ANÁLISIS DE LOS NIVELES DE INFORMACIÓN SOBRE DIABETES TIPO II Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Durán, A.; Gili, M. y Ferrer, V.A.
Departamento de Psicología.
Universitat de les Illes Balears.

RESUMEN

La información aparece como un elemento importante tanto en la prevención, como en la detección precoz y en la evitación de algunas consecuencias de la diabetes. En este trabajo se analiza el nivel de información de 74 personas, medido a través de un Cuestionario de Conocimiento Médico sobre cuatro enfermedades comunes: Diabetes, Úlcera de estómago, Trombosis Coronaria y Cáncer. Los resultados obtenidos indican que las personas de más edad (que son quienes tienen mayor predisposición a padecer diabetes tipo II), son quienes disponen de menos información sobre la diabetes. Además, se constata que no sólo los niveles de información son pobres en general, sino que las personas manejan una cantidad importante de información errónea, con las graves consecuencias que ello puede suponer.
Palabras clave: Información, Diabetes, variables sociodemográficas.

ABSTRACT

Information seems to be a variable that plays an important role both in prevention and early detection and avoidance of serious consequences of diabetes. In the present work, we analyse the level of information of 74 subjects, measured

through a Questionnaire of Medical Knowledge on four usual illnes: Diabetes, Stomach Ulcer, Coronary Thrombosis and Cancer. Results show that elderly people, which are the group more likely to suffer Diabetes Type II, are the group who has less information about this illness. Moreover, not only the level of available information are low in general but also people has an important amount of wrong information and this fact implies important consequences.
Key words: Information, Diabetes, sociodemographic variables.

INTRODUCCIÓN

La diabetes, más que una enfermedad, constituye un síndrome caracterizado por la presencia de una elevada cantidad de glucosa circulante en el torrente sanguíneo que se conoce como hiperglucemia crónica, frecuentemente asociada a otras anomalías del metabolismo lípido y protéico, condicionado por factores genéticos y/o ambientales, que da lugar a complicaciones vasculares específicas (microangiopáticas) e inespecíficas (macroangiopáticas) y que se debe a un defecto en la secreción y/o actividad de una hormona, la insulina (Diccionario Médico Ilustrado de Melloni,1983; Manual de Diagnóstico Etiológico,1984).

La tipología de la diabetes es muy variada, no obstante los dos tipos más importantes son: la diabetes insulino-dependiente o tipo I y la diabetes no insulino-dependiente o tipo II (WHO, 1985).

Diabetes insulino-dependiente o tipo I:

La diabetes tipo I necesita la administración de insulina diariamente. Se caracteriza por un déficit de la secreción de insulina debido a un proceso destructivo por mecanismos de autoinmunidad de las células productoras de insulina, la célula pancreática, que ocurre en pacientes predispuestos genéticamente (Kahn, 1982).

La diabetes tipo I afecta al 15% de los diabéticos en su adolescencia. Suele iniciarse de forma brusca y los factores genéticos son importantes pero no suficientes para su desarrollo. Por esto se cree que factores ambientales, sobre todo ciertos tipos de virus (Coxackie B, parotiditis, rubeola,...,etc), también juegan un importante papel etiológico en los pacientes predispuestos.

La sintomatología de la diabetes tipo I se clasifica en tres grupos (Manual de diagnóstico etiológico, 1984):

1) *Manifestaciones de la hiperglucemia y del estado catabólico:* Cuando la hiperglucemia es de tal magnitud que sobrepasa los mecanismos de reabsorción renal, comienza a eliminarse por orina (glucosuria) lo cual implica no sólo la pérdida de este energético sino también de agua y electrolitos. Aparecen luego las *"polis"* características de la diabetes (polidipsia o sed intensa, polifagia o hambre, poliúria o diuresis aumentada).

2) *Lesiones específicas de la diabetes:* Incluyen la retinopatía, la nefropatía, la neuropatía, la cardiomiopatía diabética y la dermopatía diabética; lesiones que se manifestan con grados de severidad diversos.

3) *Mayor aceleración del proceso ateroesclerótico:* La lesión fundamental es la placa de ateroma, constituida por depósitos de lípidos, proliferación de células musculares lisas, fibrosis y calcificación. La diabetes es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la placa de ateroma, de manera que ésta se produce más rápidamente, de forma más extensa y temprana.

Diabetes no insulino-dependiente o tipo II:

La diabetes tipo II o no insulino-dependiente es aquella que no necesita la administración de insulina, aunque en cualquier momento puede necesitarla para normalizar la glucemia; no posee marcadores genéticos bien definidos y se debe a una disfunción de la célula beta y/o a una resistencia periférica a la acción biológica de la insulina, preferentemente en el músculo esquelético, concretamente en la vía oxidativa y no oxidativa del metabolismo de la glucosa.

Suele aparecer alrededor de los 40 años de forma lenta y en un elevado número de casos precisa para manifestarse de la presencia de otros factores tales como la obesidad, edad avanzada, consumo de determinados tipos de dieta, hábitos sedentarios,...,etc. En este sentido, es posible concluir que el 90% de los factores causales de la diabetes tipo II tienen que ver con los hábitos y estilos de vida de la gente y que la mayoría de los casos la diabetes tipo II no tendría por qué ocurrir si el estilo de vida fuese más saludable (Gil Roales y Vilchez,1993; Matarazzo, 1984). Por tanto, sería más efectivo, colocar el énfasis en la prevención que en la terapéutica.

La diabetes tipo II es la más frecuente, ya que afecta al 80-90% de los pacientes con diabetes, y de éstos un 60% tienen sobrepeso (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993; Polaino y Gil, 1994). En España se estima que el 2% de la población padece diabetes y posiblemente otro 2% la padezca sin estar diagnosticada. En cambio, en los EEUU un 5'2% de la población es diabética y el número de casos se incrementa un 6% cada año (La Porte, 1986; Taylor, 1995).

Sin embargo, determinar la incidencia de la diabetes tipo II, o no insulino-dependiente, en la población general no es sencillo, porque se trata de una enfermedad que muchas veces es asintomática, es decir, que puede evolucionar sin ocasionar manifestaciones graves durante mucho tiempo. Tan sólo aparecen una serie de indicios que, sin una información suficiente, pueden pasar desapercibidos, como: orina frecuente, fatiga, boca seca, impotencia, menstruación irregular, pérdida de sensibilidad, infecciones frecuentes en la boca, piel y sistema urinario, dolor en piernas, pies y dedos, cicatrización lenta de heridas e intenso picor y somnolencia (Taylor, 1995).

Las complicaciones más frecuentes de los diabéticos tipo II se dan en:

1) *Los vasos sanguíneos:* Sobre todo afecta a los ojos y piernas, esto dará lugar a una mala circulación de las piernas y pies. También se debe tener en cuenta que, debido a esto, las heridas leves pueden curarse más lentamente de lo normal.

2) *Los nervios:* Se ven afectados los nervios sensitivos, especialmente los de las piernas dando lugar a la pérdida de la sensación de dolor.

En definitiva, es importante señalar que la falta de información es responsable, en un porcentaje importante de casos, de la no detección de la diabetes tipo II, o no insulino-dependiente. Por ello, resulta de la máxima importancia que se hagan campañas divulgativas para destacar sobre todo cuatro puntos importantes: en primer lugar, que la diabetes tipo II es frecuente, sobre todo en personas mayores; en segundo lugar, que puede diagnosticarse de una manera sencilla, con una simple analítica de sangre; en tercer lugar, que es posible tratar y controlar la enfermedad, muchas veces con medidas simples, como la dieta y ejercicio y, por último, advertir que, a pesar de todo, una gran proporción de los afectados no saben que padecen diabetes tipo II o no hacen lo necesario para controlarla.

Estas campañas informativas deben, además, realizarse con un lenguaje sencillo y simple para que la mayoría de personas tengan los datos mínimos para poder actuar a tiempo en caso necesario (Davidson, 1983; Montcada, 1985). La información escrita se debe completar, si es posible, con materiales audio-visuales y también con pequeñas hojas recordatorias que se llevarán a casa. Todo esto, contribuirá a que la mayoría de personas, sobre todo de edad avanzada, tengan unos conocimientos mínimos que les ayuden a prevenir y, en el peor de los casos, a tratar la diabetes tipo II de forma inmediata y efectiva para conseguir en todo momento una calidad de vida aceptable (Shillitoe, 1990).

El objetivo de este trabajo es analizar qué información maneja la gente, hoy en día, sobre la diabetes en sí misma y en comparación con otras enfermedades y cómo influyen las variables sociodemográficas en su nivel de información.

MÉTODO

Sujetos:

La muestra estudiada está formada por personas voluntarias participantes en un estudio hecho por la Unidad de Registro Epidemiológico de Cáncer en Baleares. Está integrada por 74 personas, cuyo rango de edad va desde los 36 a los 81 años (x=61,0; SD=1,36), y de las cuales un 51'4% son hombres y un 45'9% son mujeres. Además, en un 51'4% viven fuera de Palma, un 75'7% están casados, hay un 29'9% que trabajan y un 56'8% que vive con su familia. Por otra parte, hay un 43'2% que han padecido enfermedad grave y de estos un 32'4% era crónica. Las características de la muestra se observan en la tabla I.

Tabla I.- Descripción de las variables.

VARIABLE	n	%
Edad (rango 36-81).		
35-50	7	9'4
51-66	46	62'1
67-82	21	28'3
X= 61.09		
SD= 1.36		
Sexo.		
Hombre	38	51'4
Mujer	34	45'9
Lugar de residencia.		
Palma	34	45'9
Pueblos	38	51'4
Estado Civil.		
Casado	56	75'7
Soltero	5	6'7
Separado	1	1'4
Viudo	12	16'2
Nº de hijos. (rango 0-6)		
X= 1,83		
SD= 0,15		
Ocupación.		
Activo	22	29'7
Jubilado	19	25'7
Ama de casa	19	25'7
Nivel de estudios.		
Sin estudios	19	25'7
Primaria	45	60'8
Bachiller elemental	6	8'1
Bachiller superior	4	5'4
Nivel económico.		
Alto	1	1'4
Medio-alto	3	4'1
Medio-medio	56	62'2
Medio-bajo	22	29'7
Bajo	2	2'7
Convivencia.		
Solo	4	5'4

VARIABLE	n	%
Familia	42	56'8
Pareja	21	28'4
Hijo	6	8'1
Enfermedad grave.		
Sí	32	43'2
No	42	56'8
Tipo de enfermedad.		
Crónica	24	32'4
Aguda	7	9'5

Instrumentos:

Para la recogida de datos se han utilizado una hoja de datos sociodemográficos elaborada a tal efecto y un Cuestionario de Conocimiento Médico, adaptado por Gili (1995) a partir del cuestionario de Rebolloso (1990). La primera consta de 12 ítems que corresponden a datos sociodemográficos y a referencias médicas**,** y el segundo de 16 items que corresponden a datos sobre conocimiento de enfermedades (4 para diabetes, 4 para trombosis coronaria, 4 para úlcera de estómago y 4 para cáncer), constan de cuatro alternativas de respuesta y se puntuaron de la siguiente manera: 0 si no respondía**,** 1 si respondía incorrectamente y 2 si respondía correctamente. Se averiguaron estas puntuaciones para poder diferenciar la información correcta de la información incorrecta manejada por las personas entrevistadas en relación a las enfermedades citadas.

Procedimiento:

La Unidad de Registro seleccionó a las personas de la muestra y a éstas se les realizó una entrevista personal domiciliaria por personas entrenadas a tal efecto, en el marco de un estudio más amplio.

Análisis de datos:

Hemos empleado el paquete estadístico BMDP (Dixon, 1983) para realizar los siguientes análisis: a) Un análisis descriptivo de las variables (BMDP2D), b) Un análisis de varianza (BMDP1V) entre la edad/sexo y el nivel de información sobre diabetes con la finalidad de determinar si la edad o el sexo influyen en el nivel de información, c) Un análisis de covarianza (BMDP2V) entre edad, sexo y nivel de información sobre la diabetes para analizar la influencia de ambos factores simultáneamente en el nivel de información, d) Un análisis correlacional (BMDP8D) entre todas las variables para estudiar sus posibles relaciones, e) Una comparación de medias (BMDP3D) entre los niveles de información de cada enfermedad y f) Una comparación de medias (BMDP3D) entre los niveles de información correcta

de cada enfermedad, para esto hemos igualado a cero tanto las respuestas no contestadas como las incorrectas.

RESULTADOS

En primer lugar, se analizó si las variables sociodemográficas, edad y sexo influyen en el nivel de información sobre la diabetes. Para ello se diferenció a los integrantes en grupos en función del sexo y de la edad. En este último caso se consideró adecuado diferenciar a las personas de 35 a 50 años (n= 7), de 51 a 66 años (n= 46) y de 67 o más años (n= 21). Por otra parte, en cuanto a información sobre la diabetes, los 4 ítems del instrumento empleado se refieren a información sobre los síntomas (DIAB1), el tratamiento (DIAB2), la calidad de vida (DIAB3) y el diagnóstico (DIAB4) de la diabetes. Además, se creó un índice de nivel de información sobre diabetes (INFD), mediante la suma de los resultados de los cuatro ítems citados. En cuanto a la influencia de la edad sobre el nivel de información en relación a la diabetes, los resultados se muestran en la tabla II.

Tabla II.- Estimación de las medias y análisis de varianza.

	35-50 (n=7)	**51-66** (n=46)	**67-82** (n=21)	**F (2, 71)**	**P**
DIAB1	0.28	0.58	0.14	2.47	0.0913
DIAB2	1.71	1.78	1.14	5.10	**0.0085**
DIAB3	1.00	1.13	0.47	4.54	**0.0139**
DIAB4	1.28	1.06	0.57	2.32	0.1054
INFD	4.28	4.56	2.33	7.24	**0.0014**

Los datos indicarían que existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de edad en la información sobre el tratamiento de la diabetes (DIAB2) y sobre la calidad de vida (DIAB3) y en información sobre diabetes en general (INFD). En todos los casos, las personas de mayor edad (67-82) son las que tienen significativamente menos información sobre la diabetes.

Los resultados del análisis de varianza entre el sexo y el nivel de información sobre diabetes se observan en la tabla III.

Tabla III.- Estimación de las medias y análisis de la varianza.

HOMBRES	**MUJERES**	**F (1. 70)**	**P**

	(n= 38)	(n=34)		
DIAB1	0.44	0.44	0.0011	0.9742
DIAB2	1.47	1.70	1.4554	0.2317
DIAB3	0.94	0.94	0.0009	0.9762
DIAB4	0.76	1.14	2.7576	0.1013
INFD	3.63	4.23	1.0927	0.2995

Los resultados indican que no hay diferencias significativas en ningún caso, es decir, el nivel de información de los hombres y mujeres no es estadísticamente diferente, aunque podemos decir que las mujeres tienen algo más de información sobre el tratamiento (DIAB2) y diagnóstico (DIAB4) de la diabetes que los hombres.

A continuación tratamos de delimitar si la edad y el sexo en conjunto desempeñan algún papel en la información sobre diabetes. Los resultados se observan en la tabla IV.

Tabla IV.- Estimación de las medias (SD) y análisis de covarianza.

	MUJERES			**HOMBRES**				
	35-50 (n=2)	**51-66** (n=4)	**67-82** (n=24)	**35-50** (n=21)	**51-66** (n=12)	**67-82** (n=9)	**F (2, 66)**	**P**
DIAB1	0 (0)	0.66 (0.91)	0.11 (0.33)	1 (1.41)	0.54 (0.88)	0.16 (0.57)	1.22	0.3020
DIAB2	2 (0)	1.80 (0.60)	1.33 (1)	1 (1.41)	1.75 (0.67)	1 (1.04)	0.97	0.3857
DIAB3	1.25 (0.95)	1.09 (0.83)	0.4 (0.72)	0.5 (0.70)	1.20 (0.88)	0.5 (0.79)	0.64	0.5324
DIAB4	1.25 (0.95)	1.33 (0.96)	0.66 (1)	1 (1.41)	0.87 (0.99)	0.5 (0.79)	0.17	0.8476
INFD	4.50 (1.73)	4.90 (1.94)	2.55 (2.24)	3.5 (4.94)	4.37 (2.22)	2.16 (2.72)	0.04	0.9628

Los resultados obtenidos indicarían que la acción conjunta de las variables sociodemográficas, edad y sexo, no modifica el nivel de información sobre la diabetes.

A continuación se realizó un análisis correlacional de las variables edad, sexo, DIAB1, DIAB2, DIAB3, DIAB4 y INFD obteniéndose los resultados que se observan en la tabla V.

Tabla V.- Coeficientes de correlación.

	EDAD	SEXO	DIAB1	DIAB2	DIAB3	DIAB4
SEXO	-.0043					
DIAB1	-.0955	.0363				
DIAB2	-.1315	.0913	.1909			
DIAB3	-.1707	.0334	.1426	.3906**		
DIAB4	-.1950	.1687	.2038	.4160**	.5225**	
INFD	-.2156*	.1232	.5252**	.7051**	.7467**	.8001**

* P < 0.05; ** P < 0.001

Estos resultados muestran una correlación negativa significativa entre la edad y la variable INFD (r= -.2156; p<0'05), lo que confirmaría que, a medida que aumenta la edad, el nivel de información disminuye. La variable INFD también correlaciona de manera positiva y significativa con las variables DIAB1 (r=.5252; p<0'05), DIAB2 (r=.7051; p<0'05), DIAB3 (r= .7467; p<0'05) y DIAB4 (r=.8001; p<0'05), resultado esperable puesto que la variable INFD surge de la suma de estas cuatro. Por otra parte, también se observan correlaciones significativas entre las variables DIAB3 y DIAB2 (r= .3906; p<0'05), y entre DIAB4 y DIAB2 (r=.4160; p<0'05) y DIAB3 (r=.5225; p<0'05), es decir la información sobre calidad de vida correlaciona con la información sobre tratamiento, y la información sobre diagnóstico correlaciona con la información sobre tratamiento y calidad de vida.

Para realizar la comparación de medias entre los niveles de información sobre diabetes (INFD), sobre cáncer (INFC), sobre úlcera (INFUE) y sobre trombosis coronaria (INFTC) se crearon las variables INFC, INFUE y INFTC con los mismos criterios de la variable INFD. Los resultados obtenidos se observan en las tablas VI y VII.

Tabla VI.- Media y SD de las informaciones.

	M	SD
INFD	3.9054	2.4279
INFUE	3.4459	2.6696
INFTC	1.8784	2.4548
INFC	2.3515	2.4295

Tabla VII.- Comparación de medias.

VARIABLES	MEDIA	SD	t	P

DIF1	1.5676	3.0389	4.44	**0.0000**
DIF2	1.0946	3.0076	3.13	**0.0025**
DIF3	-0.4595	3.3071	-1.20	0.2359
DIF4	-0.4730	2.5494	-1.60	0.1148
DIF5	-2.0270	2.8234	-6.18	**0.0000**
DIF6	-1.5541	2.7999	-4.77	**0.0000**

DIF1 comparación entre úlcera y trombosis; DIF2 comparación entre úlcera y cáncer; DIF3 comparación entre úlcera y diabetes; DIF4 comparación entre trombosis y cáncer; DIF5 comparación entre trombosis y diabetes; DIF6 comparación entre cáncer y diabetes.

Los resultados indican que hay diferencias significativas para DIF1 (t= 4,44; p= 0'0000), DIF2 (t = 3,13; p = 0'0025), DIF5 (t = -6,18; p = 0'0000) y DIF6 (t = -4,77; p= 0'0000). Es decir, la información sobre la úlcera (x= 3,4459) es estadísticamente superior a la información sobre trombosis coronaria (x= 1,8784), y sobre cáncer (x= 2,3514). Y la información sobre diabetes (x=3,9054) es significativamente superior a la información sobre trombosis coronaria (x= 1,8784) y sobre cáncer (x= 2,3514). Como se puede observar existen diferentes niveles de conocimientos sobre las cuatro enfermedades, no obstante, lo más importante es observar la poca información que, en general, se tiene sobre ellas.

Por otra parte, los resultados de la comparación de medias entre los niveles de información correcta sobre diabetes (INFD), sobre cáncer (INFC), sobre úlcera (INFUE) y sobre trombosis coronaria (INFTC) se muestran en las tablas VIII y IX.

Tabla VIII.- Media y SD de la información veraz.

	M	**SD**
INFD	2.8387	2.6217
INFUE	2.0645	2.4486
INFTC	0.5261	1.5464
INFC	0.6452	1.4035

Tabla IX.- Comparación de información veraz.

VARIABLES	**MEDIA**	**SD**	**t**	**P**
DIF1	1.5484	2.9534	2.92	**0.0066**

DIF2	1.4194	2.7902	2.83	**0.0082**
DIF3	-0.7742	3.8185	-1.13	0.2679
DIF4	-0.1290	2.2471	-0.32	0.7514
DIF5	-2.3226	2.5870	-5.00	**0.0000**
DIF6	-2.1935	3.0268	-4.04	**0.0003**

DIF1 comparación entre úlcera y trombosis; DIF2 comparación entre úlcera y cáncer; DIF3 comparación entre úlcera y diabetes; DIF4 comparación entre trombosis y cáncer; DIF5 comparación entre trombosis y diabetes; DIF6 comparación entre cáncer y diabetes.

Los resultados muestran que hay diferencias significativas en las mismas variables, esto es en DIF (t= 2,92; p= 0'0066), DIF2 (t= 2,83; p= 0'0082), DIF5 (t= -5,0; p= 0'0000) y DIF6 (t= -4,04; p= 0'0003). Por otra parte, se observa una clara disminución entre las medias de la información y las medias de la información correcta, es decir, las personas creen tener más información verdadera sobre las enfermedades de la que realmente tienen.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en este trabajo indican que, en general, las personas entrevistadas manejan poca información sobre la diabetes, siendo el tratamiento el aspecto sobre el que se maneja más información y la sintomatología el aspecto sobre el que se maneja menos.

Al diferenciar la muestra estudiada por grupos de edad y sexo se observa que las mujeres manejan más información relativa al tratamiento, al diagnóstico e información en general sobre la diabetes, aunque las diferencias entre hombres y mujeres no son estadísticamente significativas. En el caso de la edad, se observa que a medida que aumenta la edad, disminuye significativamente la cantidad de información manejada sobre los diferentes aspectos de la diabetes valorados.

Cabe señalar que en este trabajo nos hemos centrado en la información sobre diabetes por ser éste un tema de nuestro interés y en cuyo análisis estamos trabajando actualmente. Sin embargo, al comparar la información manejada sobre las cuatro enfermedades estudiadas, se observa que las personas entrevistadas manejan significativamente más información sobre la diabetes y la úlcera de estómago que sobre el cáncer y la trombosis coronaria.

Otro dato importante que se constata es que las personas entrevistadas manejan una cierta cantidad de información errónea, con lo cual creen estar más informados de lo que realmente están. Esto ocurre para las cuatro enfermedades estudiadas, pero es especialmente llamativo en el caso del cáncer. Este resultado sugiere que todo programa informativo destinado a incrementar el conocimiento médico debe

no sólo proporcionar información, sino también contribuir a erradicar creencias erróneas que impiden una buena comprensión de la enfermedad.

En términos generales, los resultados obtenidos en este trabajo son similares a los descritos por Rebolloso (19909. Así, este autor, analizó el conocimiento médico en población general, relativo a diez enfermedades comunes y observó que, de entre ellas, las peor conocidas eran las artritis, la trombosis crónica y el cáncer de pulmón. Y, a partir tanto de la revisión de los otros estudios sobre el tema como de sus propios resultados, este autor sugirió que el conocimiento médico que poseen las personas es limitado y las concepciones erróneas afectan a todas las personas y a todos los aspectos de la enfermedad, resultado que también se obtiene en nuestro trabajo.

Por otra parte, y en el caso concreto de la diabetes tipo II, nos hallamos frente a una enfermedad en la que la prevención, tanto primaria como secundaria, cobran especial relevancia. Así, la prevención primaria es importante puesto que, como se ha señalado anteriormente, en la mayoría de los casos la diabetes tipo II no tendría porque ocurrir si el estilo de vida fuera más saludable (Gil et al., 1993; Matarazzo, 1984). Y la prevención secundaria, en forma de actuaciones tendentes a la detección precoz del problema y a su tratamiento para evitar complicaciones, cobra especial importancia en el caso de la diabetes tipo II puesto que se trata de una enfermedad cuyos inicios a veces están enmascarados y/o pasan desapercibidos para quien los sufre (Taylor, 1995).

Y uno de los aspectos tradicionalmente ligados a la prevención y la puesta en práctica de conductas preventivas es el del conocimiento médico.

Así, por ejemplo, Ley (1988) en su hipótesis cognitiva sugiere que para que la comunicación sea efectiva (y aumente la satisfacción y el cumplimiento de las recomendaciones de salud) el mensaje debe ser entendido y recordado. Y, entre los factores relacionados con las dificultades para comprender los mensajes, está precisamente la ausencia de conocimientos médicos.

Es estado actual de la investigación indica que el abandono de los comportamientos de riesgo y la adopción y mantenimiento de comportamientos preventivos no es simplemente un problema de información, pudiendo afirmarse que la información es una condición necesaria aunque no suficiente para la adopción de comportamientos preventivos (Bayés, 1991).

En el caso concreto de la diabetes y de los enfermos diabéticos, se sabe que, aunque la posesión de conocimientos sobre esta enfermedad no es una garantía de adherencia, la carencia de los mismos sí es un buen predictor de no cumplimiento (Beléndez y Méndez, 1995).

En conclusión, y relacionando estas cuestiones con los datos obtenidos en nuestro trabajo, puede decirse que el colectivo más vulnerable a padecer diabetes tipo II, es decir, las personas de más edad, es también el que menos información maneja sobre el tema y que la información más importante para lograr una detec-

ción precoz y prevenir las complicaciones derivadas de esta enfermedad, la información sobre sintomatología, es la menos manejada por la muestra estudiada.

REFERENCIAS

Bayés R. Prevención y Psicología de la Salud**.** *Revista de Psicología de la Salud*, 1991, 3(1), 93-108.

Beléndez M y Méndez FX. Adherencia al tratamiento de la diabetes: características y variables determinantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 1995, 7(1), 63-82.

Davidson JK. *The grady memorial hospital experience. Diabetes: The clinical perspective provided by epidemiology*. Londres:Churchill Livingstone, 1983.

Diccionario Médico Ilustrado de Melloni. Barcelona: Reverté, 1983.

Dixon J. *BMDP, Statistical Software*. Berkeley: University of California Press, 1983.

Gil Roales-Nieto J y Vilchez R. *Diabetes: Intervención psicológica*. Madrid: Eudema Psicología, 1993.

Gili M. *Adherencia a un programa de prevención de cáncer colo-rectal: Análisis de variables psicosociales*. Universitat de les Illes Balears, 1995, [tesis doctoral no publicada].

Hombrados Mª I; Martinportugués C y Perles F. Efectos sobre el apoyo social de un programa para jóvenes diabéticos insulinodependientes, En: León JM y Barriga S. *Psicología de la salud.* Sevilla: Sedal, 1993.

Kahn CR. Autoinmunity and the aetiology of insulin dependent diabetes mellitus. *Nature*, 1982, 299:15.

Kaplan RM; Sallis JF y Patterson ThL. *Health and human behavior*. New York: McGraw Hill, 1993.

La Porte M. Pittsburg insulin-dependent diabetes mellitus morbilidy and mortality study: Phisical activity and diabetic complications, *Pediatrics*, 1986, 78: 1027-1033.

Ley P. *Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance*. Londres: Chapman & Hall, 1988.

Manual de Diagnóstico Etiológico. Madrid: Espasa-Calpe, 1984.

Matarazzo M. *Behavioral health.* New York: Wiley & Sons, 1984.

Montcada E. Impact of diabetes education and motivation on diabetes case. A longitudinal study. En: *Diabetes reserach and clinical practique***,** resúmenes del XII congreso IDF, suplemento 1, p. 9388. Madrid: Elsevier, 1985.

Polaino-Lorente A y Gil Roales-Nieto J. *Psicología y diabetes infantojuvenil.* Madrid: Siglo XXI, 1994.

Rebolloso E. Aspectos informativos de la relación médico paciente. En: S Barriga, JM León, MF Martínez y IF Jiménez, (dirs). *Psicología de la salud: Aproximaciones desde la psicología social* (pp 221-267). Sevilla: SEDAL, 1990.

Shillitoe R. Psychological approaches to the management of chronic illnes: The example of diabetes mellitus. En: Bennet P, Weinman J y Spurgeon P, (eds). *Current developments in health psychology.* London: Harwood Academic Publisher, 1990.

Taylor SE. *Health psychology***.** New York: McGraw Hill, 1995, [Third edition].

Turk DC y Speer MA. Diabetes mellitus: A cognitive-functional analysis of stress, pg 11-127. En: TG Burish y LA Bradley, (eds). *Coping with chronic disease. Research an applications.* New York: Academic Press, 1983.

WHO. *Technical report series Nº 727.* Geneva: Switzerland, 1985.

ANEXO

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO MEDICO

Este cuestionario va dirigido a obtener datos acerca de lo que la población balear conoce de varios aspectos de las enfermedades. En cada una de las cuatro enfermedades que aquí se contemplan, se le plantearán cuatro preguntas y a continuación una serie de posibles respuestas. Antes de contestar asegúrese que comprende la pregunta. En el caso de que no sepa la respuesta, procure no contestar al azar, sino responder: no lo sé.

Ulcera de estómago

1. Las personas con úlcera de estómago generalmente se quejan de:
a) diarrea.
b) dolores de vientre por tomar alimentos.
c) dificultad al tragar la comida.
d) continuo y suave dolor de estómago.
e) no lo sé.

2. El tratamiento de la ulcera de estómago consiste en:
a) dar medicinas para detener la infección.
b) facilitar el paso de los alimentos a través de los intestinos.
c) extirpar la úlcera mediante operación quirúrgica.
d) reducir la cantidad de vitamina E en la dieta.
e) no lo sé.

3. El diagnóstico de la úlcera de estómago se realiza a través de:
a) un análisis de orina
b) rayos X
c) un análisis de sangre
d) inyecciones de glucosa.
e) no lo sé.

4. El tratamiento de la úlcera de estómago generalmente produce:
a) una probabilidad pequeña de curación
b) una curación casi completa
c) ningún beneficiario real
d) ninguna ayuda
e) no lo sé.

Trombosis coronaria

1. La trombosis coronaria es debida a:
a) un coágulo de sangre en el cerebro
b) una infección en los pulmones
c) una obstrucción de una arteria que va al corazón
d) un coágulo de sangre que circula por el cerebro.
e) no lo sé.

2. Generalmente la gente que padece de trombosis coronaria se queja de:
a) pérdida de visión
b) dificultad al pasear
c) fuerte y prolongado dolor de cabeza
d) fuerte y aplastante dolor en el pecho
e) no lo sé.

3. Un enfermo de trombosis coronaria necesita:
a) inyecciones de penicilina
b) transfusión de sangre
c) completo reposo en cama
d) tomar vitamina D
e) no lo sé.

4. La gente que ha tenido trombosis coronaria
a) muere generalmente de la enfermedad
b) frecuentemente se recupera por completo, pero con ciertas limitaciones
c) sufre de fuertes dolores de estómago
d) queda normalmente con algún grado de parálisis
e) no lo sé.

Cáncer

1. El cáncer de pulmón es tratado con:
a) rayos X profundos
b) psicoterapia
c) cortisona
d) penicilina
e) no lo sé.

2. La causa más común del cáncer de colon es:
a) la dieta alimenticia
b) el contacto con otra persona que padece cáncer
c) la ansiedad emocional
d) la falta de hierro en la dieta.
e) no lo sé.

3. La aparición de un cáncer se caracteriza en muchas ocasiones:

a) por la falta de síntomas
b) parálisis gradual
c) constante resfriado
d) dificultad para el ejercicio físico
e) no lo sé

4. La presencia de pólipos en el intestino es síntoma de:
a) apendicitis
b) cáncer colo-rectal
c) cáncer de útero
d) cáncer de estómago
e) no lo sé

Diabetes

1. La gente que tiene diabetes y no ha sido tratada se queja a menudo de:
a) hinchazón de tobillos.
b) dificultad al respirar.
c) demasiada energía.
d) parálisis gradual.
e) no lo sé

2. La medicina más usada en el tratamiento de la diabetes es:
a) cortisona
b) aspirina
c) insulina
d) penicilina
e) no lo sé

3. La gente con diabetes:
a) está generalmente semi-inválida
b) está normalmente condenada a permanecer en cama
c) lleva una vida normal bajo supervisión médica de vez en cuando
d) necesita medicarse durante toda la vida
e) no lo sé

4. La diabetes se diagnostica a través de:
a) un examen de orina
b) rayos X
c) un exámen de corazón

d) tomando la presión arterial
e) no lo sé

Correspondencia:
Durán, A.
Departamento de Psicología.
Campus de la U.I.B.
Edificio Ramón Llull.
Carretera de Valldemossa, Km 7'5.
0701 Palma de Mallorca. Baleares.
Telf: 971-173480
Fax: 971-173473.