma a partir del 2001, a través de concurso de oposición y méritos, que es la forma de ingresar.

¿Cuáles son los objetivos del programa?

Nunca he tenido acceso a ningún documento escrito donde estén especificados los objetivos; pero estimo que será la atención integral y multidisciplinaria de las personas con diabetes.

¿A qué población va dirigido?

A la población diabética de la institución

¿Cuál Rango de edad contempla?

Todos. Desde la niñez a la tercera edad

¿Cuáles son las Disciplinas o profesionales que la integran?

Médicos (diabetólogos y endocrinólogos), enfermeras, nutricionistas, podólogos. Existe además una policlínica de Pie Diabético que está integrada por cirujano, vascular, traumatólogo, podólogo y diabetólogo, destinada a la atención de las lesiones de pie, complicación frecuente en el paciente diabético. La institución cuenta además con un servicio de atención domiciliaria diabetológica, para la atención de pacientes diabéticos al alta de una internación en sanatorio, luego del debut de diabetes, o cuando persiste descontrol metabólico y hay que iniciar insulino terapia.

¿Cómo disponen las actividades?

La consulta médica está precedida por el control de enfermería, quienes también realizan tareas de educación (por ejemplo el entrenamiento en la técnica de autoadministración de insulina, monitoreo glucémico, etc). Luego de la entrevista médica el paciente es derivado a la consulta con la nutricionista, quien lo ve a continuación. Dado que trabajamos en consultorios próximos, tenemos la posibilidad de intercambiar opiniones con la nutricionista acerca del paciente. A la consulta con los podólogos se accede a través del pase del médico. Es una consulta aparte, pero los consultorios podológicos están en la misma área física, por lo cual frente a cualquier duda ellos nos pueden venir a buscar, y lo mismo

nosotros podemos llamarlos para que evalúen por ejemplo si hay que derivar al paciente en forma urgente o no. A la consulta en policlínica de Pie Diabético se accede con pase de médico de la Unidad de Diabetes.

¿Cuáles considera usted son Fortalezas y debilidades de la institución con respecto al tratamiento de los pacientes con diabetes?

Fortalezas- la posibilidad de trabajar en conjunto con otras disciplinas, lo cual facilita la atención del paciente, dándole un marco de referencia sólido

Debilidades- Si bien existe un servicio de psicología médica adonde podemos derivar al paciente para realizar interconsulta, sería bueno trabajar en forma más integrada con dicho servicio y tal vez incluir la consulta psicológica como parte de la rutina de la atención al paciente diabético