

Ángela María Orozco-Gómez¹,
Leidy Sánchez-Jiménez²
Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia

El objetivo del presente estudio cualitativo fue analizar el contenido de una guía de intervención psicológica y social para el manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) antes de su publicación. Se analizó la información obtenida en las entrevistas realizadas a seis pacientes diagnosticados con DM2, sin trastornos psiquiátricos ni adicciones, y tres jueces expertos, con experiencia de más de dos años en el trabajo con pacientes que padecen enfermedad crónica no transmisible. Las entrevistas tenían los siguientes objetivos: 1) determinar la correspondencia entre las dimensiones incluidas en la guía y las necesidades de los pacientes, 2) reconocer la experiencia de los jueces sobre los síntomas psicológicos asociados a la DM2, y 3) identificar las intervenciones psicológicas utilizadas. Los resultados obtenidos sugieren la conveniencia de incluir en la guía evidencia empírica actual que demuestre la efectividad de las estrategias de evaluación e intervención en afrontamiento, entrenamiento en regulación emocional y participación de la familia en los grupos de apoyo. Lo anterior contribuye a perfeccionar la guía de intervención, la cual constituye una herramienta útil para los psicólogos de la salud.

Palabras Claves: Guía de intervención, Diabetes Mellitus Tipo 2, Análisis de contenido.

The objective of this study was to analyze the contents of a psychological and social intervention guide for the management of Diabetes Mellitus Type 2 (DM2) prior to publication. A qualitative study was undertaken and the resulting information was analyzed. The information was obtained from interviews with six patients, diagnosed with DM2 but without psychiatric disorders nor addictions, and three expert judges, with experience of more than two years in working with patients suffering from non-transmissible chronic disease. The interviews were intended to: 1) determine the correlation between the dimensions included in the guide and the patients' need, 2) validate the experience of the judges regarding the psychological symptoms associated with DM2, and 3) identify the psychological interventions applied. Results suggest it is necessary to include in the guide current empirical evidence to demonstrate the effectiveness of assessment and intervention strategies in coping, emotional regulation training and family involvement in support groups. This could contribute to the adjustment of the intervention guide, which is a useful tool for health psychologists.

Keywords: Intervention Guides, Diabetes Mellitus Type 2, Content Analysis.

Recibo: 6 de Octubre de 2016

Aceptado: 27 de Marzo de 2017

1. Psicóloga Magister, Directora Centro de Investigaciones, Facultad de Psicología Universidad El Bosque. E-mail: orozcoangela@unbosque.edu.co. Código Postal: 111021
2. Psicóloga, Universidad El Bosque. E-mail: leidysanchezjimenez@outlook.com. Código Postal: 111021

Agradecimiento a Alexander Cifuentes psicólogo especialista de Psicología Médica y de la Salud de la Universidad El Bosque por su colaboración en la búsqueda de literatura.

La Diabetes Mellitus Tipo Dos (DM2) es un desorden metabólico que, debido a carencias tanto en la secreción como en la acción de la insulina, genera hiperglicemia crónica y alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. Esta patología puede producir nefropatía, retinopatía, neuropatía, enfermedades coronarias o pie diabético (Asociación Latinoamericana de Diabetes [ALAD], 2006).

En la actualidad, hay más de 422 millones de personas que padecen diabetes en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016); entre el 85% y el 90% tienen DM2 (Federación Internacional de Diabetes [FID], 2013). En lo que respecta a la población colombiana, de 46 millones de habitantes, entre el 4% y 8% presentan DM2 (Aschner, 2010); es decir, hay entre un millón ochocientos mil y tres millones seiscientos mil personas con DM2 en Colombia, y este porcentaje va en aumento. Esta enfermedad se desencadena por la presencia de factores genéticos, acompañados de alimentación poco saludable, baja actividad física, obesidad y condiciones de estrés que facilitan la aparición de la DM2 en individuos predispuestos (Surwit et al., 2002; Kattah, 2004).

Debido al índice de DM2 en el mundo, diversos estamentos como la FID (2013), la Asociación Americana de la Diabetes (ADA, 2013), la Asociación Colombiana de la Diabetes [ACD] (2004) y la Organización Panamericana de la Salud (2009), reconocen la necesidad de abordar, desde el punto de vista psicológico, aquellos aspectos que están asociados al curso de la enfermedad (adherencia al tratamiento, actividad física, estilo de vida, cambio de pensamiento y actitud de los pacientes y de la comunidad) (Diez, 2006). Ejemplo de ello son las guías para profesionales de la salud que desarrollaron algunos de estos estamentos, en las cuales se incluyen recomendaciones sobre el tratamiento médico más apropiado, así como sobre aspectos abordados desde el área psicológica. A continuación, se presentan algunas de las sugerencias realizadas desde dicha área en las guías que ya han sido publicadas y que fueron objeto de referencia:

Dentro de la *Guía Global para la Diabetes Tipo 2*, se recomienda ofrecer educación estructurada por parte de profesionales, que deben estar capacitados para adaptar la información que se le entrega a la población; además, se aconseja brindar atención psicológica para indagar acerca de: situación a nivel social, actitudes, creencias, inquietudes asociadas a la diabetes, nivel de bienestar y estado psico-

lógico; por último, se recomienda facilitar estrategias para generar control del estilo de vida respecto a los patrones de alimentación y actividad física, haciendo seguimiento de los progresos y adaptando el asesoramiento a las necesidades, predilecciones y cultura de los pacientes (FID, 2013). También se encuentran los *Estándares de cuidado médico en Diabetes*, en donde se reconoce la necesidad de evaluar la situación psicológica y social de los pacientes para identificar la actitud hacia la enfermedad, las expectativas ante el tratamiento, los elementos que pueden afectar el estado de ánimo, la calidad de vida, los recursos financieros, sociales y emocionales, y la historia psiquiátrica (ADA, 2013). De igual manera, en *Psicología en el cuidado de la diabetes* (Snoek y Skinner, 2005) se presentan alternativas de trabajo psicológico en los diferentes tipos de diabetes (DM1, DM2 y diabetes gestacional).

Respecto a la DM2, se abordan temas como depresión, estrés, ansiedad, autocuidado, apoyo social, modificación del estilo de vida, educación y empoderamiento. En la *Guía ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en la Evidencia*, se reconoce la pertinencia de la educación, regulación alimentaria y práctica de actividad física, para mejorar el curso de la DM2. En Colombia se desarrolló la *Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2* del Ministerio de Protección Social (MPS, 2007), en la cual se propone a los profesionales realizar acompañamiento educativo y evaluación psicológica acerca de las actitudes frente a la enfermedad, expectativas, alteraciones en el estilo de vida, capacidades económicas, historial psiquiátrico, estado de ánimo, trastornos alimentarios y elementos cognoscitivos que pueden influir en la adherencia al tratamiento. De igual manera, la ACD (2004) desarrolló la *Cartilla de la Diabetes*, en donde los pacientes reciben información sobre los cambios en el estado de ánimo, presencia de irritabilidad, influencia del estrés sobre el control de la enfermedad, importancia del apoyo familiar y actitudes necesarias para generar empoderamiento.

A pesar de los documentos citados anteriormente, no existe, para la población colombiana, una guía para la evaluación e intervención psicológica y social que tenga como base la evidencia empírica actual, la cual es más efectiva. En el presente estudio se realiza un análisis del contenido de la versión inicial de la *Guía de intervención psicológica y social para el manejo de la DM2* (en ajuste), que incluye los siguientes temas: psicoeducación para pacientes, apoyo social, manejo de estados de ánimo (depresión, ansiedad,

o estrés), actividad física y compromiso con el tratamiento; estos fueron seleccionados con base en la literatura revisada de manera sistemática entre los años 2003 y 2014. La búsqueda se realizó en bases de datos especializadas de psicología y medicina (PubMed, Proquest, APA PsycNET, LILACS, Embase, redalyc, Ovid, Science Direct, WEB OF SCIENCE). Para valorar dicha información, se tomaron en cuenta algunos criterios de calificación de evidencia, los cuales fueron propuestos por el Ministerio de la Protección Social [MPS], (2009) en la *Guía metodológica para el desarrollo de guías de atención integral en el sistema colombiano de Seguridad Social en Salud*; dicha guía se diseñó explícitamente para el diagnóstico e intervención médico farmacológica.

Así, el objetivo del presente estudio fue analizar el contenido de la guía con base en el conocimiento de profesionales y pacientes, con el fin de contribuir al desarrollo de una herramienta que brinde recomendaciones de evaluación e intervención que faciliten la toma de decisiones a los profesionales de la psicología. Esto, a su vez, propenderá porque los pacientes incrementen el seguimiento de las recomendaciones médicas, tomen los medicamentos, manejen sus emociones y cambien su estilo de vida.

El presente estudio es cualitativo y pretendió evaluar la pertinencia de las temáticas incluidas; además, señala los aspectos que los grupos de profesionales expertos y los pacientes consideraron relevantes, para avanzar en la construcción de un documento guía para la intervención de los pacientes con DM2. Para cumplir con este propósito se aplicaron dos entrevistas semiestructuradas, una para pacientes y otra para jueces expertos. La entrevista para pacientes pretendía reconocer la correspondencia entre las dimensiones, contenidas en la guía propuesta, y las necesidades de los pacientes entrevistados, de acuerdo a su historia de vida y experiencia frente a la enfermedad. Por otra parte, la entrevista para jueces expertos examinó las opiniones que estos tenían con relación a los síntomas psicológicos presentados por los pacientes con DM2 y las intervenciones más pertinentes frente a estos síntomas; previo a la aplicación de esta entrevista, se les entregó a los jueces expertos la guía de intervención psicológica y social para el manejo de la DM2, objeto de este estudio, para que pudieran dar su concepto respecto a esta en la entrevista realizada.

Tras la aplicación de las entrevistas a pacientes y jueces expertos se procedió a desarrollar el análisis cualitativo a través de matrices de análisis de codificación selectiva. Las matrices consisten en tablas de doble entrada, en donde se incluye información verbal, de acuerdo con los aspectos especificados por filas y columnas que presentan agrupamientos conceptuales en categorías y descriptores (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Las matrices elaboradas incluyeron la información recolectada a partir de las categorías conformadas por los descriptores comunes en las entrevistas; es decir, la información contenida en las matrices corresponde a las percepciones comunes entre los participantes con respecto a las preguntas formuladas. En la Tabla 2, que contiene la matriz de las entrevistas realizada a los pacientes, se puede observar una categoría llamada *Incertidumbre del futuro*, cuyos descriptores son: desconocimiento de lo que pasará en el futuro, consecuencias graves a nivel de salud y posibilidad de morir a causa de la enfermedad. Con respecto a esta categoría, se identifica que, para los pacientes entrevistados, la DM2 genera ansiedad en relación a su estado de salud futuro.

Se contó con la colaboración de seis pacientes, mayores de edad, con diagnóstico de DM2; estos recibían atención médica en diferentes IPS de Bogotá y cumplían con los criterios de inclusión establecidos en la guía: diagnóstico de DM2 y ausencia de trastornos psiquiátricos y adicciones. De igual manera, se contó con tres jueces expertos especialistas en psicología clínica o de la salud, con experiencia de entre 2 y 12 años en el trabajo de intervención psicológica y social con pacientes que padecen ECNT y DM2.

Guía de intervención psicológica y social para el manejo de la diabetes mellitus tipo dos (Orozco, y Sánchez, 2015 en prensa): este documento incluye las características de la DM2, los aspectos epidemiológicos y sociales de la enfermedad, y las áreas de evaluación e intervención propuestas, dentro de un contexto psicológico y bajo el enfoque cognoscitivo conductual; estas últimas tienen en cuenta cinco dimensiones globales de atención: psicoeducación, apoyo social, estado de ánimo, estados de ansiedad y compromiso con el tratamiento. En el apartado que contiene las dimensiones se

da a conocer la definición de cada una, el objetivo que se busca al emplearla en la práctica clínica, la manera en que se puede evaluar en los pacientes, las estrategias de intervención psicológica sugeridas y la bibliografía recomendada (en proceso de ajuste, según los resultados obtenidos de la presente investigación).

Guía de entrevista semiestructurada para pacientes: está diseñada con el propósito de reconocer la correspondencia entre las dimensiones contenidas en la guía propuesta y las necesidades de los pacientes, en cuanto al abordaje de sus hábitos, apoyo social, estado emocional e información. Esta guía consta de 19 preguntas abiertas, de las cuales nueve se relacionaron con aspectos emocionales y tipo de afrontamiento; tres, con apoyo social y familiar; tres, con educación en diabetes; y cuatro, con la práctica de actividad física, tipo de alimentación y seguimiento de recomendaciones médicas.

Guía de entrevista semiestructurada para jueces expertos: está diseñada con el fin de identificar la opinión de los expertos en relación a los síntomas psicológicos presentados por los pacientes y las intervenciones más pertinentes frente a estos síntomas. Está compuesta por diez preguntas, de las cuales una indagaba sobre los tipos de intervención más recomendados para los pacientes; cuatro, sobre tipos específicos de intervención; dos, sobre la presencia de síntomas psicológicos; dos, sobre psicoeducación; y una, sobre el tiempo de seguimiento.

El proceso de análisis de contenido de la Guía de Intervención Psicológica y Social para pacientes con DM2, se realizó así:

1. Fase I: En esta, tuvo lugar el diseño de entrevistas para pacientes y jueces expertos. Además, se diseñó el consentimiento informado para ambos grupos de participantes, utilizando las consideraciones éticas establecidas por el comité de ética de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad el Bosque.
2. Fase II: Consecución de pacientes diagnosticados con DM2 que recibían atención en instituciones de salud para el control de su enfermedad.
3. Fase III: Determinación del perfil de los jueces expertos, consecución de jueces y aplicación de entrevista.

4. Fase IV: Revisión de métodos para el análisis de los resultados (mapas conceptuales y matrices) y decisión acerca de la estrategia de análisis más apropiada según los objetivos del estudio.
5. Fase V: Realización de entrevistas a expertos y pacientes. Análisis cualitativo, por medio de matrices, del contenido de las entrevistas a pacientes y jueces expertos.
6. Fase VI: Determinación de los apartados que se debían incluir según la información recolectada y socialización del proceso desarrollado.

Para el desarrollo del presente estudio se partió de los principios éticos mencionados por la APA y el Código Deontológico y Bioético del Ejercicio de la Psicología en Colombia, respecto a la investigación con participantes humanos. Además, se estableció la participación voluntaria de pacientes y jueces expertos, como también la firma de consentimientos informados para ambos tipos de participantes; lo anterior, tomando en consideración los requerimientos generales establecidos por el Comité de Ética del Centro de investigaciones de la Universidad El Bosque. De igual manera, se reconoce la ausencia de conflicto de intereses por parte de todos los participantes y el respeto por los derechos de autor; es decir, la ausencia de plagio (Rojas, 2016).

Se declara no tener conflicto de intereses con el proceso realizado, ni con los resultados obtenidos.

Los resultados se obtuvieron por medio del análisis cualitativo del contenido de las respuestas brindadas por los pacientes y los jueces expertos; esto se hizo a partir de matrices de análisis, donde surgen algunas categorías y descriptores nuevos que se suman a algunos establecidos previamente en la guía.

Las matrices de las respuestas de los jueces expertos permitieron reconocer que las intervenciones propuestas en la guía fueron: talleres psicoeducativos, apoyo social (grupos de ayuda mutua), utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), reestructuración cognoscitiva, entrenamiento en autocontrol y relajación progresiva.

Tabla 1
Matriz de categorías y descriptores encontrados a partir de entrevistas a jueces expertos

Síntomas presentes en los pacientes	Preocupación por efectos de la diabetes. Incertidumbre frente al futuro. Reacciones emocionales de ira, tristeza y ansiedad. Poca adherencia al tratamiento Falta de regulación emocional
Relevancia de la psicoeducación	Importancia de los procesos psicológicos sobre la evolución de la enfermedad. Información clara sobre las implicaciones reales de la enfermedad y los cambios que se deben llevar a cabo. Instrucción a la familia.
Reestructuración Cognoscitiva	Utilidad de la reestructuración cognoscitiva. Modificación del pensamiento de los pacientes.
Relajación progresiva	Suficiente evidencia empírica de la efectividad de la relajación progresiva. Utilidad de la relajación progresiva en la consulta. Poca eficacia, a largo plazo, de la relajación.
Facilitadores para mejorar el autocontrol	Aspectos básicos necesarios para que haya autocontrol. Pertinencia de utilizar la técnica de autocontrol. Trabajo sobre los cambios que se deben dar en el medio y en hábitos. Incluir a la mayoría de pacientes en procesos terapéuticos para trabajar en su autocontrol. Menor efectividad frente a regulación emocional.
Intervenciones grupales	Pertinencia de los grupos de apoyo. Necesidad de que haya variabilidad de las personas incluidas en grupos. Familia como eje principal del proceso terapéutico y su influencia en la salud del paciente. Inclusión del paciente y su familia en grupos de autoayuda. Diferenciar los grupos de apoyo de los pacientes con los de sus familiares. Terapia grupal como facilitador para compartir experiencias, recibir consejos y apoyo de otros en su condición. Relevancia de involucrar a la población en los temas que se van a abordar. Ira como tema relevante a tratar, desde el punto de vista de los pacientes. Utilización de biblioterapia, dentro del grupo de apoyo. Pertinencia de la presencia del psicólogo en los grupos de apoyo. Posible pertinencia de los grupos de apoyo para mejorar la calidad de vida.
Aspectos económicos y adherencia al tratamiento	Dificultades de tipo económico. Carencia económica y reacción emocional de ansiedad y depresión por causa de ella.

Tecnologías de la información y la comunicación	<p>Falencias de la utilización de nuevas técnicas de comunicación con adultos mayores.</p> <p>Mensajes para mejorar la educación grupal.</p> <p>Solicitud de los pacientes de usar tecnologías para contactarse y tener información.</p> <p>Poco acceso de los pacientes a las tecnologías.</p> <p>Modificar el tipo de acercamiento que se hace con los pacientes para generar mayor alcance.</p>
Formación psicológica al cuerpo médico	Acercamiento a los médicos para informar en cuanto a elementos de tipo psicológico.
Relevancia del afrontamiento	Afrontamiento como eje fundamental para evaluar y tratar.
Manejo de las emociones	<p>Identificación de principales falencias a nivel emocional y establecimiento del abordaje más adecuado.</p> <p>Promover la regulación emocional.</p> <p>Falencias para expresar las emociones de los pacientes diabéticos, dentro de los grupos de apoyo</p>
Tiempo de seguimiento	Preferible hacer seguimiento de la situación física y emocional del paciente.
Propuestas de intervención	<p>Reconocimiento del objeto de estudio desde la psicología de la salud.</p> <p>Incluir en la intervención la conciencia corporal.</p> <p>Abordaje individual, familiar y por grupos de apoyo.</p> <p>Disposición de diversas estrategias de intervención y selección de la más adecuada, según el paciente.</p> <p>Brindar herramientas suficientes al paciente para sobrellevar la enfermedad.</p> <p>Facilitar la normalización de la enfermedad.</p> <p>Trabajar con la primera reacción emocional del paciente.</p> <p>Pertinencia de utilizar la activación conductual.</p> <p>Importancia de promover la búsqueda de información con respecto a aceptación y compromiso, basada en valores</p> <p>Forma en que se debe dar el trabajo interdisciplinario</p>

Tabla 2

Matriz de categorías y descriptores encontrados a partir de entrevistas a pacientes

Sentimientos de tristeza asociados a la enfermedad	<p>Sensación de estar deprimido/a.</p> <p>Tristeza.</p> <p>Desánimo.</p>
Evitación	No pensar mucho en la enfermedad.
Carencia económica	Falta de recursos para comprar alimentos sugeridos.

Incertidumbre del futuro	Desconocimiento de lo que pasará en el futuro. Consecuencias graves a nivel de salud. Posibilidad de morir a causa de la enfermedad.
Apoyo Social	Independencia. Mala relación con la familia.
Utilidad de la información	Obtener información clara. Información que permita ejercer control.
Compromiso con el tratamiento	No se controla la diabetes. No es fácil seguir las instrucciones.

Las matrices de las respuestas de los pacientes permitieron identificar la presencia de sentimientos de tristeza asociados a la enfermedad, incertidumbre frente al futuro, estrategias de afrontamiento evitativo y, en uno de los casos, poco apoyo social. Por otro lado, se pudo reconocer que para los pacientes era importante disponer de información sobre la DM2; además, presentaban dificultades económicas que no les permitían comprar los alimentos sugeridos y no tenían adecuado control de la enfermedad (Tabla 2).

El objetivo del presente estudio fue analizar el contenido de una guía de intervención psicológica y social para el manejo de la DM2 a partir de la información suministrada por un grupo de pacientes y uno de jueces expertos. Tras realizar el análisis de los datos se pudo encontrar que ambos, pacientes y jueces expertos, consideran pertinente el acceso a información clara en relación a la DM2. Estos últimos hacen énfasis en que se expongan las implicaciones reales de la enfermedad y los cambios que se deben llevar a cabo. También mencionan la importancia de los procesos psicológicos sobre la evolución de la misma, así como la relevancia de que la familia del paciente cuente con instrucción sobre la enfermedad. Por otro lado, los pacientes reconocen la utilidad de recibir información que les permita ejercer control sobre la DM2. Así bien, las opiniones de ambos grupos de participantes corroboran lo propuesto en la guía, ya que en esta se reconoce la relevancia de explicar claramente las posibilidades terapéuticas, las consecuencias que pueden haber de acuerdo con el manejo que se le dé a la enfermedad, la importancia de la dieta adecuada,

los beneficios de la actividad física, la pertinencia del auto-monitoreo sobre los niveles de glucosa y las acciones para prevenir, detectar y tratar las emergencias (ALAD, 2010). Además, en la guía se recomienda que la psicoeducación se debe orientar a generar destrezas en cuanto al seguimiento del régimen alimenticio y la práctica de ejercicio, técnicas de auto-monitoreo, aplicación y conservación de la insulina, uso del glucagón y el manejo de la diabetes en circunstancias especiales, como viajes, fiestas, o crisis de hipoglucemia (Guerra, Díaz y Vidal, 2010).

La pertinencia de este proceso se reafirma a través de estudios como el de Bonner, Foster y Spears-Lanoix, (2016), el cual demuestra que los programas tendientes a favorecer el desarrollo de conocimientos y puesta en práctica del cuidado del pie diabético, tienen un efecto positivo respecto a los comportamientos de autocuidado y estado de salud de los pacientes con DM2.

En cuanto al apoyo social como herramienta para favorecer los procesos de intervención en DM2, los jueces expertos consideran que la familia es el eje principal del proceso terapéutico; así mismo, afirman que la terapia grupal es un facilitador para compartir experiencias, así como para recibir consejos y apoyo de otros en su condición; por consiguiente, es relevante incluir al paciente y su familia en grupos de autoayuda. Lo anterior concuerda con lo recomendado en la guía, en donde se reconoce que el apoyo familiar es fundamental para favorecer el autocuidado y el control de la diabetes (Méndez, 2004; Ávila-Jiménez, Cerón, Ramos-Hernández y Velázquez, 2013). En este orden de ideas, se propone el uso de los grupos de ayuda mutua, los cuales buscan fortalecer el papel activo de los pacientes y sus familiares en cuanto al cumplimiento del tratamiento,

el manejo de la enfermedad, la reducción del peso corporal, el control metabólico, los conocimientos sobre la diabetes y la solución de problemas (Lara, Aroch, Jiménez, Arceo y Velázquez, 2004; Trento et al., 2004). De igual manera, se reconoce que ante la percepción de contar con apoyo de la comunidad, amigos y familia para la gestión de la DM2, los pacientes evidencian mejor autocontrol frente al seguimiento de las recomendaciones médicas y menor índice de masa corporal (Fortmann, Gallo, Walker y Philis-Tsimikas, 2010). Los jueces expertos también recomiendan realizar los procesos de apoyo social a través de grupos donde haya personas diagnosticadas con mucho tiempo de antelación, así como personas diagnosticadas recientemente; de igual manera, recomiendan que los grupos de apoyo sean conformados de manera separada para pacientes y familiares, con el fin de facilitar la expresión de cada uno de ellos; además, proponen involucrar a los pacientes en la selección de los temas a tratar, utilizar la biblioterapia y reconocer el tema de la ira como un posible tema de interés.

En cuanto al empleo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como parte del proceso de apoyo social, los jueces expertos manifiestan que es difícil hacer uso de estas tecnologías con adultos mayores, pero que es posible servirse de este tipo de herramientas de manera sencilla; por ejemplo, a través de mensajes de texto. No obstante, se reconoce que es necesario generar mayor alcance entre los pacientes. Estos elementos fueron contemplados en la guía, en donde se evidencia la pertinencia de implementar intervenciones a través de las TIC. Lo anterior debido a que estas permiten brindar soporte social a los enfermos crónicos, según las necesidades de los usuarios, con el recurso humano más idóneo y por medio de los sistemas más acordes para el seguimiento y control; además, se debe tener en cuenta que, a través de las TIC, se pueden generar vínculos, auto-reconocimiento y crecimiento (Mabel, Chaparro, Barrera, Pinto y Sánchez, 2011). La eficacia del uso de las TIC en intervenciones con pacientes afectados por Diabetes Mellitus (DM) se reconoce en estudios como el de Nobis et al. (2015); en este, se brindó asesoría virtual y acompañamiento (telefónico y electrónico, por mensaje de texto), durante ocho semanas, en temas relacionados con la activación conductual, solución de problemas, control del peso y sueño. Con esto, se consiguió que pacientes con DM1 y DM2 que presentaban sintomatología depresiva, evidenciaran una disminución de síntomas depresivos y de ansiedad asociada a la diabetes; además, se generó una mayor respuesta al tratamiento y se favoreció la participación de quienes son renuentes a buscar apoyo psicoterapéutico.

El uso de las TIC se plantea a través de diversas estrategias, entre las que se cuentan las aplicaciones móviles que, según lo propuesto por Nguyen, Jiang y Choon (2015) y Kasmeredis y Vassilakopoulos (2015), se pueden emplear para favorecer el proceso de autogestión y el apoyo social. Para ello, los autores proponen una aplicación que incentive el monitoreo de la glucosa en momentos específicos, el seguimiento de la dieta, la práctica de alguna actividad física, la administración de medicamentos y el establecimiento de metas. Todo esto, acompañado de la participación de personas cercanas al paciente, así como de herramientas (por ejemplo, las redes sociales), para que exista información compartida entre los pacientes con DM1 y los profesionales de la salud que les brindan atención. El uso de aplicaciones móviles para la gestión de la DM2 es una alternativa sobre la que se reconoce practicidad y disminución de costos en el área de la salud, en especial en zonas donde el acceso a los centros y profesionales de la salud es reducida (Brown y Brown, 2013). Además de la intervención de aspectos críticos de la DM2 a través de aplicativos móviles, Shih-Hao y Chih-Ning (2015) plantean el desarrollo de dispositivos electrónicos. Estos autores proponen el uso de dispositivos específicos de bajo costo: en primer lugar, los sensores corporales, los cuales permiten la detección del estado de salud del usuario y, en segundo lugar, los sensores ambientales, que hacen posible la comunicación de factores circunstanciales, interferentes en la condición saludable del paciente. Por medio de estos dispositivos, se busca favorecer la entrega de información con el mínimo de intervención humana. Así, se incentiva la mejora en la salud y la atención médica brindada; esta propuesta tiene alcance en países desarrollados, los cuales cuentan con más avances tecnológicos, así como con mayor nivel económico y de calidad de vida.

Por otra parte, respecto al desarrollo de conductas de autocontrol, uno de los jueces expertos refiere que es más efectivo emplear la regulación emocional que el entrenamiento en autocontrol, mientras dos de los jueces recomiendan incluir a todos los pacientes en un proceso a través del cual se modifiquen hábitos y se generen cambios ambientales a nivel familiar, social y laboral. Estos jueces reconocen la pertinencia de abordar los elementos asociados a la adherencia al tratamiento que, en pacientes con DM, está mediada por el tiempo de evolución de la enfermedad, la autoeficacia generalizada, el estrés percibido y el apoyo social (Silva, Marín y Mubayed, 2012). En la guía, se reconoce la relevancia de que los pacientes muestren comportamientos que les permitan adaptarse a las condi-

ciones biológicas y de estilo de vida que exige la presencia de diabetes. Más específicamente, se recomienda el entrenamiento en autocontrol, el cual facilite la generación de habilidades, tanto cognitivas como comportamentales, para la modificación de los hábitos alimenticios y la práctica del ejercicio. Esto llevaría, adicionalmente, a una actitud positiva hacia el autocuidado (Kroese, Adriaanse y Ridder, 2013). De hecho, Penn, Dombrowski, Snihotta y White (2013) evidenciaron cambios comportamentales después de una intervención con personas en riesgo de padecer DM2. Esto se debió a que, entre otras razones, recibían refuerzo positivo ante su dedicación y percibían beneficios directos sobre su salud gracias a los cambios realizados.

Estos pacientes aplicaron de manera exitosa estrategias para la regulación de la ingesta de alimentos, monitorearon el peso, desarrollaron rutinas y planificaron sus actividades en torno a las sesiones de ejercicio. Así mismo, el apoyo entre compañeros y las intenciones o metas fueron temas dominantes a través de las fases del cambio del comportamiento.

Por otro lado, en relación a los aspectos emocionales asociados con la DM2, según los jueces expertos, los pacientes presentan estados de ánimo asociados a la tristeza, y emociones, como la ira. Además, experimentan ansiedad por las consecuencias que pueda llegar a tener la DM2 y por la incertidumbre respecto a su situación futura; de igual manera, los pacientes refieren que sienten tristeza y desánimo a causa de la enfermedad, preocupación por su futuro; no saben qué les ocurrirá, y temor por las consecuencias de la enfermedad sobre su salud.

Estos hallazgos coinciden con lo planteado en la guía, ya que en esta se considera que se debe trabajar sobre las alteraciones del estado de ánimo y los síntomas de ansiedad asociados a la DM2. Lo anterior, puesto que existe una estrecha relación entre DM2 y depresión. De hecho, esta última es una complicación más común en los diabéticos que en la población general (Rubin, Ciechanowski, Egede, Lin y Lustman, 2004; Gilmer, Walker, Johnson, Philis-Tsimikas y Unutzer, 2008; Rustad, Musselman y Nemeroff, 2011; Van-Bastelar, Pouwer, Cuijpers, Riper y Snoek, 2011; De Groot, et al., 2012; Olvera, Fisher-Hoch, Williamson, Vatcheva y McCormick, 2016). Además, se reconoce que los pacientes con DM2 presentan síntomas asociados a la ansiedad, pues tienden a experimentar alteración emocional por medir, en frente de otros, sus niveles de azúcar en sangre, temor a las inyecciones de insulina, miedo por las consecuencias de la enfermedad y los efectos secundarios derivados del

tratamiento con insulina, temor respecto a subir de peso, ser obeso, padecer hipoglucemia, o morir, ansiedad por la posibilidad de cometer errores en el tratamiento, e incertidumbre respecto a las complicaciones y morbilidad de la enfermedad (Scholze, 2005; Pinto, 2012).

En este sentido, los jueces expertos consideraron que es pertinente entrenar a los pacientes en relajación muscular progresiva, pues se considera que esta técnica cuenta con suficiente evidencia empírica sobre su eficacia a largo plazo en el control de la ansiedad. Esta sugerencia coincide con lo abordado en la guía, en donde se reconoce la eficacia de la relajación en el tratamiento de pacientes con DM2. En este punto, cabe señalar los trabajos desarrollados por McGinnis, Mc Grady, Cox y Grower-Dowling (2005) y Méndez y Beléndez (1994), quienes identificaron la pertinencia de incluir la relajación muscular progresiva en los procesos de intervención en pacientes con DM2, ya que esta disminuye los índices de ansiedad y contribuye al manejo de los valores de glucosa en sangre. Estos hallazgos son confirmados por Koloverou, Tentolouris, Bakoula, Darviri y Chrousos (2014), quienes reconocen la utilidad de esta técnica, junto a la respiración diafragmática, para la gestión del estrés percibido y la disminución de la hemoglobina glicosilada en pacientes ciudadanos con DM2 que siguen un tratamiento típico y sin comorbilidad de alguna enfermedad aguda grave.

Dentro del área emocional, cuatro de los jueces expertos hacen énfasis en la importancia del manejo de las emociones en torno a la DM2 (control emocional); además, reconocen que a los pacientes con DM2 se les dificulta expresar sus emociones y consideran que, al tener control sobre ellas, puede mejorar la adherencia al tratamiento. Respecto a la intervención en regulación emocional en pacientes con DM2, Gamefski, Kraaij, y Spinhoven (2001) reconocen que su uso es relevante para generar mayores niveles de autocuidado. Lo anterior porque este tipo de tratamiento facilita la expresión y modulación de los sentimientos, e influye en la generación de estrategias adaptativas, o desadaptativas, en cuanto a la gestión de la enfermedad.

Como propuesta complementaria a la intervención en reestructuración cognoscitiva, los jueces expertos prefieren utilizar sólo algunos de sus elementos, siempre y cuando se disponga de los espacios para trabajar con los pacientes en consulta externa. En este orden de ideas, se debe mencionar la intervención propuesta por Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa (2005), quienes emplearon la intervención cognitivo-conductual en una

aproximación de corta duración. Entre otras actividades, se debían registrar las cogniciones disfuncionales y modificar los conceptos o creencias distorsionadas; esta intervención dio como resultado el control en los niveles de glucosa, la práctica de actividad física, la reducción de conductas de riesgo, la modificación de los estilos de afrontamiento, la disminución de la depresión y la regulación de la ansiedad.

Por otro lado, dos de los jueces expertos consideran que es relevante identificar el tipo de afrontamiento que tienen los pacientes, para trabajar sobre los esquemas cognoscitivos que impiden el autocuidado. Dos de los pacientes coinciden en este punto: ellos muestran un estilo de afrontamiento evitativo; prefieren no prestarle atención a la diabetes y seguir con su vida, como si no padecieran esta enfermedad.

En este punto, cabe anotar que los hallazgos arrojados por algunos estudios demuestran que el tipo de afrontamiento puede estar relacionado con dificultades de autocontrol, falsas creencias acerca de la enfermedad, distorsiones cognoscitivas y miedo de dar a conocer el diagnóstico (Smari y Valtýsdóttir, 1996; Jayne y Rankin, 2001). De esta manera, las estrategias de afrontamiento y la psicoeducación se asocian con el tipo de manejo en la DM2, ya que empoderan al paciente en cuanto al cuidado y el control glicémico (D'Souza, Karkada, Hanrahan, Venkatesaperumal, y Amirtharaj, 2015).

Finalmente, las recomendaciones sobre otros tipos de intervención que surgen de la opinión de los jueces expertos se encuentran orientadas a reconocer el objeto de estudio desde la psicología de la salud, con el fin de que la guía se pueda aplicar dentro del contexto hospitalario. Así mismo, los jueces expertos consideran que se debe disponer de diversas estrategias de intervención para seleccionar la más adecuada, según el caso; además, es importante brindarle al paciente herramientas para sobrellevar la enfermedad y trabajar con la primera reacción emocional del mismo cuando recibe el diagnóstico. Los jueces expertos también coinciden en que se debe favorecer la normalización de la enfermedad, reconocer el impacto de la situación económica sobre la adherencia al tratamiento, incluir la conciencia corporal, así como los procesos de aceptación y compromiso, durante la intervención, y emplear la activación conductual.

Por último, pero no menos importante, los jueces expertos consideran que se debe trabajar individualmente con los pacientes, pero también con la familia, por medio

de grupos de apoyo, e integrar la atención del paciente a un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud (médico especialista, diabetólogo, nutricionista o dietista, enfermera y experto en actividad física, con experiencia en el manejo de ECNT).

Con base en lo expuesto anteriormente, se reconoce la necesidad de conservar la psicoeducación, la reestructuración cognoscitiva y el entrenamiento en autocontrol y relajación como parte del apoyo e intervención psicológica. Sin embargo, también es relevante incluir estrategias para la participación en grupos de apoyo, hacer uso de TIC que respondan a las necesidades de los pacientes e integren a los miembros de la familia; así mismo, se deben evaluar los diferentes tipos de afrontamiento y crear las estrategias para ajustarlos o modificarlos cuando sea necesarios. Por último, es relevante la capacitación en regulación emocional y reconocer el papel de la familia o los cuidadores para la facilitación del manejo de la enfermedad. Específicamente, ellos deben ser parte activa del proceso de salud enfermedad, ya que de esta manera se estaría partiendo del principio de promoción y prevención en salud, como lo demuestra la evidencia empírica y la opinión de los expertos y los pacientes.

American Diabetes Association [ADA] (2013). *Standards of Medical Care in Diabetes*. Recuperado de http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11.full

Asociación Colombiana de Diabetes [ACD] (2004). *La Cartilla de la diabetes*. Bogotá: Panamericana.

Asociación Latinoamericana de Diabetes [ALAD] (2006). *Guías de diagnóstico. Control y tratamiento de la diabetes tipo 2*, 9 (3), 107-110.

Asociación Latinoamericana de Diabetes [ALAD], (2010). *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2*. Recuperado de <http://www.slideshare.net/MOSQUETERO36/guias-alad-2010-consenso-de-diabetes-actualizado>

Aschner, P. (2010). *Epidemiología de la diabetes en Colombia*. Recuperado de <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/26-2-5-sem2.pdf>

Ávila-Jiménez, L., Cerón, D., Ramos-Hernández, R. I. y Velázquez, L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Médica de Chile*, 141 (2), 173-180.

- Bonner, T., Foster, M. y Spears-Lanoix, E. (2016). Type 2 diabetes-related foot care knowledge and foot self-care practice interventions in the United States: a systematic review of the literature. *Diabetic Foot & Ankle*, 7. Recuperado de, <http://diabeticfootandankle.net/index.php/dfa/article/view/29758>
- Brown, S. y Brown, T. (2013). *Value of Mobile Monitoring for Diabetes in Developing Countries*. Recuperado de, <http://dl.acm.org/citation.cfm?doid=2516604.2516614>
- D'Souza, M. S., Karkada, S. N., Hanrahan, N. P., Venkatesaperumal, R., y Amirtharaj, A. (2015). Do Perceptions of Empowerment Affect Glycemic Control and Self-Care Among Adults with Type 2 Diabetes? *Global Journal of Health Science*, 7 (5), 80-90.
- De Groot, M., Doyle, T., Kushnick, M., Shubrook, J., Merrill, J., Rabideau, E. y Schwartz, F. (2012). ¿Can Lifestyle Interventions do More Than Reduce Diabetes Risk? Treating Depression in Adults With Type 2 Diabetes With Exercise and Cognitive Behavioral Therapy. *Current Diabetes Reports*, 12 (2), 157-166.
- Diez, B. (2006). Consideraciones acerca de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24 (1), 13-14.
- Federación Internacional de Diabetes [FID] (2013). *Guía Global para la Diabetes tipo 2*. Recuperado de http://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias_alad_2013?e=3438350/5608514
- Fortmann, A., Gallo, L., Walker, C. y Philis-Tsimikas, A. (2010) Support for disease management, depression, self-care, and clinical indicators among Hispanics with type 2 diabetes in San Diego County, United States of America. *Rev Panaman Salud Pública*. 28 (3) 230-234.
- Gamefski, N., Kraaij, V. y Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30 (8), 1311-1327.
- Gilmer, T., Walker, C. H., Johnson, E., Philis-Tsimikas, A. y Unutzer, J. (2008). Improving Treatment of Depression Among Latinos With Diabetes Using Project Dulce and IMPACT. *Diabetes Care*, 31 (7), 1324-1326.
- Guerra, V., Díaz, A. y Vidal, K. (2010). La Educación como Estrategia para mejorar la Adherencia de los pacientes de la Terapia Dialítica. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (2), 52-62.
- Jayne, R. y Rankin, S. (2001). Application of Leventhal's self-regulation model to Chinese immigrants with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (1), 53-9.
- Kasmeredis, N. C. y Vassilakopoulos, M. G. (2015). A Diet-Guide Mobile Application for Diabetes Mellitus Management. En N. N. Karanikolas, D. Akoumianakis, M. Nikolaidou, D. Vergados y M. Xenos. (Eds.), *PCI '15 Proceedings of the 19th Panbellenic Conference on Informatics* (377-381). New York: ACM Publications.
- Kattah, W. (2004). Sobrepeso y obesidad: la epidemia más grande del siglo XXI. *Diabetes, control y prevención*, 5 (3) 2-14.
- Koloverou, E., Tentolouris, N., Bakoula, C., Darviri C. y Chrousos G. (2014). Implementation of a stress management program in outpatients with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Hormones*, 13 (4) 509-518.
- Kroese, F. M., Adriaanse, M. A. y Ridder, D. T. (2013). Are Self-Management Interventions Suitable for All? Comparing Obese Versus Nonobese Type 2 Diabetes Patients. *Health Education and Behavior*, 40 (5), 552-558.
- Lara, A., Aroch, A., Jiménez, R., Arceo, M. y Velázquez, O. (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para la diabetes e hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*, 74 (4) 330-336.
- Mabel, G., Chaparro, L., Barrera, L., Pinto, N. y Sánchez, B. (2011). El blog como herramienta de soporte social para personas con enfermedad crónica. *Ciencia y Enfermería*, 17 (3), 137-149
- McGinnis, R., McGrady, A., Cox, S. y Grower-Dowling, K. (2005). Biofeedback-Assisted Relaxation in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 28 (9), 2145-2149.
- Méndez, F. X. y Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología*, 10 (2), 189-198.
- Méndez, L. (2004). Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42 (4), 281 -284.
- Ministerio de la Protección Social [MPS] (2007) Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en salud pública. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO20DOS.pdf>
- Ministerio de la Protección Social [MPS] (2009). Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Namakforoosh, M. (2005). Metodología de la investigación. México: Limusa

- Nguyen, H. D., Jiang, X. y Choon, D. C. (2015). Designing a Social Mobile Platform for Diabetes Self-management: A Theory-Driven Perspective. *Social Computing and Social Media*, 9182, 67-77.
- Nobis, S., Lehr, D., Ebert, D., Baumeister, H., Snoek, F., Riper, H. y Berking, M. (2015). Efficacy of a Web-Based Intervention With Mobile Phone Support in Treating Depressive Symptoms in Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care*, 38 (5), 776-783.
- Olvera, R., Fisher-Hoch, S., Williamson, D., Vatcheva, K. y McCormick, J. (2016). Depression in Mexican Americans with diagnosed and undiagnosed diabetes. *Psychological Medicine*, 46 (3), 637-646.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Informe Mundial Sobre la Diabetes Resumen de Orientación*. Recuperado de, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1
- Orozco, A. y Sánchez, L. (2014). Guía de intervención psicológica en pacientes con Diabetes mellitus Tipo 2 en el ámbito Hospitalario. [En prensa]
- Pan American Health Organization (2009). *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2*. Recuperado de, http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16938&Itemid=.
- Penn, L., Dombrowski, S. U., Snihotta F. F. y White M. (2013). Participants' perspectives on making and maintaining behavioural changes in a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention: a qualitative study using the theory domain framework. *BMJ Open*, 3 (6). Recuperado de <http://bmjopen.bmj.com/content/3/6/e002949.full.pdf+html>.
- Pinto, R. (2012). *Percepción de la calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una institución prestadora de servicios de salud en Barranquilla*. [Trabajo de grado] Facultad de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Riveros, A., Cortázar-Palapa, J., Alcázar, F. y Sánchez-Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 445-462.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999) Metodología de la Investigación Cualitativa. Ed. Algibe: España
- Rojas, A. (2016). Ética y ejercicio de la Psicología en Colombia. Colegio Colombiano de Psicólogos. Recuperado de https://issuu.com/colpsic/docs/_tica_y_ejercicio_de_la_psicolog_/1?e=18058890/35050138
- Rubin, R. R., Ciechanowski, P., Egede, L. E., Lin, E. H. y Lustman, P. J. (2004). Recognizing and Treating Depression in Patients with Diabetes. *Current Diabetes Reports*, 4 (2), 119-125.
- Rustad, J. K., Musselman, D. L. y Nemeroff, C. B. (2011). The relationship of depression and diabetes: pathophysiological and treatment implications. *Psychoneuroendocrinology*, 36 (9), 1276-1286.
- Scholze, A. (2005). *Angst vor Insulintherapie bei Typ-2-Diabetikern*. [Trabajo de grado]. Facultad de educación, filosofía y psicología. Bamberg: Otto-Friedrich-Universität.
- Shih-Hao, C. y Chih-Ning, L. (2015). A Cloud Based Type-2 Diabetes Mellitus Lifestyle Self-Management System. *Trends and Applications in Knowledge Discovery and Data Mining*, 9441, 91-103.
- Silva, D., Marín, M. A. y Mubayed, J. E. (2012). *Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus: Un Modelo de Ruta*. [Trabajo de Grado]. Decanato Experimental de Humanidades y Artes. Barquisimeto: Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado.
- Snoek, F. y Skinner, C. (2005). *Psychology in Diabetes Care*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Smari, J. y Valtýsdóttir, H. (1996). Dispositional coping, psychological distress and disease-control in diabetes. *Person. Individ. Diff.* 22 (2), 151-15.
- Surwit, R. S., Van Tilburg, M. A., Zucker, N., McCaskill, C. C., Parekh, P., Feinglos, M. N., Edwards C. L., Williams P., y Lane, J. D. (2002). Stress management improves long term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25 (1), 30-34.
- Trento, M., Passera, P., Borgo, E., Tomalino, M., Bajardi, M., Cavallo, F. y Porta, M. (2004). A 5-Year Randomized Controlled Study of Learning, Problem Solving Ability, and Quality of Life Modifications in People With Type 2 Diabetes Managed by Group Care. *Diabetes Care*, 27 (3) 670-675.
- Van-Bastelar, K. M., Pouwer, F., Cuijpers, P., Riper, H. y Snoek, F. J. (2011). Web-Based Depression Treatment for Type 1 and Type 2 Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 34 (2), 320-325.