

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales, Humanidades y Artes
Facultad de Psicología

PROMOCIÓN DE ACTITUDES Y ESTRATEGIAS PARA EL
APRONTAMIENTO EMOCIONAL E INSTRUMENTAL DE LOS CAMBIOS Y
CONDICIONES DESENCADENADOS POR LA DIABETES MELLITUS Y LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ENFERMO CRÓNICO Y SU CUIDADOR
ATENDIDOS EN HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DE LA CIUDAD DE
BUCARAMANGA

Trabajo presentado para Optar el título de
PSICOLOGAS

Presentado por:
Consuelo Marín Calderón
Lucy Montagouth Niño

Bajo la dirección del Ps. Leonardo Álvarez Ramírez
Bucaramanga, Noviembre de 2006

Agradecimientos

A mi familia, quienes con su esfuerzo y apoyo lograron que yo pudiera estudiar la carrera que siempre quise.

A los pacientes, sin los cuales este trabajo no hubiese sido posible, gracias por su dedicación y gran motivación.

A la Jefe Belsy del Centro de Salud Girardot quien nos brindó su apoyo incondicional permanentemente.

A Sor Edith por abrirnos las puertas de esa gran Institución que es el Hogar San Rafael.

Lucy Montagouth Niño

Agradecimientos

A mi madre, la que alimentó este sueño que hoy se hace realidad y con la que hubiera querido compartir este triunfo. Su amor perdurará por siempre en mi corazón.

A Bernardo mi esposo, a mis hijos: Jhonatan, Cindy Lorena y Julíeth Catherine, sin su amor, sacrificio y apoyo no hubiera sido posible llegar a la meta.

A la comunidad Alianza Cristiana y Misionera Colombiana, por sus oraciones, por el respaldo y acompañamiento durante toda mi carrera. Muy especialmente a las señoras Consuelo Carrera y Luz marina Cardozo.

A todos mis maestros, de los que aprendí a amar el conocimiento y a mis compañeros por hacerme sentir amada y aceptada.

Pero sobre todo a Él, a quien amo y veneró profundamente. Al Dios que me sostiene y acompaña. Todo lo que soy y lo que quiero ser se lo debo a El. Mil Gracias Dios.

Consuelo Marín Calderón

Tabla de Contenido

Resumen	
Introducción	1
Objetivos	
Objetivo General	2
Objetivos Específicos	3
Antecedentes	4
Marco Teórico	6
Modelo Biopsicosocial de la enfermedad crónica	6
El trípode del concepto de enfermedad	9
Hipertensión Arterial	12
Causas	12
Factores no modificables y modificables	13
Síntomas	14
Diagnostico	14
Tratamiento	15
Principales medidas	15
Riesgos	16
Diabetes Mellitus	16
Causas e incidencia	17
Tipos de Diabetes	17
Factores de riesgo	18
Síntomas	18
Signos y Exámenes	19
Tratamiento	20
Reacciones del paciente crónico a partir del diagnostico	20
Afrontamiento	23
Afrontamiento Emocional	24
Afrontamiento Instrumental	24
Creencias	24
Metodología	26
Diseño	26
Hipótesis	26
Variables	27

Participantes	27
Instrumentos	29
Procedimiento	30
Resultados	31
Discusión	35
Recomendaciones	38
Referencias	40

Lista de Figuras

Figura 1.	Distribución de pacientes por género	28
Figura 2.	Distribución de pacientes por diagnóstico	28
Figura 3.	Distribución por ubicación geográfica de pacientes	29

Lista de Tablas

Tabla 1. Prueba t Cuestionario de Afrontamiento Emocional e Instrumental	32
Tabla 2. Prueba t Cuestionario de Creencias	32
Tabla 3. Resultados Descriptivos Afrontamiento Emocional	33
Tabla 4. Resultados Descriptivos Afrontamiento Instrumental	34
Tabla 5. Resultados Descriptivos Creencias	34

Lista de Apéndices

Apéndice A. Descripción de la Institución

Apéndice B. Cuestionario de Afrontamiento Emocional e Instrumental

Apéndice C. Cuestionario de Creencias

Apéndice D. Naturaleza de los ítems de las pruebas

Apéndice E. Listas de Pacientes

PROMOCIÓN DE ACTITUDES Y ESTRATEGIAS PARA EL
APRONTAMIENTO EMOCIONAL E INSTRUMENTAL DE LOS CAMBIOS Y
CONDICIONES DESENCADENADOS POR LA DIABETES MELLITUS Y LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ENFERMO CRÓNICO Y SU CUIDADOR
ATENDIDOS EN HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DE LA CIUDAD DE
BUCARAMANGA

Resumen

Se realizó un estudio con el objetivo de determinar los efectos de un programa de intervención psicosocial, sobre la promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento emocional e instrumental de los cambios y condiciones desencadenados por la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Se trata de un estudio cuasiexperimental en un solo grupo (enfermos crónicos). La muestra se tomó de pacientes de la zona I del Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) atendidos en el Hospital Local del Norte, específicamente los barrios Girardot 26 pacientes (40%), San Rafael 21 pacientes (32%) y Santander 18 pacientes (28%), para un total de 65 enfermos crónicos (50 hipertensos y 15 diabéticos) en un rango de edad entre los 38 y 87 años y sus cuidadores. La intervención duró 38 semanas, desde febrero hasta octubre de 2006. Se llevó a cabo desde el Modelo para la Intervención Psicosocial de la Enfermedad Crónica de Rolland (2000). La intervención se realizó en dos fases; la primera fase comprendió el área de afrontamiento emocional y creencias y la segunda el afrontamiento instrumental. En ambas fases se indagó el conocimiento y creencias previas de la enfermedad, se informó sobre esta y su manejo adecuado y se entrenó en formas de afrontamiento más adaptativas y en la flexibilización de creencias frente a la enfermedad, utilizando técnicas cognitivas. Estas áreas fueron evaluadas utilizando dos cuestionarios, uno de afrontamiento emocional e instrumental y otro de creencias antes y después de la intervención.

Los resultados de la evaluación se analizaron estadísticamente con la prueba t de Student con un nivel de significación menor a 0.05. Esto mostró que la aplicación del programa de intervención psicosocial con enfermos crónicos favorece a hacer más funcional las actitudes y estrategias de afrontamiento emocional e instrumental y puede flexibilizar creencias desencadenadas por la enfermedad.

Palabras clave: afrontamiento, creencias, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus.

Las enfermedades crónicas hacen referencia a una serie de patologías que se desarrollan y perduran en el sujeto hasta el día de su muerte.

Debido a la poca información que poseen los individuos de su enfermedad, se forman conceptos erróneos reflejados en una asociación directa de estas patologías con la muerte, dando origen a pensamientos, conductas y respuestas fisiológicas inadecuadas, interfiriendo así, con los tratamientos médicos y con la calidad de vida del paciente. De la misma manera, las condiciones patológicas crónicas de los pacientes, tienen repercusión en sus cuidadores, ya sean estos familiares o personas cercanas, incluyendo al personal médico y paramédico.

La psicología social de la salud, en este caso particular, ofrece una visión holística del paciente crónico, fundamentándose en la idea de que las relaciones cercanas promueven la salud (D. Myers, 2000). Es por esto que una intervención psicosocial es de suma importancia ya que por medio de ésta el paciente con la compañía y apoyo de otros puede llegar a adaptarse de manera más rápida y satisfactoria a su situación particular haciendo de él un agente activo que colabore en beneficio de su salud física y psicológica.

Resulta importante para los pacientes crónicos y para su familia que se les proporcione información oportuna y necesaria acerca del diagnóstico, fases de la enfermedad, procedimiento y curso del tratamiento, además de las implicaciones que tienen estos para el estilo de vida familiar y personal del paciente, facilitando así, el proceso de aceptación de la nueva condición y la influencia de la enfermedad en las relaciones interpersonales. Al mismo tiempo es relevante que estos pacientes tengan la posibilidad de contar con asesoría psicosocial en dicho proceso para que puedan desarrollar competencias personales, de interacción y de apoyo mutuo que permita asumir las condiciones comprendiendo su dinámica; características y manifestaciones, desarrollando actitudes proactivas y estilos de interacción, comunicación y afrontamiento saludables y asertivos.

Se requiere entonces, de un trabajo que pueda favorecer el desarrollo del paciente, su grupo familiar y personas significativas, propiciando actitudes,

estrategias funcionales, pensamientos, sentimientos de control y autoeficacia frente a un proceso largo, complejo e incierto, favoreciendo la construcción de un conjunto de creencias y narrativas compartidas para fomentar actitudes de coherencia, colaboración, eficacia y confianza, en los enfermos crónicos y allegados, optimizando el apoyo de sus relaciones interpersonales y beneficiándose de estas para mejorar la calidad de vida.

El objetivo central de este programa psicosocial fue promover actitudes y estrategias para el afrontamiento emocional e instrumental de los cambios y condiciones desencadenados por la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en enfermos crónicos y sus cuidadores atendidos en el Hospital Local del Norte entre los 38 y 87 años a través de la promoción de estrategias afrontamiento más adaptativas para la construcción de estilos de vida y hábitos que favorezcan los niveles de calidad de vida en el curso de la enfermedad y la flexibilización de creencias.

Con base a lo anterior la presente intervención está guiada por las siguientes preguntas

¿Un programa de intervención psicosocial para el desarrollo de actitudes y estrategias de afrontamiento emocional e instrumental, favorece el manejo apropiado de los cambios y condiciones generados por la enfermedad crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus, en pacientes y cuidadores de los barrios Girardot, Santander y San Rafael, pertenecientes a la zona I de ISABU, atendidos en el Hospital Local del Norte de la ciudad de Bucaramanga?

Objetivos

Objetivo General

Promover actitudes y estrategias para el afrontamiento emocional e instrumental de los cambios y condiciones desencadenados por la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en el enfermo crónico y sus cuidadores atendidos en el Hospital del Norte de la ciudad de Bucaramanga

Objetivos específicos

Promover en el paciente crónico y su cuidador estrategias para el afrontamiento emocional proactivo en el proceso de la enfermedad.

Promover en el paciente y su cuidador la flexibilización de creencias sobre la salud y la enfermedad, desencadenadas por la enfermedad crónica.

Promover en el paciente crónico y su cuidador estrategias para el afrontamiento instrumental mediante la construcción de hábitos que favorezcan los niveles de calidad de vida en el curso de la enfermedad.

Antecedentes

El tema de las enfermedades crónicas cobra cada vez más vigencia para la civilización actual, máxime cuando la morbilidad de estas evoluciona con rapidez en todo el mundo. De igual manera no se han hecho esperar las iniciativas de intervención desde las disciplinas de la salud, desembocando en un trabajo interdisciplinario que aborda al paciente de una manera holística. Es el caso de las intervenciones que desde una concepción de la enfermedad como fenómeno biopsicosocial han obtenido resultados en pro del mejoramiento de la calidad de vida del paciente crónico y de su red social.

En cuanto a la Hipertensión se encuentran iniciativas de intervención entre las que se puede mencionar, la que se llevó a cabo en Cali, Colombia, en la que se determinó la efectividad de un programa de intervención psicosocial para reducir los niveles de presión arterial. (Arrivillaga. M., Cáceres D., et al. 2006). El estudio se llevó a cabo con dos grupos aleatorizados (Grupo Experimental y Grupo Control) y el diseño de análisis intra e intergrupo, pre y pos intervención. Participaron 94 pacientes controlados por Hipertensión Arterial en una institución de salud de Cali.

Para el análisis estadístico se calcularon las medidas de tendencia central para determinar las características de la muestra. Se utilizó la prueba T de student para determinar la eficacia diferencial de pre-post en la presión Arterial Sistólica y la Diastólica. Los resultados mostraron que en el grupo experimental disminuyó significativamente la Presión arterial sistólica ($p=0,031$), mientras que la presión arterial diastólica no mostró diferencias estadísticamente significativas manifestándose controlada.

Al comparar los grupos (grupo control y grupo experimental), se encontraron diferencias significativas, posteriores a la intervención. En los niveles de Presión Arterial Sistólica ($p=0,021$ y $p= 0,017$). Este estudio respalda la evidencia que demuestra que las intervenciones psicosociales tienen efectos significativos en la reducción de los niveles de hipertensión arterial.

Otro trabajo antecedente en cuanto a las intervenciones psicosociales con Enfermos Crónicos es el programa psicosocial ejecutado por Charry y García 2005, con pacientes hipertensos y diabéticos.

Esta intervención psicosocial para la promoción de actitudes y estilos de vida resilientes, pautas de interacción preactivas y formas de afrontamiento del proceso de las enfermedades crónicas en los pacientes, sus familias y personas significativas para él, fue llevada a cabo durante un año con población del barrio Girardot atendidos en el Hospital del Norte. Los pacientes fueron agrupados de acuerdo a su diagnóstico. (Hipertenso o diabético). La intervención hizo uso de procedimientos y técnicas Cognitivas y Gestálticas.

Como resultado de esta intervención se menciona, un cambio actitudinal en los pacientes confirmado por la adherencia al tratamiento farmacológico, por otro lado se menciona una resignificación cognitiva frente a la enfermedad, puesta en evidencia por los pacientes en un más discurso más flexible frente a esta, mostrando además dominio en el conocimiento sobre ella.

Marco teórico

Las enfermedades crónicas han sido un tema de reflexión desde el inicio de la humanidad. Durante algunas épocas fue considerado como un tema tabú, pero recientemente, con el desarrollo de la tecnología y los avances científicos el tema se ha desmitificado y se ha hecho conocer como un tema inherente al ser humano; se ha accedido al conocimiento de su naturaleza, etiología, epidemiología, prevención y sus posibles curas. De esta manera se pretende ampliar la información acerca de las enfermedades crónicas, específicamente la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

El Modelo Biopsicosocial de la Enfermedad Crónica

La enfermedad crónica es un fenómeno biopsicosocial y por lo tanto su comprensión y abordaje exigen un modelo de tales características. Un modelo sistémico responde a estos requerimientos. Este concibe la enfermedad crónica involucrando sistemas y subsistemas que operan de manera simultánea en dicho fenómeno y tienen implicaciones directas para su comprensión, evaluación, abordaje, seguimiento y control. Por lo menos 4 subsistemas se hallan involucrados en la enfermedad crónica: 1) el paciente, 2) La familia, 3) El equipo de salud, 4) La enfermedad.

Desde la teoría sistémica, uno de los modelos que explica de manera muy completa la enfermedad dentro del contexto familiar es el de Rolland (1994) el cual explicita, que en la enfermedad crónica el foco de interés se localiza en el sistema creado por la interacción de la misma con el individuo, la familia y otros sistemas psicosociales. En este modelo existen 3 dimensiones.

“La primera dimensión del patrón de la enfermedad llamada el Tipo Psicosocial de la Enfermedad: puede variar en términos de su inicio (agudo o gradual), curso (progresivo, constante o episódico), pronóstico (fatal, o tan solo una disminución de la expectativa de vida, o bien puede ser un caso de

muerte súbita o carente totalmente se efecto sobre la longevidad.), así como el grado de incapacidad que pueda llegar a ocasionar en el individuo que la padece (ninguna, leve, moderada o severa).

La segunda dimensión son las Fases en la Historia Natural de la Enfermedad:

- Fase de crisis inicial: comprende cualquier periodo sintomático anterior al diagnóstico, así como el periodo inicial de ajuste y adaptación luego que se confirma la enfermedad y se inicia el tratamiento. En esta etapa el paciente y su familia se enfrentan a las siguientes necesidades: a) Aprender a manejar el posible dolor, incapacidad o cualquier otro síntoma relacionado con la enfermedad; b) Aprender a manejarse dentro del ambiente médico-hospitalario y enfrentarse a los procedimientos necesarios para tratarla; c) Crear un significado para la enfermedad que incremente el sentido de competencia, así como su mejor comprensión, al mismo tiempo que permita el duelo por la pérdida de identidad perdida, pues esta se modifica a partir del diagnóstico.

- Fase crónica: independientemente de su duración, tanto el paciente como su familia debe aprender a convivir con la enfermedad. La habilidad de la familia para llevar a cabo una vida "normal" ante lo "anormal". De manera paradójica, la esperanza de la familia es que podrá reasumir su vida "normal" solamente después de la muerte del paciente, o bien, de su eventual curación; esto puede llegar a causarles culpa y vergüenza. También la familia debe superar la tendencia a fomentar la mutua dependencia y sobreprotección. Esto se logra fomentando la autonomía dentro de todos los miembros de la familia.

- Fase Terminal: La familia entra en un proceso que le hace sentir dos diferentes tipos de emociones al anticipar la muerte del ser amado, el primer sentimiento consiste en la tristeza de la separación o distanciamiento, no necesariamente físico, pero sí intra psíquico, alejándose y despidiéndose

emocionalmente del enfermo, manifestando amor a través de una preocupación social. La segunda es la tristeza por que la “familia” que hasta entonces habían conformado, ya no existirá más. Crisis por que la persona que esta muriendo, que puede ser querida o no, aceptado o no, desaparecerá de modo permanente y no podrán volver a tener contacto real con ella. Además, cuando el paciente se enfrenta a la inminencia de la muerte experimenta con frecuencia angustia, impotencia y depresión. La depresión se relaciona con perdidas pasadas, tal vez la persona ya no sienta placer ante la comida, la actividad sexual o cualquier actividad física; deja de trabajar, pierde su rol social y familiar. Pierde autonomía y control de la situación. La angustia se relaciona al temor a perdidas futuras, al miedo a la muerte, a perder funciones corporales, bienestar y en general, a perder todo lo que ama, lo que puede llevar a que el paciente experimente conductas regresivas tales como sentir o actuar de manera infantil, así como adoptar mecanismos de defensa a fin de disminuir esta angustia y depresión.

La tercera dimensión son las variables claves del sistema familiar: Este aspecto subraya la importancia de algunas características de la vida familiar como seria su historia transgeneracional de enfermedades, su nivel de desarrollo, su sistema de creencias, su grado de cohesión, adaptabilidad y comunicación. Tanto el enfermo crónico como su familia necesitan darle un sentido a la enfermedad. El significado que le atribuyen se podrá encontrar en la historia que ellos mismos crean y dicen acerca del padecimiento; dicho trasfondo lo desarrollaran a través del concepto de enfermedad que les ha sido transmitido por varias generaciones. Lo que cada persona sabe de la vida lo ha adquirido por sus propios familiares en experiencias vivenciales pasadas, de modo que el significado que el individuo tiene de las mismas se obtiene a través de la manera en que se estructura. El sentido de la enfermedad para el paciente y su familia esta construido sobre la base social que les permite funcionar, comportarse y adaptarse.

Debido a que la funcionalidad de una familia se mide en términos de la flexibilidad, la fortaleza y el grado de compromiso que ésta tenga para superar cualquier obstáculo que se le presente, Al hacer una evaluación en una familia donde uno de sus miembros o más padecen una enfermedad crónica, no se debe caer en el error de rotular de “patológicas” ya que los criterios de normalidad y disfunción apropiados en otras situaciones no les son aplicables. Esta posible evaluación se debe hacer a la luz de la magnitud y duración de la situación; este proceso de evaluación y de intervención se debe hacer a través de una lente normativa que facilite la creación de una relación terapéutica de colaboración, que infunda en la familia un sentimiento de control y capacidad y aliente la curación.

El proceso de evaluación puede ser un poderoso “encuadre inicial” de la experiencia de la enfermedad que determine si las familias crearan narrativas positivas o destructivas acerca de la convivencia con una enfermedad crónica. La evaluación debe ir dirigida a evaluar aspectos como el poder, los roles, las jerarquías, demarcación de límites, adaptabilidad (flexibilidad o rigidez), cohesión y estilos de comunicación. El marco de la evaluación familiar a partir del modelo sistémico de la enfermedad se basa en la evaluación de cuatro áreas básicas del funcionamiento familiar: 1) Pautas estructurales/organizativas de la familia. 2) Procesos de comunicación. 3) Pautas multigeneracionales y ciclo de vida familiar. 4) Sistemas de creencias familiares (construcción de la realidad compartida, paradigmas familiares y visión del mundo). La habilidad de la familia para adaptarse a los cambiantes circunstancias o tareas se complementan con su necesidad de valores durables, tradiciones, normas de comportamiento previsibles y coherentes.

El trípode del concepto de enfermedad

Según Marietan (2005) ,el concepto de enfermedad deriva de tres ideas básicas:

Intrínseca: Es generada por un desequilibrio interno del individuo. Este modelo de explicar la enfermedad es el adoptado por la mayoría de las

concepciones médicas: exceso o déficit de sustancias químicas; alteraciones estructurales o funcionales que desequilibran otras estructuras o funciones.

En psiquiatría es de preferencia usada por la tendencia biológica: las teorías aminérgicas de la depresión o la esquizofrenia. Estas serían, en realidad, teorías patogénicas, más que etiogénicas. La teoría cognitiva coloca el acento en una alteración en el procesamiento de la información (una alteración estructural, en último análisis).

Extrínseca: Es generada fuera del individuo y éste la incorpora. Este modelo tiene sus raíces en las posturas mágico -religiosas, donde fuerzas o influencias externas inciden sobre el hombre y lo enferman.

En psiquiatría, a partir de este modelo (extrínseco) se toma en cuenta la influencia de las circunstancias y de las personas sobre el individuo. La teoría psicoanalítica habla de circunstancias que producen conflictos y son génesis de las neurosis, por ejemplo un medio ambiente opresor y las influencias parentales, entre otros.

Mixta: el individuo presenta una predisposición que lo sensibiliza a ciertos agentes externos.

La clasificación de las enfermedades en agudas y crónicas procede de la medicina hipocrática. Aunque ha permanecido vigente durante toda la historia de la medicina occidental, no se le concedió valor noxotácico suficiente hasta que Sydenham definió sus criterios diferenciales. Para este autor, el esfuerzo de la naturaleza por alcanzar la curación en las enfermedades agudas es mayor que en las crónicas. Esto es por 2 causas: su localización en sangre y la mayor vitalidad natural del que hace y padece la enfermedad. Como en ellas el curso es más rápido, se hace más evidente la causa "nosográfica" y su implicación en los síntomas patognomónicos. Estas son imprevisibles y azarosas, y según Sydenham tienen a Dios como autor. En las enfermedades crónicas la materia morbígena es de índole más humoral, la localización del proceso no suele ser hemática y la vitalidad natural del sujeto que la padece es escasa, motivos estos por lo que el esfuerzo de la naturaleza es menor y la especificidad sintomática también

sería menor. Las enfermedades crónicas serían dependientes del género de vida de quien las hace y las padece teniendo su autor en el propio enfermo.

A partir de estas diferentes concepciones de la enfermedad y de las diversas explicaciones de su origen se debe delimitar este campo y estrecharlo hacia el foco del proyecto, las enfermedades crónicas, las cuales se definen como trastornos orgánicos o funcionales que obligan a una modificación del modo de vida del paciente, y que han persistido o es probable que persistan durante largo tiempo. Las enfermedades crónicas son de larga duración y no se pueden curar en forma rápida o fácil. La definición anteriormente descrita hace relevante tanto los aspectos médicos, como los aspectos sociales que acarrea esta enfermedad. Son básicamente cinco las características diferenciales de estas enfermedades; son permanentes e irreversibles y cursan con alteraciones residuales, son multicausales y se deben afrontar desde una perspectiva multicausal, requieren del entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y de la colaboración de ambos con el equipo de salud. Precisan largos periodos de cuidados y tratamiento para su control y para paliar los efectos de la enfermedad. Y por último conllevan sentimientos de pérdida.

Atendiendo a los aspectos predominantes en cada una de ellas, según Kiely (1985) estas se pueden agrupar sobre la característica que las une, siendo enfermedades que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física.

- Enfermedades de mal pronóstico: oncológicas, SIDA.
- Enfermedades que provocan gran dependencia: renales, neurológicas.
- Enfermedades que causan gran dolor o mutilación: Cáncer de seno.
- Enfermedades que cursan con dolor crónico: artritis reumatoide, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, espondilitis anquilosante.
- Enfermedades que determinan pérdidas en la imagen corporal:
Amputaciones, colostomía.
- Enfermedades que obligan para su evolución favorable a modificaciones

en el estilo de vida: Hipertensión Arterial, enfermedades metabólicas como diabetes mellitus y la obesidad.

- Enfermedades respiratorias: asma y fibrosis quística

Hipertensión Arterial (HTA)

La hipertensión arterial es una enfermedad metabólica, su característica es el aumento de forma crónica de la presión arterial. Se trata de una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y dejada a su evolución sin tratamiento puede ser que el primer síntoma que de ella se tenga sea una complicación severa como un infarto de miocardio, hemorragia o trombosis cerebral; situaciones que se pueden evitar si se trata y controla adecuadamente.

Los valores límites hoy aceptados como normales son menor de 120 mm de Hg para la presión arterial sistólica y 80mm de Hg para la diastólica. Popularmente estas cifras de presión se conocen como 12 y 8.

Las primeras consecuencias de la hipertensión la sufren las arterias que se endurecen a medida que soportan la presión alta de forma continua, se hacen más gruesas y tortuosas, pudiendo verse dificultado al paso de sangre a través de estas. Esto se conoce con el nombre de arteriosclerosis.

Causas

Se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial más frecuente, denominada "hipertensión esencial", "Primaria" o "idiopática".

En la hipertensión esencial, no se han descrito todavía sus causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores de riesgo que suelen estar presentes en la mayoría de estos sujetos. Conviene separar, aquellos relacionados con la herencia, sexo, edad y raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y costumbre de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

Factores no modificables y modificables

- Herencia: De padres a hijos se trasmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertenso(s), las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.
- Sexo: Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así por la influencia hormonal del ciclo menstrual, durante la edad fértil en las mujeres, disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existe un especial riesgo cuando toman píldoras anticonceptivas.
- Edad y raza: La edad es otro factor por desgracia no modificable que influye sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca además de tener un peor pronóstico.
- Sobrepeso y obesidad: Un individuo con sobrepeso está más expuesto a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de hipertensión arterial entre los obesos, a cualquier edad que se considere, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos de la misma edad que estén en su peso ideal.

No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de la hipertensión o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas

con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones.

Síntomas

Aunque la enfermedad suele ser asintomático, los pacientes y el clínico deben estar alerta a cualquier manifestación con el fin de realizar un diagnóstico precoz e iniciar el plan de tratamiento para evitar complicaciones. Los síntomas pueden ser divididos de acuerdo a los sistemas principalmente afectados. Así, en el Sistema nervioso puede manifestarse por cefalea, vértigo, visión borrosa, ataques isquémicos transitorios y/o déficit motor o sensitivo. En el sistema cardiovascular las principales manifestaciones referidas por el paciente son las palpaciones (expresadas coloquialmente como “siento que el corazón se me sale”), dificultad respiratoria dada por una disminución en la respuesta al ejercicio y en casos severos dificultad en reposo, dolor torácico que dura mas de 30 minutos y se irradia a la mandíbula y el miembro superior izquierdo referido por el paciente como “hormigqueo” en esta zona y edema de tobillos. En el sistema renal se aumenta la frecuencia urinaria, la sed y en ocasiones la orina puede estar acompañada con sangre (hematuria). En las arterias periféricas especialmente en las extremidades puede haber sensación de extremidades frías y claudicación intermitente (dolor isquémico ocasionado con el ejercicio).

Diagnóstico

La única manera de detectar la hipertensión en sus inicios es con revisiones periódicas. Mucha gente tiene la presión arterial elevada durante años sin saberlo. El diagnóstico se puede realizar a partir de tres vías: los antecedentes tanto familiares como personales, una exploración física y un

monitoreo diario de tensión arterial el cual consiste en tomas diarias (mínimo tres) durante diferentes horas del día por un periodo de 1 semana.

Tratamiento

La hipertensión no puede curarse en la mayoría de los casos, pero puede controlarse. En general debe tomarse un tratamiento regular de por vida para bajar la presión y mantenerla estable. Los medicamentos son sólo parte del tratamiento de la hipertensión, usualmente el médico recomienda una dieta para perder peso y no abusar del consumo de sal y hacer ejercicio.

Principales medidas

- Reducir el peso corporal en los pacientes hipertensos con sobrepeso.
- Reducir el consumo de sal a 2 gramos al día; consumir menos productos preparados y en conserva, y no salar los alimentos en su preparación o presentación en la mesa.
- Reducir la ingesta de alcohol, en las mujeres debe ser inferior a 140 gramos a la semana y en los hombres inferior a 210 gramos a la semana.
- Ejercicio físico, preferentemente pasear, correr moderadamente, nadar andar en bicicleta, durante 30-45 minutos, mínimo 3 veces por semana.
- Reducir el consumo de café. No más de 2-3 cafés al día.
- Consumir alimentos ricos en potasio, como legumbres, frutas y verduras.
- Abandonar el hábito de fumar.
- Seguir una dieta rica en ácidos grasos poliinsaturados y pobre en grasas saturadas.

Además de las medidas recomendadas, el hipertenso dispone de una amplia variedad de fármacos que le permiten controlar la enfermedad. El tratamiento debe ser siempre individualizado.

Para la elección del fármaco, hay que considerar factores como la edad, el sexo y la etnia del paciente, el grado de hipertensión, la presencia de otros trastornos (como diabetes o valores elevados de colesterol), los efectos secundarios probables y los costos de los fármacos y de las pruebas necesarias para controlar su seguridad.

Habitualmente, los pacientes toleran bien los fármacos. Pero cualquier fármaco antihipertensivo puede provocar efectos secundarios. De modo que si estos aparecen, se debería informar de ello al médico para que ajuste la dosis o cambie el fármaco.

Riesgos

El principal riesgo es el infarto de miocardio, un hipertenso no tratado tiene, como media, 10 veces más riesgo de morir de infarto que un individuo con tensión normal. Asimismo, puede producir trombos o rupturas arteriales, pudiendo dar lugar a hemorragias, daño en las células nerviosas, pérdida de memoria y parálisis.

El riñón también sufre las consecuencias de la hipertensión arterial y entre los pacientes hipertensos se produce insuficiencia renal con más frecuencia que entre los pacientes normotensos.

Los pequeños vasos del fondo del ojo (que se miran con el oftalmoscopio), también se ven amenazados por la hipertensión, su rotura produce hemorragia llegando incluso a la pérdida de la visión.

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una enfermedad vitalicia caracterizada por niveles de azúcar altos en la sangre. Puede ser causada por muy poca producción de insulina (una hormona producida por el páncreas para regular el azúcar sanguíneo), por la resistencia a la insulina o ambas.

Cansas, *incidencia y factores de riesgo*

Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal de metabolismo de los alimentos. Varios procesos suceden durante la digestión:

-La glucosa, un azúcar que es fuente de combustible para el cuerpo, entra en el torrente sanguíneo.

-El páncreas produce la insulina, cuya función es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, grasa y células hepáticas, donde puede utilizarse como combustible.

Las personas con diabetes presentan altos niveles de glucosa, debido a que su páncreas no produce suficiente insulina o sus músculos, grasa y células hepáticas no responden de manera normal a la insulina, o ambos.

Tipos de diabetes:

Diabetes tipo 1: generalmente se diagnostica en la infancia. El cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de ésta para sobrevivir, de no hacerse apropiadamente, se pueden presentar emergencias médicas.

Diabetes tipo 2: es mucho más común que el tipo 1 y corresponde aproximadamente al 90% de todos los casos de diabetes y generalmente se presenta en la edad adulta. El páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles normales de glucosa en la sangre, a menudo, debido a que el cuerpo no responde bien a la insulina. Muchas personas con este tipo de diabetes, incluso no saben que la tienen, a pesar de ser una condición grave.

Diabetes Gestacional: consiste en la presencia de altos niveles de glucosa en la sangre que se desarrolla en cualquier momento durante el embarazo en una persona que no tiene diabetes.

Diabetes provocada por otras causas: Es la que se produce por algunos medicamentos, infecciones víricas, enfermedades genéticas, que provocan resistencia a insulina e hiperglicemia.

Factores de riesgo:

- Antecedentes familiares de diabetes (uno de los padres o hermanos)
- Obesidad
- Edad superior a 45 años
- Ciertos grupos étnicos (particularmente afroamericanos e hispanoamericanos)
- Diabetes gestacional o parto de un bebé con un peso mayor a 4 kg (9 libras)
- Presión sanguínea alta
- Niveles altos de triglicéridos en la sangre (un tipo de molécula grasa)
- Nivel alto de colesterol en la sangre

Síntomas

Los niveles altos de glucosa en la sangre pueden causar diversos problemas incluyendo necesidad frecuente de orinar, sed excesiva, hambre, fatiga, pérdida de peso y visión borrosa; sin embargo, debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de azúcar en la sangre son completamente asintomáticas.

Los síntomas de la diabetes tipo 1 son:

Aumento de la sed, Aumento de la micción, Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito, Fatiga, Náuseas y Vómitos.

Los síntomas de la diabetes tipo 2 son:

Aumento de la sed, Aumento de la micción, Aumento del apetito, Fatiga, Visión borrosa, Infecciones que sanan lentamente, Impotencia en los hombres

Signos y exámenes

Se puede utilizar un análisis de orina para detectar glucosa y cetonas, producto de la descomposición de las grasas. Sin embargo, una prueba de orina no diagnostica diabetes por sí sola. Para este diagnóstico se utilizan las siguientes pruebas de glucosa en sangre:

Nivel de glucosa en sangre en ayunas: se diagnostica diabetes si el resultado es mayor de 126 mg/dl en dos oportunidades.

Nivel de glucosa en sangre aleatoria (sin ayuno): se sospecha la existencia de diabetes si los niveles son superiores a 200 mg/dl y están acompañados por los síntomas típicos de aumento de sed, gasto urinario y fatiga. (Esta prueba se debe confirmar con otra de nivel de glucosa en sangre en ayunas.)

Prueba de tolerancia a la glucosa oral: se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 155 mg/dl luego de 2 horas (esta prueba se usa más para la diabetes tipo II).

Los pacientes con la diabetes tipo I generalmente desarrollan síntomas en un período de tiempo corto y la condición frecuentemente se diagnostica en un centro de atención de emergencia. Además de tener los niveles altos de

glucosa, los diabéticos de tipo 1 con la enfermedad en estado agudo tienen altos niveles de cetonas. Las cetonas son producidas por la descomposición de la grasa y el músculo y son tóxicas en altos niveles. Las cetonas en la sangre ocasionan una condición llamada "acidosis" (bajo pH en la sangre). Con las pruebas de orina se detectan tanto los niveles de glucosa como de cetonas. Los niveles de glucosa también son altos

Tratamiento

La diabetes no es curable. El objetivo inmediato del tratamiento es estabilizar el azúcar en la sangre y eliminar los síntomas producidos por el alto nivel de azúcar en la sangre. El objetivo, a largo plazo, es prolongar la vida, mejorar la calidad de vida, aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones a largo plazo como la enfermedad cardíaca y la insuficiencia renal.

Reacciones Del Paciente Crónico A Partir Del Diagnostico

Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónica, esta noticia produce un impacto en la esfera psicológica de la persona, existen diferentes factores que pueden llegar a intervenir en la reacción que adopte la persona entre ellos la personalidad del paciente, la edad, el tipo de enfermedad y la concepción que tienen las personas cercanas acerca de la enfermedad que le ha sido diagnosticado. Teniendo en cuenta la característica de los pacientes que se van a trabajar que se basan en que sufren una enfermedad de larga duración, la mejoría de los síntomas es lenta y pasajera y casi nunca es asintomática existen una serie de reacciones que se han descrito de la siguiente forma:

Fase inicial de rechazo o negación: En un primer momento el descubrimiento de la enfermedad y su característica de incurable es difícil de asimilar y conduce a negar o minimizar síntomas, el diagnóstico y la propia enfermedad, haciendo planes para el futuro no acudiendo a los controles médicos o incluso incumpliendo las prescripciones médicas. Esta fase dura

unos días después de confirmado el diagnóstico y es tanto más intensa cuanto más inesperado sea la notificación de la enfermedad. Se trata de un mecanismo de defensa útil en los primeros momentos, que sirve de amortiguador ante el impacto de la realidad.

Cuando el paciente no puede seguir manteniendo la negación la sustituye por sentimientos de ira, rabia y resentimiento. Se muestra difícil intolerante quejumbroso y exigente. Esta conducta hostil aleja, a veces, a la familia y a quienes le asisten, aumentando su frustración y, por tanto, su agresividad. El paciente necesita comprensión, paciencia y que no se responda a su irritación con agresividad o aislándolo, sino que se tenga empatía con este, ayudándole a exteriorizar su rencor, proyectado a menudo sobre el personal sanitario.

La posterior racionalización o evidencia de la sintomatología lleva a una situación de búsqueda de apoyo emocional en el equipo sanitario, en los amigos o en la familia para hacer frente a la realidad que poco a poco va aceptando.

Con el tiempo entra en un estado que podríamos definir de depresión reactiva en el cual existen lamentos por las pérdidas sufridas y por aquellas futuras a las que habrá de enfrentarse. Es una fase que puede entrañar grandes dificultades para el personal sanitario y para la familia, pudiendo agravarse con aparición de ideas y comportamientos suicidas.

En la mayoría de los casos el paciente supera esta cuarta fase y entra en un periodo de dependencia que le conduce a multiplicar el número de visitas y a consultar por problemas nimios.

No puede determinarse la duración de cada una de las fases descritas, ya que en ella influirán gran número de factores de distinta índole que provocarán estancamientos, retrocesos e incluso abandonos del tratamiento, con independencia del momento evolutivo y del nivel de educación. Por otra parte, existe una gran variabilidad interindividual, sin que todas las fases sean de obligada presentación ni secuenciales. Un paciente puede regresar a una fase anterior o saltarse etapas, llegando por ejemplo a la situación

depresiva rápidamente. En general estas fases se van superponiendo manteniendo un continuo dinamismo.

Todo este proceso, como es evidente, genera un impacto en las personas que las padecen y son tan importantes que para su manejo el paciente tiene que estar dispuesto a entenderla y aprender a convivir con ella.

Por las características de las enfermedades crónicas (larga duración, periodos de ausencia de síntomas, variaciones periódicas de las manifestaciones clínicas); quienes las padecen y sus allegados muestran actitudes y conductas peculiares, basados fundamentalmente en la falta de comprensión de la naturaleza de la enfermedad. Es frecuente que los pacientes nieguen o duden de la existencia de la misma, opinión que puede estar reforzada o rebatida por su entorno; y por la dificultad para comprender lo invisible que muchas dolencias encierran: muchos pacientes con enfermedades silentes son incrédulos acerca de su dolencia. La información que tienen a la mano puede ser confusa y desorientadora. Además de los mensajes contradictorios que puede recibir, sus propias creencias y actitudes -variables según la procedencia sociocultural hacen que la incorporación de la representación de enfermedad crónica sea ardua.

La enfermedad crónica es una pesada carga física y psicológica. Los pacientes con enfermedades crónicas habitualmente se sienten sobrepasados e impotentes ante su situación; su autoestima es habitualmente baja, sus relaciones familiares se han perturbado por su enfermedad, y se han vuelto dependientes de otras personas en mayor o menor medida. El paciente se siente frustrado porque las expectativas acerca de una vida normal se desvanecen. Están angustiados y ansiosos por encontrar una opinión positiva acerca de su padecer y un tratamiento curativo, o se sienten decepcionados por la medicina porque no les ofrece una cura. Pueden albergar sentimientos de culpa, auto impuesto o inculcado por otros. Y es sobre todos estos aspectos donde se debe hacer intervención, para darle un mejor manejo a la información que maneja el paciente y hacer un poco más funcional estos pensamientos, hay que buscar

que el paciente y la familia flexibilicen sus narrativas **y** sean capaces de ver otros matices de la experiencia.

Cuando dentro de el seno de una familia existe un paciente crónico se originan tensiones, confusiones, desanimo y sentimientos de culpa dentro de sus miembros respecto a los cuidados que brindan al paciente, situación que repercute en el estado inicial de la enfermedad.

Afrontamiento

Es la respuesta necesaria del individuo o su familia para que se de la necesidad de cambio y se originen conductas nuevas. Las estrategias de afrontamiento sirven para: a) Disminuir la vulnerabilidad al estrés; b) Fortalecer o mantener aquellos recursos que han resultado útiles para protegerse de los problemas, c) Reducir, limitar, o inclusive eliminar el impacto del evento estresor; y d) Involucrarse de manera activa en el proceso de modificar el ambiente externo, o bien de cambiar las circunstancias sociales, de manera que al paciente le sea mas sencillo ajustarse a las situaciones difíciles.

El hecho de que ciertos individuos puedan crear estrategias para superar problemas depende de sus recursos entendidos como las actitudes hacia si mismos y las habilidades intelectuales e interpersonales que el ambiente les haya permitido desarrollar; los estilos de afrontamiento para enfrentar y resolver los problemas; y los esfuerzos para lograr el afrontamiento adecuado. La eficacia de las estrategias de afrontamiento se define como la habilidad para disminuir el impacto causal del evento estresante, de manera que no se llegue a constituir en una crisis.

En aras de unificar criterios, en adelante al hacer referencia al tema de Afrontamiento se hará uso de los términos, afrontamiento emocional y Afrontamiento instrumental.

Afrontamiento Emocional

Hace referencia a las estrategias y recursos internos, puestos en marcha por los sujetos, para hacer frente a cualquier clase de crisis o circunstancia difícil de la vida. Tiene que ver, entre otras cosas, con una autopercepción de eficacia en el control de dicha crisis como también una autorregulación de pensamientos negativos y la capacidad de flexibilizar sus creencias e imaginarios que en un momento dado no contribuyan a la solución del problema.

Afrontamiento Instrumental

Está dirigido a enfrentar situaciones estresantes. Las estrategias de afrontamiento van dirigidas al problema, lo que se traduce en acciones tales como circunscribir y definir el problema, búsqueda de información, considerar alternativas, elección de la solución, exploración de recursos, todos estos, en contraste con el afrontamiento emocional, son recursos externos al sujeto.

Creencias

Todo sujeto tanto individualmente como integrante de una familia o sistemas, desarrolla un sistema de creencias o filosofía que determina las pautas de comportamiento en relación con los desafíos comunes de la vida, las creencias le brindan coherencia a la vida familiar porque facilitan la continuidad entre el pasado presente y futuro y proponen un modo de abordar las situaciones nuevas y ambiguas, como, por ejemplo, una enfermedad grave. A nivel práctico los sistemas de creencias sirven como mapa cognoscitivo que orienta las decisiones y la acción. Las creencias pueden rotularse como valores, cultura, religión, visión del mundo, o paradigma familiar, según el sistema que se este abordando. Las familias, en tanto a unidad, desarrollan paradigmas o creencias compartidas acerca de cómo funciona el mundo. Estas creencias determinan el modo en que las familias interpretan los hechos y comportamientos de su entorno. Uno de los componentes de la construcción de la realidad compartida por la familia es

un conjunto de creencias acerca de la Salud y la Enfermedad que influye en su manera de interpretar la enfermedad y orienta su comportamiento para procurar la salud.

En el momento de un diagnóstico médico el principal desafío evolutivo con que se enfrentan las personas es la creación de un significado para la enfermedad, un significado que fomente un sentimiento de capacidad y control en un contexto de pérdida parcial, posibilidad de mayor deterioro físico o muerte. Una enfermedad grave con frecuencia se siente como una traición a la confianza básica en el propio cuerpo y a la creencia en la propia vulnerabilidad e inmortalidad, la creación de una narrativa que devuelva al individuo la sensación de control puede resultar una tarea difícil, pero si se logra resulta positivo para el pronóstico de la enfermedad. Según Rolland entre los sistemas de creencias que se deben investigar en una familia con un enfermo crónico se encuentra:

- Creencias acerca de lo que es normal: las ideas que una familia tiene de “familia normal” influyen en el grado de aceptación y adaptación al proceso de la enfermedad
- Creencias sobre la relación mente/cuerpo: es importante conocer si la familia cree que la mente es un “ente” que determina la recuperación a través de buscar ayuda médica, cambiar patrones de actividad, dieta, etc., o si la consideran como una energía que puede impactar de modo directo en la fisiología corporal; es decir, si creen en la importancia de los estados emocionales como facilitadores de la curación del cuerpo (actitud positiva, amor y humor) o bien como factores que intervienen en este proceso.
- Creencias de “dominar o no las situaciones”: los individuos y las familias con locus de control interno creen poder hacer algo por modificar la situación en que se encuentran mientras que las que poseen un locus externo piensan que modificar las situaciones no están en ellos, sino en otros, por ejemplo en los médicos que son los

únicos con la posibilidad de aliviar la enfermedad o que como Dios la envió, todo debe quedar en sus manos.

- Creencias sobre el origen de la enfermedad: tanto las familias como los enfermos desarrollan ideas de las posibles causas de la enfermedad, entre los mitos negativos se encuentran la sensación de que la enfermedad es una penitencia, culpar a un miembro de la familia, vivir la enfermedad como una arbitrariedad y la sensación de que alguien fue negligente y como consecuencia se presentó el trastorno.

Por ende, es importante lograr un grado de flexibilidad del sistema de creencias ya que este es el elemento más importante para determinar el apoyo que se brindará, además, predice la facilidad con la cual el paciente se adaptará y sobrellevará el padecimiento.

Metodología

Diseño

Se utilizó un diseño cuasi-experimental, de un solo grupo conformado para efectos de la intervención con medidas pre y post-test por área o variable de intervención.

Hipótesis

¿Un programa de intervención psicosocial para el desarrollo de actitudes y estrategias de afrontamiento emocional e instrumental, favorece el manejo apropiado de los cambios y condiciones generados por la enfermedad crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus, en pacientes y cuidadores de los barrios Girardot, Santander y San Rafael, pertenecientes a la zona I de ISABU, atendidos en el Hospital Local del Norte de la ciudad de Bucaramanga?

Variables

Las variables intervenidas fueron: el afrontamiento emocional que se define como las estrategias y recursos internos, puestos en marcha por los sujetos, para hacer frente a cualquier clase de crisis o circunstancia difícil de la vida. Tiene que ver con una autopercepción de eficacia en el control de dicha crisis, como también, en la autorregulación de pensamientos negativos y la capacidad de flexibilizar sus creencias e imaginarios que un momento dado no contribuyan a la solución del problema. En esta área también se trabajó ampliamente el tema de creencias acerca de la salud y la enfermedad. Otra de las variables que se trabajó es la de afrontamiento instrumental que se define como aquellas estrategias de afrontamiento que van dirigidas al problema, lo que se traduce en acciones tales como circunscribir y definir el problema, búsqueda de información, considerar alternativas, elección de la solución, exploración de recursos; todos estos, en contraste con el afrontamiento emocional, son recursos externos al sujeto.

Definición operacional del área o variable de Afrontamiento Emocional: esta área fue evaluada con los ítems 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,14,15,16,17,19,25 y el área de Afrontamiento Instrumental fue evaluada con los ítems 8,18,20,21,22,23,24,26,27 en el cuestionario de afrontamiento emocional e instrumental. Por otra parte el área de Creencias se define operacionalmente evaluándose a través de 14 ítems en el cuestionario de Creencias. Ver apéndice D

Participantes

Para la intervención psicosocial se realizó un muestreo aleatorio simple recurriendo al sistema de información del ISABU de enfermos crónicos, con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus, habitantes de los barrios Girardot, Santander y San Rafael, pertenecientes a la zona I, atendidos en el Hospital Local del Norte. Las variables sociodemográficas de la muestra intervenida se presentan a continuación

Género

La muestra estuvo constituida por un 68% de mujeres y un 32% de hombres, de lo cual se concluye que la mayoría de los pacientes fue de género femenino (Ver figura 1)

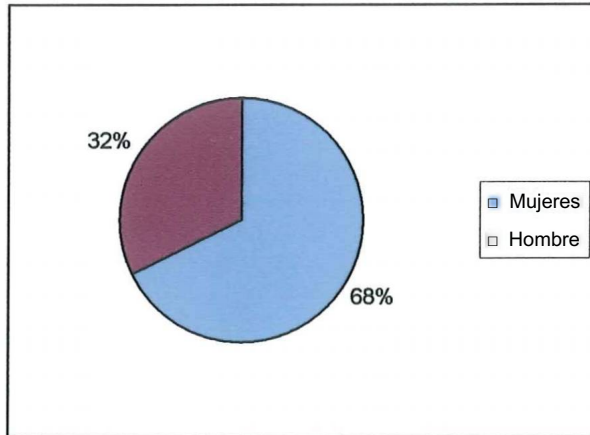


Figura 1. Distribución de pacientes por género

Diagnostico

La población estuvo conformada por un 77% de hipertensos y un 23% de diabéticos, demostrando que la gran mayoría de pacientes intervenidos fueron hipertensos. (Ver figura 2)

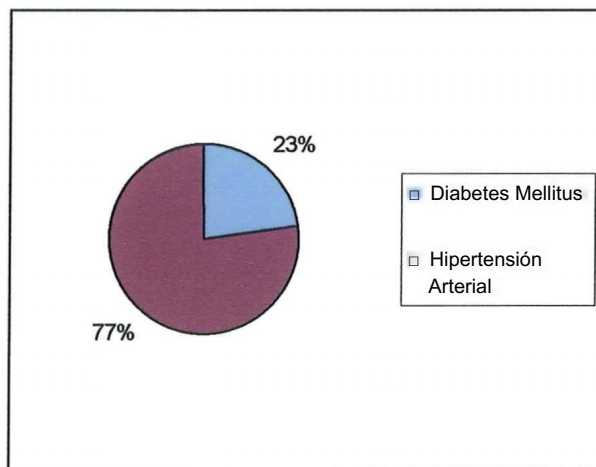


Figura 2. Distribución de pacientes por diagnostico

Ubicación geográfica de pacientes

Respecto a la ubicación geográfica de los pacientes de la zona I del ISABU se puede evidenciar que un 40% pertenece al barrio Girardot, un 32% al barrio San Rafael y un 28% al barrio Santander. El mayor número de pacientes intervenidos residen en el Barrio Girardot.

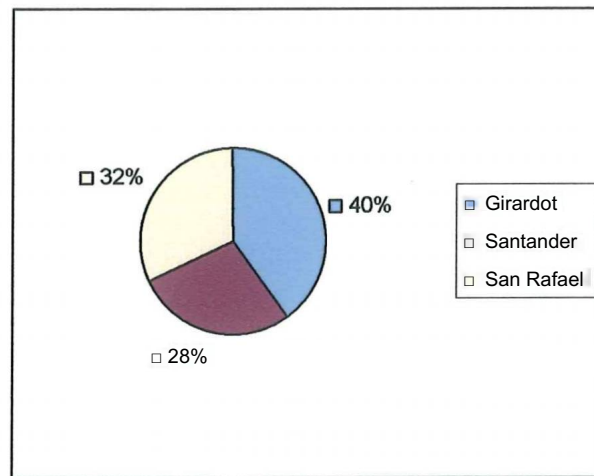


Figura 3. Distribución por Ubicación geográfica de pacientes

Instrumentos

Para realizar la evaluación de las áreas intervenidas de afrontamiento emocional e instrumental usadas por los pacientes y las creencias que estos manejan alrededor de la enfermedad se utilizaron los siguientes instrumentos

Cuestionario de Afrontamiento Emocional e Instrumental

Se construyó una prueba de afrontamiento emocional e instrumental compuesta por 27 ítems adaptados por categorías a partir del Modelo de la Intervención Psicosocial de la Enfermedad Crónica de Rolland. Estos ítems fueron verificados por expertos y piloteados con una muestra alterna de 5 pacientes con características similares a las personas intervenidas.

La prueba consideró categorías relativas a los sentimientos de vulnerabilidad, actitud hacia la vida y la muerte, efectos emocionales de la atención prolongada a las demandas de la enfermedad, percepción de

autoeficacia, sentimientos de control, reorganización **y** rejerarquización del proyecto de vida **y** control de la enfermedad. (Ver apéndice D)

Cuestionario de Creencias

Se confeccionó una prueba de Creencias, conformada por 14 ítems verificados por expertos **y** piloteados con una muestra alterna de 5 pacientes con características similares a las personas intervenidas.

Este test indagó creencias acerca de la enfermedad, de control, atribución causal, creencias alteradas acerca de la enfermedad, su curso y desenlace. (Ver Apéndice D)

Procedimiento

Etapa I: En la primera etapa del proyecto se realizó la planificación de actividades teniendo en cuenta el modelo para la intervención psicosocial de la enfermedad crónica. Esta proyección de actividades fue realizada por áreas de intervención, dividiéndose en 2 fases: afrontamiento emocional, creencias y afrontamiento instrumental.

Etapa II: En la segunda etapa se realizó la zonificación de pacientes a través del sistema de información del ISABU en los 3 barrios escogidos para trabajar por conveniencias geográficas. Se ubicaron y acordaron los sitios de reunión semanal, así como, la intensidad horaria en la que se iba a intervenir. Una vez obtenida la información completa de los enfermos crónicos, hipertensos y diabéticos, se llevó a cabo la convocatoria telefónica con cada uno de los pacientes en la que se les explicó el objetivo de las reuniones, los lugares y las horas acordadas para estas. En esta misma etapa se llevó a cabo la aplicación de los cuestionarios de afrontamiento y creencias para realizar la evaluación pretest.

Etapa III: En una tercera etapa, ya conformados los grupos en cada uno de los barrios, se inició la intervención psicosocial con los pacientes crónicos. En la primera fase se abordó el área del afrontamiento emocional que tenía como objetivo promover en el paciente crónico y su cuidador estrategias para

el afrontamiento emocional más adaptativo ante el proceso de la enfermedad a través de la indagación de los cambios en el proyecto de vida de los pacientes después de la enfermedad, la elaboración de un proyecto de vida, entrenamiento y promoción de cambios de actitud y manejo de emociones frente a situaciones estresantes personales y de la vida familiar y cambios en cuanto a las interacciones sociales. En esta misma fase se hizo una indagación sobre las creencias desencadenadas por la enfermedad, con el fin de intervenir sobre estas, y flexibilizarlas.

En una segunda fase se trabajó sobre el área de afrontamiento instrumental que tenía como fin promover en el paciente crónico y su cuidador estrategias para el afrontamiento instrumental mediante la construcción de hábitos que favorecieran los niveles de calidad de vida en el curso de la enfermedad. Para esto se realizaron actividades en las que asistió el médico de cada centro asistencial de salud para explicar las posibles causas, proceso y consecuencias de cada una de las enfermedades crónicas mencionadas, se realizaron actividades de exploración y cambio de formas de afrontamiento utilizadas en situaciones de crisis.

Etapa IV: Luego de realizado el programa intervención durante 9 meses se procedió a la evaluación post-test.

Además de las áreas de intervención expuestas anteriormente, se realizó un acercamiento al personal médico y paramédico de cada uno de los centros de salud a donde pertenecen los pacientes, con el fin de sensibilizar en el manejo y cuidado adecuado de estos, también con el propósito de dar a conocer el trabajo psicosocial que se realizó. De igual forma, se realizaron visitas domiciliarias cada dos meses a familiares y/o allegados a los enfermos crónicos con el fin de lograr contacto con estos, debido a las dificultades para lograr su asistencia a las reuniones semanales.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la intervención psicosocial con enfermos crónicos por área de intervención. Se muestran en

primera instancia las tablas del análisis estadístico del pretest y postest. Seguidamente se presentan en tablas las categorías descriptivas, por áreas, en la exploración antes y después de la intervención.

Se realizó un análisis estadístico utilizando la prueba *t* de Student que permite la comparación entre las puntuaciones promedio (medias) obtenidas por el grupo antes y después de la intervención psicosocial en cada una de las áreas propuestas de afrontamiento emocional y creencias, e instrumental.

La relación entre el medias pre-test y el post-test en el Cuestionario de Afrontamiento mostró lo siguiente:

Tabla 1. Prueba *t* Cuestionario de Afrontamiento Emocional e Instrumental

Prueba <i>t</i> para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>pretest</i>	<i>postest</i>
Media	26.27692308	44.47692308
N	65	65
Grados de libertad	64	
Estadístico <i>t</i>	-25.23186142	
P(T<=t) dos colas, Nivel de Significancia	0.0000	
Valor crítico de <i>t</i> (dos colas)	1.99772785	

El puntaje *t* encontrado en la diferencia entre medias pretest - postest del Cuestionario de Afrontamiento Emocional e Instrumental fue de -25,23186142 con un nivel de significancia menor a 0.05, este puntaje *t* absoluto es superior al puntaje *t* esperado (valor critico de *t* dos colas: 1,99).

Por otra parte, la relación entre el medias pre-test y el post-test en el Cuestionario de Creencias mostró lo siguiente

Tabla 2. Prueba *t* Cuestionario de Creencias

Prueba <i>t</i> para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>pretest</i>	<i>postest</i>
Media	15.3846154	23.3692308
N	65	65
Grados de libertad	64	
Estadístico <i>t</i>	-32.0010098	
P(T<=t) dos colas, Nivel de Significancia	0.0000	
Valor crítico de <i>t</i> (dos colas)	1.99772785	

El puntaje t que muestra la diferencia entre las medias del Cuestionario de Creencias fue igual a $-32,00100985$, con un nivel de significancia menor a $0,05$, este puntaje t absoluto es superior al puntaje t esperado (valor crítico de t dos colas: $1,99$).

Los puntajes t negativos indican que la media observada en el postest presenta un avance significativo frente a la media encontrada en el pretest. (Sampieri 1998).

Igualmente, en ambos casos se observa que el puntaje t esperado es menor al puntaje t absoluto obtenido, con el nivel de significancia menor a $0,05$, indicando que la diferencia entre medias es significativa, por lo tanto la intervención tuvo efectos favorables.

En el análisis cualitativo se encontraron los siguientes resultados

Tabla 3. Resultados Descriptivos Afrontamiento Emocional

Categorías	Pretest	Postest
Sentimientos de Vulnerabilidad	No aceptación de la enfermedad	Mayor aceptación de la enfermedad
Involucramiento Emocional	Locus de Control Externo	Mayor reconocimiento de Locus interno
Actitud hacia la vida y la muerte	Sentimientos de miedo ante la muerte	Se generó actitud positiva ante la muerte
Efectos emocionales de la atención prolongada a la Enfermedad	Cansancio, estrés y agotamiento	Mejor adaptación al proceso de la enfermedad

En la tabla 3 se muestran los resultados de manera descriptivos por categorías en el área de intervención de Afrontamiento Emocional. Se puede observar como al inicio del programa los pacientes presentaban un afrontamiento emocional frente a la enfermedad poco funcional en cuanto las categorías referidas. Después de realizada la intervención se observa en los resultados postest cambios positivos en la aceptación de la enfermedad, lo que permite que el paciente tenga una mayor adaptación a esta.

Tabla 4. Resultados Descriptivos Afrontamiento Instrumental

Categorías	Pretest	Postest
Reorganización y rejerarquización del proyecto de vida	Estancamiento, carencia de proyecto de vida	Reconocimiento de metas alcanzables hacia un proyecto de vida
Control de la enfermedad	Poca adherencia al tratamiento farmacológico, Incumplimiento a controles médicos, Ausencia de hábitos saludables	Reconocimiento de los recursos externos para el control de la enfermedad

En la Tabla 4 se puede observar la ausencia de un proyecto de vida en el enfermo crónico y de pautas de afrontamiento proactivas frente a el control de la enfermedad; una vez realizada la intervención se hizo evidente un reconocimiento de metas alcanzables para los pacientes de acuerdo a sus capacidades físicas y etapa vital, además de un mayor compromiso con la condición patológica, en cuanto al cuidado pertinente de esta.

Tabla 5. Resultados Descriptivos Creencias

Categorías	Pretest	Postest
Creencias de control de la enfermedad	Sentimientos de poco control de la enfermedad	Flexibilización en las creencias de control de la enfermedad
Creencias del curso y desenlace de la enfermedad	Creencias distorsionadas del conocimiento y proceso de la enfermedad crónica	Flexibilización de las creencias de causas, curso y desenlace de la enfermedad

En la Tabla 5 se muestran las creencias de los pacientes desencadenadas por la enfermedad. Se observa como la población presentaba creencias distorsionadas acerca de las causas, control, curso y desenlace de esta. Una vez intervenidos se hace evidente la flexibilización de estas creencias, permitiendo una mejor comprensión de la enfermedad repercutiendo en un mayor compromiso hacia esta.

Este análisis cualitativo demuestra cambios significativos en las variables intervenidas antes y después de la aplicación del programa psicosocial, confirmando los resultados estadísticos de las Tablas 1,2 y 3, por lo tanto se acepta la hipótesis del estudio según la cual: Un programa de intervención psicosocial para el desarrollo de actitudes y estrategias de afrontamiento emocional e instrumental, favorece el manejo apropiado de los cambios y condiciones generados por la enfermedad crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus, en pacientes y cuidadores de los barrios Girardot, Santander y San Rafael, pertenecientes a la zona I de ISABU, atendidos en el Hospital Local del Norte de la ciudad de Bucaramanga

Discusión

Se trabajó con una población de 65 enfermos crónicos, hipertensos y diabéticos, de la zona I del ISABU, barrios Girardot, Santander y San Rafael, atendidos en el Hospital Local del Norte, 44 mujeres y 21 hombres. Su edad osciló entre los 38 y 87 años, siendo el promedio de edad de 65.29 años, el 60% de ellos vive con su pareja y el 95% de los pacientes carecen de educación básica o secundaria completa.

En cuanto a la efectividad de la intervención psicosocial por etapas, se puede decir que en el área de afrontamiento emocional se alcanzó el objetivo propuesto de promover en el paciente y su cuidador estrategias para el afrontamiento emocional más adaptativas en el proceso de la enfermedad, generándose cambios significativos en las categorías de sentimientos de vulnerabilidad donde se logró una mayor aceptación de la enfermedad, en la de involucramiento emocional se alcanzó un mayor locus de control interno, en cuanto a la actitud hacia la vida y la muerte se generó una actitud más positiva hacia la muerte y en los efectos emocionales de la atención prolongada a la enfermedad se obtuvo una mejor adaptación al proceso de la enfermedad. Estos cambios se ven evidenciados en los resultados del análisis estadístico de comparación de medias pretest y posttest en el cuestionario de afrontamiento (t de Student: -25,23186142 mayor a la t

esperada: 1.99) indicando esto cambios significativos entre las medias pretest-postest; específicamente en los ítems que evaluaban el aspecto emocional. Igualmente estos fueron reportados verbalmente por los pacientes expresando cambios de actitud y manejo de emociones frente a situaciones estresantes personales y de la vida familiar, cambios en cuanto a las interacciones sociales, haciéndose estas más funcionales, siendo ahora los pacientes más conscientes de la importancia que estos aspectos tienen en el curso de la enfermedad crónica. En esta misma área se abordó el tema de creencias trabajando en las categorías de control de la enfermedad, su curso y desenlace, logrando una flexibilización notable en cuanto a los preconceptos que se manejaban frente a la enfermedad, como se demuestra también, en la comparación de medias del pretest y postest del cuestionario de creencias (t de Student: -32,00100985 mayor a la puntuación t esperada de 1.99) indicando esto diferencias significativas entre las medias pretest-postest. Los pacientes entendieron la importancia, efectividad y conveniencia de replantear las creencias existentes en cuanto a las causas, manejo, control, tratamiento y consecuencias de su enfermedad.

En el área de afrontamiento instrumental se consiguió promover en el paciente crónico y su cuidador estrategias para el afrontamiento instrumental, mediante la construcción de hábitos que favorecieron los niveles de calidad de vida en el curso de la enfermedad, trabajándose en las categorías de reorganización y rejerarquización del proyecto de vida obteniéndose un reconocimiento de metas alcanzables hacia un proyecto de vida, y en la categoría de control de la enfermedad, logrando una identificación de los recursos externos al paciente para el control de la misma. Estos resultados también fueron demostrados en la comparación de medias entre el pretest y el postest del cuestionario de afrontamiento (t de Student: -25,23186142, mayor a la t esperada de 1,99). Indicando diferencias significativas entre las medias. Asimismo, se logró que los pacientes elaboraran un proyecto de vida personal y familiar, conociendo su significado y la importancia de tenerlo en cualquier etapa de la vida, lo que les permitió encontrar sentido existencial,

igualmente los enfermos reconocieron la importancia de tener una dieta adecuada, lograron mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y un mayor compromiso con el control medico mensual, por otro lado se logró favorecer la participación de los pacientes en grupos de la tercera edad donde se promueve la actividad física diaria, redundando en un mejor pronóstico de la enfermedad y por ende el mejoramiento de la calidad de vida.

De igual forma, se hace evidente el resultado positivo de un trabajo continuado con pacientes crónico. La base brindada por las pasantes de Psicología de 2005, Charry y García, que trabajaron en el barrio Girardot, facilitó un mejor acceso a esta población, por cuyos resultados en el periodo anterior se decidió ampliar la cobertura de pacientes este año a los barrios Santander y San Rafael, logrando acceder a espacios físicos adecuados y confortables para las reuniones que facilitaron el desarrollo del programa.

Se logró satisfactoriamente promocionar el trabajo de intervención psicosocial con enfermos crónicos entre el personal medico y paramédico de la zona I del ISABU, por medio de la asistencia a 3 reuniones del Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) de integración de este núcleo de profesionales. A partir de esto, surgió un interés por parte de ellos mismos para que se ampliara la cobertura de la intervención psicosocial a otros centros de salud de la zona, atendiendo también otras patologías crónicas.

Asimismo, cabe resaltar algunos efectos colaterales de la intervención psicosocial entre los que se encuentran la satisfacción y cohesión grupal de los pacientes a las reuniones semanales, lo cual les brindó un espacio de reflexión y de expresión libre. Entre los pacientes se constituyeron grupos de amistades y ayuda, conformando así lo que se convirtió para ellos en su red social, en algunos casos, la única con la que cuentan.

Además del análisis cualitativo y estadístico mencionado anteriormente, es importante considerar otros aspectos hallados durante la aplicación de la intervención. En cuanto a los limitantes de la intervención psicosocial se pudo encontrar que el analfabetismo de la gran mayoría de los pacientes afectó de

manera significativa la realización de actividades y la aplicación de técnicas psicológicas que implicaran procesos de lecto-escritura o que tuvieran un grado de complejidad de tipo cognitivo. Por otro lado, otro factor limitante esporádico pero importante fueron las condiciones climáticas que repercutieron en la asistencia a algunas de las reuniones debido a las distancias que tienen que recorrer para llegar al sitio de encuentro y al estado del terreno en el que viven algunos de los pacientes donde se exponen a caídas de nivel que en unos casos resultó en lesiones físicas.

Por otra parte, se dificultó la asistencia permanente de los familiares o allegados de los enfermos crónicos a las reuniones semanales, en algunos casos, por razón de sus ocupaciones laborales y/o deberes familiares, y en otros algunos por negligencia y falta de apoyo al enfermo. Para contrarrestar este limitante se realizaron visitas domiciliarias con el fin de lograr un acercamiento a los grupos familiares promocionando en estos una dieta adecuada, relaciones interpersonales funcionales, sensibilizando en la importancia del apoyo y acompañamiento a su familiar en el proceso de la enfermedad, aclarándoles que ellos mismos son una población en riesgo por la predisposición hereditaria.

De igual manera, se encontró una dificultad para realizar una intervención psicosocial como tal, en el personal médico y paramédico debido a las ocupaciones laborales y los horarios que ellos manejan.

Por otra parte, se encontró una gran dificultad en el factor económico para cubrir los gastos requeridos para realizar un trabajo de estas dimensiones, limitando la consecución de recursos para realizar actividades, contándose solo con los recursos de las pasantes encargadas.

No obstante las limitaciones encontradas para un desarrollo óptimo de programa, según el análisis estadístico y descriptivo la intervención psicosocial mostró ser efectiva en cuanto fue aceptada la hipótesis planteada.

Recomendaciones

Con base en la experiencia vivida por las pasantes de psicología en la realización de la intervención psicosocial con enfermos crónicos se recomienda para próximas intervenciones tener en cuenta los siguientes aspectos importantes:

Se hace necesario realizar una continuidad del programa psicosocial planteado para poder alcanzar y garantizar logros duraderos en el tiempo en los pacientes intervenidos y en su red social.

Igualmente, se hace importante para el éxito de la intervención contar con la supervisión de un funcionario directo del Instituto de Salud de Bucaramanga ISABU para lograr así la trascendencia y conocimiento acerca del programa dentro de esta Institución.

Por otro lado, se recomienda buscar estrategias de acercamiento, como las visitas domiciliarias, a los familiares o allegados del enfermo crónico que permitan hacer posible una intervención efectiva en ellos.

Asimismo, es relevante diseñar una intervención psicosocial de la misma naturaleza con el personal médico y paramédico encargado de los pacientes crónicos que puede ser llevada a cabo en las reuniones COVE que son realizadas mensualmente.

Referencias

Arrivillaga M., Cáceres D., et al. (2006). ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial? Disponible en Internet. [En red] http://editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/pag20_27.pdf

Charry, S., García, C. (2005). Intervención psicosocial para la promoción de actitudes y estilos de vida resilientes, pautas de interacción preactivas y formas de afrontamiento del proceso de las enfermedades crónicas en los pacientes, sus familias y personas significativas para él. Biblioteca UNAB. Salud. P2119

January 2004, Current guidelines in Diabetes Mellitus. Diabetes Care, Volume 27, Supplement 1.

European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension, guidelines committee, Journal of Hypertension (2003). 21:1011-1053

Harrison, H. (1988) Principios de Medicina Interna, España: McGraw Hill.

Lombera, F. (2006) Guía práctica del control de hipertensión arterial. Disponible en Internet. [En red] http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardjo/mrevista_cardjo_impr:mjr.fulltext?pjdent=:13041317

Gorina, B. (1979) Patología General. Tomo I. Barcelona: Editorial Toray.

Laín P. (1978) Concepto de salud y enfermedad. Diagnóstico de enfermedad. En Balcells et al.(eds.). Barcelona: Toray,

Marietan. H. (1995). Anormalidad y normalidad. Argentina: Ananké.

Moreno, P. L. (2006) La enfermedad crónica. Recuperado el 23 De octubre de 2005 de <http://www.nci.nih.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/infedema/HealthProfessional/page2>

Myers, D.G. (2000). Psicología Social. Colombia: McGraw Hill.

Novel G., Lluch M. T., y Rourera A., (1991) Aspectos psicosociales del enfermo crónico, en Enfermería Psicosocial vol.II. Barcelona: Salvat,.

Rolland, J. S. (1994). Familias, enfermedad y discapacidad. Barcelona: Gedisa.

The Seventh Report of the Joint National Committee on: Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, U.S. Department of health and human services. May, 2003

Velasco, M., Sinibaldi, J., (2001). Manejo Del Enfermo Crónico Y Su Familia (sistemas, historias y creencias). México: Manual Moderno..

Apéndices

UNAB - BIBLIOTECA MEDICA

Apéndice A.

Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga

E.S.E. ISABU

Tipo de institución

Empresa Social del Estado del orden territorial que se constituye en la red pública de atención del primer nivel de complejidad, para el municipio de Bucaramanga.

Tipo de servicios que ofrece

La E.S.E. ISABU es una Empresa Social del Estado del orden territorial que se constituye en la red pública de atención del primer nivel de complejidad, para el municipio de Bucaramanga, esta conformada por 24 puntos de atención, distribuidos en 21 Centros de Salud, 2 Unidades Intermedias, 1 Unidad Móvil y el Hospital Local del Norte.

Se encuentra en capacidad de ofrecer diversos servicios de Primer y Segundo Nivel, en cada una de sus unidades operativas, tales como:

- Servicios Ambulatorios (Comprende Medicina General, Odontología y Enfermería)
- Servicio de Urgencias (Medicina General)
- Apoyo Diagnóstico y Soporte Terapéutico (Farmacia, Laboratorio, Terapias Físicas y Respiratorias e Imágenes Diagnósticas en Medicina y Odontología)
- Protección Específica y Detección Temprana (Crecimiento y desarrollo, Prevención de Cáncer de Cervix, Control Prenatal, Inmunizaciones y Control de enfermedades de interés en Salud Pública)
- Servicios Especializados (Ginecología, Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna, Oftalmología y Gastroenterología)
- Salud Ocupacional, Biológicos Especiales, Plan de Atención Básica y Horno Crematorio.

Población Objeto de Servicio del E.S.E ISABU

población en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, con y sin seguridad social, del municipio de Bucaramanga y zonas rurales aledañas.

Reseña Histórica

El Instituto de Salud de Bucaramanga fue creado mediante decretos 665 y 668 Diciembre de 1989, y funcionó inicialmente con la estructura jurídica de un establecimiento público descentralizado del orden municipal y tuvo como función principal ser el organismo encargado de la Dirección local de Salud, adscrito al sistema Nacional de Salud.

La vigencia de la nueva Constitución Nacional de 1991, entró en rigor la ley 100 de 1993 que creó el sistema de Seguridad Social Integral y otorgó al presidente de la República facultades extraordinarias para expedir un estatuto orgánico del sistema de salud. En ejercicio de dichas facultades se expidió el decreto 1298 de 1994 que dispuso en el artículo 96, que los entes territoriales deben disponer la reestructuración de las entidades descentralizadas, cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, para adecuarlas a la nueva normatividad que el decreto en mención establece.

Para dar cumplimiento al decreto 1298, el ministerio de salud expidió el decreto 1876 del 3 de agosto de 1994, mediante el cual se creó una nueva modalidad de entidades públicas llamadas Empresas Sociales Del Estado, como una categoría especial de entidad descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuya función esencial es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del estado, y como parte integrante del sistema general de seguridad social en salud.

Pese a lo anterior, el 11 de Agosto de 1994 la alcaldía de Bucaramanga expidió el decreto 0683 de 1994, mediante el cual reestructuró, erróneamente, el instituto de Salud de Bucaramanga como un establecimiento público descentralizado del orden municipal, pues se le concedieron funciones de dirección local del sistema de salud y del sistema de seguridad social en salud.

Para corregir lo anterior y adecuar el funcionamiento del ISABU a la reglamentación establecida en el decreto de 1876 de 1994, y darle carácter de Empresa Social Del Estado se aprobaron los acuerdos 001 y 0414 de 1996, mediante los cuales se creó el Departamento Administrativo de Seguridad Soca' en Salud del Municipio de Bucaramanga DASSSBU, como un organismos de a Alcaldía Municipal de administración delegada, a la cual se le otorgó el carácter de dirección local de salud y se le asignó la función de ejercer asesoría asistencial

técnica, vigilancia y control de los componentes del sistema que garantizan servicios de salud; en el mismo orden de ideas se aprobó el acuerdo No. 031 de Julio 30 de 1997, por el cual se transformó el Instituto de Salud de Bucaramanga ISABU en una Empresa Social Del Estado del orden municipal con la naturaleza, reglamentación, estructura básica y funciones establecidas en los decretos 1298 y 1876 de 1994.

A comienzos del año 2000 el DASSSBU desapareció y sus funciones fueron centralizadas nuevamente en la Secretaría de Salud Municipal, lo cual obedeció a razones de racionalización del gasto público.

En el mes de Marzo de 2000 la Empresa Social Del Estado Instituto De Salud De Bucaramanga, modificó su planta de personal, acogiendo las directrices impartidas en el Plan Nacional de Desarrollo vigente, el cual plantea como estrategia de trabajo, para lograr la estabilidad financiera y la eficiencia de las Empresas Sociales Del Estado: Reestructurar las plantas de personal, flexibilizar su sistema de referencia y contrarreferencia y adecuar los servicios que se prestan de tal manera que se garantice su sostenibilidad y sean competitivas.

Para lo anterior la E.S.E ISABU contó con el apoyo de la División de Asesorías y Servicios Especializados de la Universidad Industrial De Santander, con la que conformó un equipo interdisciplinario de personal que igualmente fue asesorado por la Dirección de Mejoramiento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, realizando un estudio técnico de ajuste institucional de la entidad, incluyendo el análisis de los procesos técnicos, misionales y de apoyo, evaluación de las funciones asignadas, perfiles y cargas de trabajo de los diferentes empleos, concluyendo que la planta de personal de la E.S.E ISABU se encontraba sobredimensionada y recomendando reestructurar la misma, modificar funciones, flexibilizar sus sistema de contratación, racionalizar el gasto público y adecuar los servicios que presta, de tal manera que se mejoren los niveles de eficacia, eficiencia, economía y celeridad, garantizando la sostenibilidad y competitividad de la E.S.E dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Mediante acuerdo No. 004 del 3 de Febrero de 2000, la Junta directiva de la ESE ISABU aprobó el estudio técnico institucional de la Empresa Social del Estado ISABU, realizado por la División de asesorías y servicios especializados de la Universidad Industrial De Santander y facultó al gerente de la entidad para implementar y ejecutar dicho plan, expedir los actos administrativos necesarios de

reforma de planta de personal y efectuar las operaciones presupuestales necesarias.

Los actos administrativos que contiene las reformas de la planta de personal del: ISABU son:

Resolución No. 056 de Febrero de 2000

Resolución No.057 de Febrero de 2000

Resolución No. 097 de Marzo de 2000

Misión Corporativa del E.S.E. ISABU

Prestar servicios integrales de salud de primer y segundo nivel de complejidad a la población perteneciente al sistema de seguridad social integral bajo el régimen contributivo, subsidiado, A.R.P. y vinculados al municipio de Bucaramanga, para lo cual dispone de los mejores recursos tecnológicos y científicos que permiten hacer la prevención de la enfermedad y de la calidad de vida, siempre bajo los principios de eficiencia y oportunidad de los servicios.

Visión Corporativa del E.S.E. ISABU

La E.S.E. ISABU deberá salvaguardar la calidad y oportunidad de los servicios contratados, bajo el esquema del Régimen del Sistema General de

Seguridad Social en Salud, buscando ser la más importante institución del Norte de la Provincia de Soto del Departamento de Santander, prestando los servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad, a la población con y sin seguridad social; haciendo especial énfasis en aquella en condiciones de vulnerabilidad y pobreza.

Principios

Los cinco principios fundamentales en los que la E.S.E. ISABU basa su gestión son:

- « Calidad en los Servicios
- « Eficiencia en los Procesos
- Ética y Responsabilidad en la atención
- Satisfacción del cliente interno y externo

» Participación comunitaria.

Principios y Valores Corporativos de la ESE ISABU

Solidaridad: La organización está comprometida al cumplimiento y fortalecimiento de su máximo principio que es la solidaridad con sus clientes internos y externos.

Compromiso: Es indispensable, para el crecimiento, el compromiso de lealtad, transparencia y colaboración en función de los funcionarios y asociados de tal manera que repercuta en el programa de cada uno de ellos y de la entidad.

Responsabilidad: Todo nuestro trabajo va encaminado a brindar un servicio responsable cumpliendo adecuada y oportunamente en los compromisos que tenemos con la sociedad y el estado.

Cumplimiento: Compromiso en el cumplimiento de principios, valores y en el desarrollo e integración de sus colaboradores, encaminados a brindar un mejor servicio a nuestros clientes y proveedores en forma justa y equitativa reconociendo nuestros mutuos intereses.

Progreso: Nuestra entidad está seriamente comprometida en brindar un mejoramiento de nuestro país generando progreso a la comunidad y a la entidad.

Eficiencia: Nos comprometemos a realizar nuestro trabajo interno como externo con eficiencia y eficacia en busca del mejoramiento continuo y satisfacción del cliente con calidad en el servicio y en el tiempo oportuno.

Medio Ambiente: La organización al igual que todos los seres, está comprometida con la preservación y conservación del medio ambiente, es por ello que tiene la responsabilidad de buscar mecanismos que den a conocer el beneficio ecológico, logrando así un mejor sistema de vida social y un valor agregado y lo proyecte en la sociedad.

Apéndice B.

CUESTIONARIO ESTIMACIÓN DE APRONTAMIENTO EMOCIONAL E INSTRUMENTAL

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas de las reacciones que suelen experimentar, las personas que tienen una enfermedad crónica.

Por favor indique en que medida estas frases reflejan su sentir y pueden aplicarse a usted, marcando con una X la alternativa que más lo represente.

No		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Creo que algún día me recuperaré de mi enfermedad	0	1	2	3
2	Siento que no puedo controlar nada de lo que sucede con mi salud.	0	1	2	3
3	Siento que mi vida nunca más volverá a ser lo que era antes de esta enfermedad	0	1	2	3
4	Siento que la enfermedad ha acabado con lo mejor de mi vida.	0	1	2	3
5	Creo que si mi médico me pusiera más atención, mi salud mejoraría.	0	1	2	3
6	Siento que debo resignarme con mi enfermedad pues es la voluntad de Dios	0	1	2	3
7	Creo que solo yo puedo hacer algo por mi salud.	0	1	2	3
8	Estoy seguro que con mi esfuerzo y el apoyo de los que me rodean mi salud mejorará.	3	2	1	0
9	Tengo tantos deseos de vivir como antes de mi enfermedad.	3	2	1	0
10	A pesar de mi enfermedad sigo pensando que vivir es maravilloso	3	2	1	0
11	Desde que supe mi enfermedad ya no le encuentro sentido a la vida.	0	1	2	3
12	Pensar en mi muerte me hace sentir angustiado.	0	1	2	3
13	La enfermedad me agobia tanto, que regularmente pienso que lo mejor sería morir.	0	1	2	3
14	Siento que ya no tengo fuerzas para luchar contra mi enfermedad.	0	1	2	3
15	Siento que estoy sólo en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3
16	Mi enfermedad me hace sentir estancado y poco productivo.	0	1	2	3
17	Siento que la enfermedad me ha quitado la posibilidad de gozar mi vida en familia (Disfrutar de los nietos, paseos etc.)	0	1	2	3
18	Cuando supe que estaba enfermo renuncié a todo plan para mi vida.	0	1	2	3
19	Siento que mi enfermedad me quito la posibilidad de hacer cosas importantes en la vida.	0	1	2	3
20	Me ha costado trabajo cambiar mis hábitos por causa de mi enfermedad. (Dieta, ejercicio etc.)	0	1	2	3
21	Me siento satisfecho con el tiempo que tengo que dedicar a mi enfermedad. (Controles médicos periódicos)	3	2	0	1
22	La enfermedad ha cambiado tanto mis planes de vida que me hace sentir verdaderamente molesto.	0	1	2	3
23	Mi enfermedad se ha convertido en una prioridad en mi vida todo lo demás ha pasado a un segundo plano. (Familia, amigos etc.)	0	1	2	3
24	Siento que la única responsabilidad que tengo actualmente es con mi enfermedad.	0	1	2	3
25	Mi enfermedad me hace sentir como un estorbo para mi familia.	0	1	2	3
26	Me entusiasma aprender cosas nuevas para mejorar mi salud.	3	2	1	0
27	Estoy dispuesto a cambiar lo que sea necesario en mi rutina diaria para mejorar mi salud.	3	2	1	0

Apéndice C.

CUESTIONARIO DE CREENCIAS

A continuación encontrará una serie de afirmaciones en cuanto a su enfermedad por favor marque con una X con las que se identifique.

No		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Estoy seguro que los brebajes y rezos son más efectivos que la droga que me receta mi doctor.	0	1	2	3
2	Hablar o pensar en mi enfermedad hace que mi salud empeore.	0	1	2	3
3	En ocasiones creo que mi enfermedad es un castigo de Dios o de la vida.	0	1	2	3
4	Creo que mi enfermedad la ha causado el sufrimiento.	0	1	2	3
5	Creo que mi enfermedad fue causada por mi nutrición	0	1	2	3
6	Mi enfermedad no me importa mucho, al fin y al cabo si muero voy al cielo.	0	1	2	3
7	Creo que estar enfermo no es normal	0	1	2	3
8	Pienso que si es la voluntad de Dios mejorará mi salud.	0	1	2	3
9	Creo que no importa lo que haga por mi salud, mi destino ya está trazado.	0	1	2	3
10	Creo que la enfermedad es una prueba puesta por Dios.	0	1	2	3
11	Creo que la enfermedad me hace una persona menos útil para mi familia y la sociedad	0	1	2	3
12	Creo que estoy enfermo y por lo tanto merezco el apoyo de los demás.	0	1	2	3
13	Creo que los pobres se enferman más	0	1	2	3
14	Es normal que después de los 50 años las personas se enfermen.	0	1	2	3

Apéndice D

ÁREA DE INTERVENCIÓN	UNIDADES DE INTERVENCIÓN	No. PREGUNTA
APRONTAMIENTO EMOCIONAL E INSTRUMENTAL	<p>Sentimientos de vulnerabilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la cronicidad. • Frustración. • Perdida. • Duelo. 	1,2,3,4
	Involucramiento emocional	5,6,7,8
	Actitud hacia la vida y hacia la muerte	9,10,11,12
	<p>Efectos emocionales de la atención prolongada a las demandas de la enfermedad y la exposición a la misma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio • estrés • Agotamiento • Abandono 	13,14,15
	<p>Reorganización y rejerarquización del proyecto de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transiciones • Postergaciones • Inclusiones • Prioridades • Objetivos vitales • Actitudes hacia el cambio 	<p>16,17 18,19 20, 21 22,23 24,25 26,27</p>
CREENCIAS	<p>Actitud hacia la enfermedad y percepción de auto eficacia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias acerca de la salud y la enfermedad. • Creencias de control • Atribución causal • Auto motivación • Creencias alteradas de la enfermedad, su curso y desenlace 	<p>II PARTE</p> <p>1,2, 3,4,5,6,7,8,9,10</p>

Apéndice E.

GRUPO PACIENTES GIRARDOT							
REUNIONES MARTES 2PM							
No.	Nombre	Identificación	Edad	ARS	Dirección	Telefono	DX
1	Hermelina Pradilla	27.959.788	65	Comfenalco	CII 20 # 5-31	6711651	hta
2	Leonor Barrera		69	Comfenalco	Cra 1 # 31b-50	6704124	hta
3	Etty Esteban	26.732.872	55	Asmet	CII 21# 2-132	6716573	hta
4	Albertina Guerrero	37.810.118	65	Comfenalco	CII 24 # 2-20	6706592	hta
5	Ma. Antonia Amado		74	Caprecom	Cra 3 #27-15	6307753	hta
6	Josefina Salamanca	27.928.198	70	Comfenalco	CII 25 # 3-29	6307781	hta
7	Galita Gómez	28.344.047	71	Comfenalco	Cra 1 #30a-17	6305703	hta
8	Saúl Peña	2.115.722	77	Comfenalco	Cra 1 #30a-17	6305703	hta
9	Dominga García	37.881 .666	63	S.S	Cra 7 #21-12	6707093	hta
10	Alicia Patino	37.822.721	62	Cooprosesionales	Cra 6 # 28-52	6524269	hta
11	Luis Valbuena	5.544.098	80	Coosalud	CII 20 # 4-37	6710776	hta
12	Maña Carreño	27.906.81 1	82	Coosalud	CII 20 # 4-37	6710776	hta
13	José A. Valbuena	5.546.665		Coosalud	CII 20 # 4-37	6710776	hta
14	Rosa Amelia Valbuena	37.811 .251	48	Solsalud	Cra 5 # 24-72	6706162	hta
15	Ana Francisca Pina	28.420.177	66	Solsalud	CII 21 # 5-53	6711721	hta
16	Anita Perez	27.908.340	90	Cajasan	CII 22 # 6-79		hta
17	Abigail Rivera		75	Cajasan	CII 24 # 5-53		hta
18	Ana Ruiz		70			6333100	hta
19	Fanny Blanco		50			6715471	hta
20	Luz Estela Domínguez		38			6524984	hta
21	Isabel Perez		70			6308212	hta
22	Maña Antonia Parada		68				hta
23	Maña Rivera		65			6302421	hta
24	Adela Chacón		66			6302421	hta
25	Trinidad Moreno	63339188	38	Comparta	CII 28 # 2w-99	6521432	dm
26	Juan de Jesús Garnica	2.154.678	75	solsalud		6441801	dm

GRUPO SANTANDER

REUNIONES MIÉRCOLES 2 PM

No.	Nombre	Identificación	Edad	ARS	Dirección	Telefono	Dx
1	Claudina Duran	27.910.844	68	Indisabu	Cra 5occ #29-26	6336601	HTA
2	Oliva Celis	63.287.251	54	Coosalud	Cra 11occ # 31-23	6703778	HTA
3	Carmen Celis	63.303.772	64	Coosalud	Cra 11occ# 31-23	6703778	HTA
4	Ma. Luisa Celis	37.817.441	59	Caprecom	Cra 11occ # 31-23	6703778	HTA
5	Lucas Celis	13.813.012	62	Comfenalco	Cra 11occ # 31-23	6703778	HTA
6	Efrain Pedraza	2.152.555	89	Comparta	Cra 11occ # 30-28		HTA
7	Pedro Rodríguez	2.020.972	75	Sisben	Cra 8 # 27-28	6707348	HTA
8	Luis Carlos Montoya	1.106.392	63	Asmet	Cll 31 # 13occ-275	6706791	HTA
9	Tomas Contreras	1.949.641	76		Cll 30 # 6occ-20	6338282	HTA
10	Ma. Carmen Barrera	28.396.277	75	Solsalud	Cll 29# 11occ-54	6301621	HTA
11	Alix Díaz	27.919.239	72	Solsaíud	Cll 29# 11occ-58	6338758	HTA
12	Genobeba Vega						HTA
13	Hugo Villaveces						HTA
14	José Galviz	2.402.902	73	Emdis	Cra 5occ# 29-26	6336601	DM
15	Alicia García	37.810.279	54	Asmet	Cra 15 #31-43	6703533	DM
16	Carmen Rosa Araque	27.927.013	78	Comfenalco	Cll 29# 11occ-87	6701178	DM
17	Isabel Lizarazo	27.918.730	76	S.S.	Cll 28#7occ.18	6333585	DM
18	Alcira González					6702903	DM

GRUPO SAN RAFAEL

REUNION JUEVES 2PM

No.	Nombre	Identificación	Edad	ARS	Dirección	Telefono	Dx
1	Cesar Gutiérrez		69		Hogar San Rafael		HTA
2	Henry Santos		59		Hogar San Rafael		HTA
3	Juan Alberto Rojas		66		Hogar San Rafael		HTA
4	Roberto Villamil		71		Hogar San Rafael		HTA
5	José de Jesús Herrera		88		Hogar San Rafael		HTA
6	Arturo Rayón		79		Hogar San Rafael		HTA
7	Marco Perez		70		Hogar San Rafael		HTA
8	Angel Ruiz		92		Hogar San Rafael		HTA
9	Esperanza Martínez	37.809.645	59	Coosalud	CU 7 #12-43	6713498	HTA
10	Ma. Del Carmen Sandovs	5.553.785	63	Coosalud	CII 7 #12-43	6713498	HTA
11	Marina Camacho	27.910.589	70	Comfenalco	CU 6 # 1-06	6716008	HTA
12	Elcida Villamizar	27.942.853	67	S.S.	CII 6 # 1-68	6716004	DM/HTA
13	Guillermina Carrizalez	37.807.781	55	Comfenalco	CII 5 # 10-61	6715864	HTA
16	Paublina Moneada	26.864.834	67	Caprecom	Cra 13 # 1-05	6712112	HTA
17	Rosa Julia	28.128.632	68	Comfenalco	CU 1 # 13-14	6841099	HTA
18	María Custodia	27.908.926	79		CU 6 # 0-4	Ma. Carmen	HTA
19	Julieta		60				HTA
20	Julieta Avella	37.835.536	49	Solsalud	Cra 15 # 1-15	6403206	DM/HTA
21	Marta Serrano	37.827.882	49	Caprecom	CII 1a # 13-07	6714775	DM
22	Lina López	37.861.340	25	Caprecom	CII 1a # 13-07	6714775	DM
23	Reymundo Niño		67		Hogar San Rafael		DM
24	José Hernando Morales		63		Hogar San Rafael		DM
25	Carmen Villamizar	27.939.606	65	Cajasalud	Cra 11 #2a-22	6718331	DM
26	María Arcelis Malpica	37.820.844	60	comfenalco		6713130	DM
27	María Lozano		70				DM