

FALLA DE ORIGEN

24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**" ESTUDIO EXPLORATORIO DE DOS CASOS PARA
EL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DE LA
DIABETES MELLITUS, CON TRES GRUPOS:
RELAJACION, PSEUDOTRATAMIENTO Y
LISTA DE ESPERA "**

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRESENTA
OLGA AGUILAR PEREZ**

MEXICO, D.F.

1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"LOS IDEALES SON COMO LAS ESTRELLAS,
NUNCA LAS PODEMOS TOCAR CON LAS MANOS;
PERO AL IGUAL QUE LOS MARINOS EN ALTA MAR,
LAS TENEMOS COMO NUESTRA GUIA Y, SIGUIENDOLAS
LLEGAMOS A NUESTRO DESTINO"

Carl Schurz.

Este trabajo se ha realizado gracias a la valiosa participación de:

Los cinco diabéticos que colaboraron gustosamente como sujetos de estudio; el Centro Nacional de Información y Documentación en Salud (CENIDS); el Centro de Cómputo y Estadística del Hospital General; FES Zaragoza; Q.F.B. Martha Sánchez, responsable del Laboratorio de Analisis Clínicos de la FES Zaragoza; Q.F.B. Ulises Zamora M.; Actuaría Elba Aguilar P., Jefa del Departamento de Analisis Estadístico de la Dir. General de Planificación Familiar de la S.S.A.; Biol. Norma Aguilar P., Jefa del Area de Control de Fauna Nociva del D.D.F.; M. en C. Alfonso Correa R.; Fernando y sobre todo:

mi asesora, amiga y guía en mi desarrollo profesional y personal, Lic. Patricia Palacios C., testigo de errores y aciertos en el curso de este trabajo; a quien agradezco su paciencia y apoyo desinteresado. A ella todos mi amor, agradecimiento y admiración.

Con admiración a los rebeldes
que siempre han luchado por lograr
sus más caros anhelos, con profundo
respeto por sus semejantes.

A DIOS quien ha hecho posible el
milagro de la vida.

A mi papá y mamá, con mucho amor y
gratitud, por los años de dedicación,
amor y buen ejemplo.

A mis queridas hermanas: Norma, Elba,
Elsa, Lúlú y Sonia, por su apoyo y
amor incondicional.

A tí Ulises compañero de mi vida, de
sueños y desaciertos, que haces el
prodigio de que el amor germine y
florezca y por ende yo viva y sea.

A mi hija Cyntia que ha llenado de
alegría mi corazón y de bendiciones
mi vida.

A mis sobrinos, a mi tía tata y a
mi abuelita; con mucho cariño.

A mi otra familia, por su amor.

A todos mis profesores, por sus
enseñanzas.

A TODOS MIS AMIGOS.

A la U.N.A.M. por la constante
formación de profesionistas.

A todos los diabéticos.

La pena que no se desahoga en lagrimas
puede hacer llorar a otros órganos.

Henry Maudsley.

Es justamente aquello, que se tiene
por evidente lo que más necesita
cuestionarse... No te dejes hipnotizar
por soluciones tradicionales.

Piet Hein.

INDICE

Página

RESUMEN.....	
INTRODUCCION.....	
CAPITULO I. UN NUEVO CAMPO DE APLICACION DE LA PSICOLOGIA.....	6
La Psicología de la Salud.....	6
Aportaciones a la Psicología de la Salud.....	10
Salud-Enfermedad.....	12
Enfermedad Funcional vs. Enfermedad Estructural.....	15
CAPITULO II. LA DIABETES MELLITUS.....	18
Definición.....	18
Clasificación.....	18
a) La Diabetes Mellitus Tipo I.....	19
b) La Diabetes Mellitus Tipo II.....	21
El Diagnóstico.....	21
Fisiopatología.....	24
Datos Epidemiológicos de la Diabetes.....	28
Complicaciones.....	33
Factores de Riesgo.....	36
CAPITULO III. ESTRES Y DIABETES.....	40
Estrés.....	40
Transtornos Psicósomáticos.....	50

CAPITULO IV. TRATAMIENTOS PARA LA DIABETES.....	61
Control Y Autocontrol.....	61
Tratamiento Actual para la Diabetes.....	63
Aproximaciones no Farmacológicas.....	70
Precauciones.....	82
Mecanismo Fisiológico de la Relajación en la Diabetes.....	83
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	87
CAPITULO V. METODO.....	89
Sujetos.....	89
Definición de Instrumentos y Personal.....	90
Espacio.....	90
Diseño.....	90
Variables.....	91
Procedimiento.....	100
CAPITULO VI. RESULTADOS.....	112
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	211
BIBLIOGRAFIA.....	229
ANEXOS.....	243

**ESTUDIO EXPLORATORIO DE DOS CASOS PARA EL TRATAMIENTO NO
FARMACOLOGICO DE LA DIABETES MELLITUS, CON TRES GRUPOS:
RELAJACION, PSEUDOTRATAMIENTO Y LISTA DE ESPERA.**

Olga Aguilar Pérez

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

U. N. A. M.

Asesora Lic. Patricia Palacios Castañón

R E S U M E N

Con el fin de probar la efectividad de la práctica de la relajación en pacientes diabéticos mexicanos, así como evaluar los cambios psicofisiológicos después de dicho tratamiento en éstos, se aplicó un diseño experimental de 3 grupos: A-B, a 5 sujetos asignados a la muestra a través de un muestreo no probabilístico intencional, mientras que la asignación de los sujetos a los grupos y éstos a cada condición experimental se realizó de manera aleatoria. En donde los grupos formados fueron de relajación, pseudotratamiento y lista de espera o control. Se realizó una evaluación psicofisiológica (diversas pruebas psicológicas, glucosa en sangre y hemoglobina glicatada) pre y post-test. Los resultados sugieren que la relajación es efectiva para reducir los niveles de glucosa en sangre y hemoglobina glicatada del diabético; así como también se encuentran similitudes entre los sujetos y modificación en algunas variables psicológicas. Sin embargo los resultados no son concluyentes ya que el estudio es piloto, pionero en el medio mexicano. Se sugiere un tratamiento integral-multidisciplinario y diversas líneas de investigación.

Descriptores: Diabetes Mellitus, relajación, estrés.

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo surge por la preocupación respecto a la Diabetes Mellitus (D.M.) como un trastorno de importancia creciente a nivel mundial, tanto en los países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo, incluyendo a México; ya sea midiendo su importancia a través de la incidencia, prevalencia o mortalidad.

En los países en vías de desarrollo y fundamentalmente en las Naciones del Continente Americano, la diabetes constituye un problema creciente de salud. La mortalidad por esta enfermedad al igual que otras enfermedades crónico-degenerativas, contribuye progresivamente con una mayor proporción a la mortalidad general (Litvak J. et al., 1987 citado por Vázquez, et al., 1990). En la década de 1970-1980 la proporción de muertes por enfermedades no transmisibles (incluida la diabetes), tuvo un incremento de 11% en los países del Cono Sur, del 21% en el Caribe, 56% en América Central, Panamá y México y del 105% en los países de la zona Tropical de América del Sur. (Vázquez R. et al., 1990).

Aunque la información de los países en vías de desarrollo sobre las características de las personas, la enfermedad y su manejo suelen ser escasos (Nelson, et al., 1988 citado por Vázquez R. et al., 1990), a nivel general se conoce que hay un aumento en su prevalencia y que ocupa los primeros lugares como causa de muerte (Mella F., et al. 1983 citado por García de Alba et al., 1989).

En México la investigación epidemiológica no ha sido concluyente y probablemente subestima la magnitud del problema (Rodríguez, J.S. et al 1989).

La literatura reporta que en México la D.M. se ubicó por primera vez dentro de las 10 primeras causas de mortalidad de 1978, y para el grupo de edad de 55 a 64 años es la primera causa de mortalidad (Gonzalez C. et al., 1988 citado por Vázquez

R. et al., 1990). Aunque se carece de suficiente información reciente y completa respecto a la incidencia y prevalencia (Chavez, et al., 1963 citado por Vázquez R. et al., 1990), se sabe que arriba de los 35 años la diabetes ocupa uno de los primeros lugares de mortalidad en todos los grupos de edad (Vázquez R. et al., 1990).

De lo anterior resulta necesario el desarrollo de investigación tendiente no sólo a conocer la magnitud actual de la D.M. en México, sino también factores de riesgo para el desarrollo de la misma; así como investigación en el manejo y control de la enfermedad; ya que el gasto actual en su manejo y control es elevado y seguramente en el futuro se incrementará (Krosniak, A., 1988 citado por Vázquez, R. et al., 1990).

Considerando lo anterior, en el presente trabajo se pretende abordar el estudio de la D.M. desde un punto de vista psicosomático; en el cual el estrés como factor de riesgo se considera que juega un papel de gran importancia y donde las técnicas conductuales pueden inducir cambios en la fisiología y conducta de la enfermedad.

Resultando así interesante explorar los efectos que la conducta humana puede ejercer en el control del metabolismo y poder aplicar técnicas conductuales en el tratamiento de la diabetes. Por ello la preocupación de encontrar de qué manera la diabetes se encuentra influenciada por la conducta del individuo, y proporcionar elementos de abordaje terapéuticos adecuados.

Conducta y diabetes son elementos clave para comprender la dirección de esta investigación. La cual se encamina básicamente a explorar algunos de los procesos psicofisiológicos implicados en diabeticos mexicanos recibiendo tratamiento de relajación, así como determinar la contribución que tiene esta técnica psicoterapéutica en estos pacientes.

La relajación se ha empleado en una gran variedad de enfermedades mediadas autonómicamente como son cefaleas e hipertensión, por ejemplo (Jacobson 1983, Tharcher, et al., 1979, Blanchard, 1978, entre otros). Al parecer la relajación implica

una reducción en la actividad simpática y adreno-cortical. Pudiendo así tener efectos adversos al estrés y el paciente diabético, específicamente, puede ejercer un control metabólico (Shapiro y Surwit 1976, 1979). De modo que la relajación puede tener buenos resultados en cualquier tipo de diabetes (Flower, Budzinsky y Vanderbergh 1976). También se ha utilizado la relajación asistida con RAB/EMG, encontrando resultados positivos para este tipo de pacientes (Surwit 1983).

Sin embargo este tipo de estudios con diabéticos, no se han realizado en México y por ello la inquietud de explorar los efectos de la relajación en algunos procesos psicofisiológicos en población mexicana. De tal modo que en el presente estudio se consideran variables psicofisiológicas, las cuales estarán en condiciones de dar mayor luz al conocimiento del paciente diabético sometido a un tratamiento de relajación; así como también encontrar la efectividad de esta técnica para estos pacientes.

Para efecto de este trabajo se han considerado variables psicológicas, las cuales han sido evaluadas en cada uno de los sujetos participantes en el estudio, así como variables fisiológicas (glucosa en sangre y hemoglobina glicatada). Trabajando con tres grupos de pacientes diabéticos (de relajación, pseudotratamiento y control). Cabe mencionar, por otro lado, que este estudio se ha planteado dentro del área de la Psicología de la Salud con un enfoque experimental, siendo exploratorio, pionero en el medio mexicano, por tanto los conocimientos que de éste se desprenden deben ser tomados con cautela, más no desdeñados, ya que se pueden abrir nuevas áreas de investigación y de corroboración de datos.

Por último cabe destacar la importancia de modelos multifactoriales y multidisciplinarios, con estudios integrales en los que se de importancia a las variables psicológicas y al desarrollo de estrategias preventivas .

Este trabajo esta integrado por cuatro apartados básicos; el primero de éstos se divide en 4 capítulos que proporcionan el fundamento teórico de este trabajo y permite ubicar teorica-

mente la investigación, conllevando a los problemas teóricos metodológicos dentro de este tipo de estudios y de ahí a los problemas y objetivos que fundamentan la investigación, de la cual se describe el método en el segundo apartado. En los apartados tercero y cuarto se proporcionan finalmente los resultados, análisis y conclusiones.

También se proporciona una extensa y vasta bibliografía que podría ser de utilidad al lector interesado en este tipo de estudios y desee ampliar su información.

MARCO TEORICO

CAPITULO I. UN NUEVO CAMPO DE APLICACION DE LA PSICOLOGIA.

La Psicología de la Salud

El área de la psicología de la salud, da al psicólogo un nuevo campo de acción. En nuestro país, la psicología en el campo de la salud es relativamente incipiente, ya que hasta hace algunos años y aún actualmente el psicólogo que trabaja en el sector salud se encuentra en la realización de programas educativos y de información a la población; selección de personal o impartiendo cursos de relaciones humanas dentro del personal paramédico y administrativo, aún como "ayudantes" de terapia y psicómetras en el área de la salud mental junto al psiquiatra (éste como profesional titular de la misma).

En nuestro país, pequeños grupos de psicólogos se han interesado por los aspectos psicológicos y conductuales que subyacen a la salud y a la enfermedad.

Cabe señalar al respecto las propuestas respectivas de Matarazzo (1980) y de Schwartz y Weiss (1978), respecto a la "Psicología de la Salud" y la "Medicina Comportamental". (Citado por Bayes R., 1987).

La "Psicología de la Salud" es un conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina psicológica, a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y de diagnóstico de la salud, la enfermedad y la disfunción correspondiente y al análisis y mejoría del sistema sanitario y elaboración de una política de salud.

En tanto que la "Medicina Comportamental", es el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento científico y de las técnicas procedentes, tanto del ámbito comportamental como del biomédico, relacionados con la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas

técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Dado lo anterior, resulta un tanto difícil establecer una diferencia entre ambos ámbitos, ya que al parecer la diferencia es más implícita que explícita y se podría decir que en teoría sí hay diferencias, mientras que en la práctica coinciden en varios puntos. Así, como se puede apreciar, se podría decir que la Psicología de la Salud incide más en el educar, planteando propósitos y metas para mejorar la salud. Son aportaciones que hace la psicología, básicamente, a un campo interdisciplinario del cual se ocupa la Medicina Comportamental. De modo que ésta última es más particular hacia conductas y hábitos que pueden ser patógenos, integrando conocimientos y técnicas de varias ciencias, principalmente comportamentales y biomédicas.

Sin embargo, y quizá lo más importante aquí, es mencionar que éstas coinciden en varios puntos que son de vital importancia, como son el que ambas se ocupan del estudio de la salud y la enfermedad, con énfasis en aspectos comportamentales; y ambas coinciden en la importancia de dar un giro al modelo médico tradicional, en donde el enfermo debe adoptar una postura desvalida y pasiva frente al médico quien representa la "autoridad"; de modo que se intenta dejar de lado el énfasis biologicista y la práctica individual para dar paso a una actividad profesional interdisciplinaria orientada hacia el estudio integral del hombre y de los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad; haciendo hincapié en que el estado psicológico de una persona guarda estrecha relación con su estado orgánico y físico. Lo anterior implica una integración plena del psicólogo al equipo de salud como agente activo de cambio.

Respecto a la interdisciplinariedad de la que se ha hecho mención, es importante que no se entienda como una suma de conocimientos de las ciencias comportamentales y biomédicas, sino como un intento de integración de conocimientos que expliquen adecuadamente las interrelaciones conducta-biología-ambiente propias del ser humano.

No obstante, y desgraciadamente esto es más un propósito que

una realidad, pues aún no se cuenta con paradigmas monolíticos o que sean integrales, y que puedan explicar el puente entre lo biológico y lo psicológico.

Si bien se está trabajando en ello, la realidad es que aún falta mucho por hacer y los importantes conocimientos que ahora se tienen son apenas el comienzo; el estado de las cosas se encuentra en una fase empírica aún lejos de un paradigma interdisciplinario, pero esto es un primer escalón a un trabajo integral y a una mejor comprensión de la prevención, tratamiento y rehabilitación; con el objeto de encontrar los mecanismos por los cuales los psicólogos actúan, y esto resulta alentador para el desarrollo de un modelo teórico-conductual, en donde además el paciente asuma su responsabilidad como cuidador de su propia salud.

Así, el presente trabajo intenta abrir un campo de discusión para contribuir en el avance de esta búsqueda que pretende explicar o encontrar este punto de contacto entre lo biológico y lo psicológico; convirtiendo en este caso a la diabetes como objeto de estudio de la Psicología de la Salud.

Por otro lado y en relación a lo anteriormente expuesto, en 1974 el Gobierno Canadiense publicó un documento: "A New perspective on the health of Canadians" (Shapiro D., 1988); en el cual se expresa que el estilo de vida y los factores ambientales deben recibir importancia en el campo de la salud, y que el enfocar todos los recursos del cuidado de la salud en la medicina convencional resulta contraproducente.

Al igual, el Centro de Control de Enfermedades del Sistema de Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos ha estimado que del 50 % de mortalidad de las 10 principales causas de muerte en ese país, tiene su origen en hábitos y conductas que dañan la salud. Entre las cuales se incluyen el uso y abuso del tabaco, alcohol, píldoras para dormir, tranquilizantes, anfetaminas, cafeína, reacciones emocionales extremas ante el estrés social y ambiental, la obesidad, el consumo excesivo de calorías, mala nutrición, falta de ejercicio físico, pautas de comportamiento que aumentan el riesgo a enfermedades cardíacas, etc.

La Psicología de la Salud hace énfasis especial en el estilo de vida y en las pautas de conducta en relación a la etiología y la patogénesis de la enfermedad, y sobre todo porque es posible ofrecer a la población estilos de vida que prevengan la enfermedad, mantengan y promuevan la buena salud y un mejor desarrollo de las capacidades físicas y mentales; y la utilización de enfoques comportamentales para el tratamiento y la rehabilitación. (Shapiro, 1979).

Son varios los aspectos que han fomentado el desarrollo y crecimiento de ésta área, entre los cuales están:

1. Un aumento en los costos sanitarios y de salud; dado que la atención a la salud se basa sobre todo en la prevención secundaria y no en la prevención primaria.
2. La incapacidad de la medicina para hacer frente a problemas cuya etiología básica se encuentra en aspectos de tipo conductual y ambiental.
3. Aproximadamente el 20 % de las personas que toman medicamentos presentan algún tipo de efecto colateral o de reacción adversa, así la Psicología de la Salud intenta disminuir al mínimo necesario las intervenciones medicamentosas. En muchas ocasiones se puede sustituir el medicamento, en otras, se hace más segura su aplicación.
4. El papel pasivo que en la medicina tradicional occidental se ha asignado al paciente, es lo que lo ha alejado de su participación activa e importante dentro del proceso terapéutico e incluso, para la prevención de la aparición del transtorno. (Bayes R., 1985).

Aún a riesgo de disgustar a determinados grupos de profesionales, con el fin de preservar la salud del país resulta más importante la prevención que el tratamiento de la enfermedad.

Aportaciones a la Psicología de la Salud

La relación mente-cuerpo fué expresada por Hipócrates hace cientos de años, él en repetidas ocasiones habló de la influencia del cuerpo sobre la parte anímica y la del alma sobre el cuerpo; también Galeno al respecto expresó que el 60 % de sus pacientes tenían síntomas de origen emocional más que físico, cifra que es similar a la estimación actual (60-80 %), (Shapiro, 1978 citado por Bayes R., 1985).

A partir del Renacimiento se considera a la mente y el cuerpo como elementos independientes, lo cual se expresó con el dualismo de Descartes y en la práctica se traduce, con los positivistas en la segunda mitad del siglo XIX, en donde el progreso de la medicina se confía en el laboratorio biomédico.

De hecho, el planteamiento de la relación entre lo psicológico por una parte y lo fisiológico por otra, es reciente. Formulándose básicamente tres líneas de acción con enfoques diferentes cada una.

La primera de estas aproximaciones es el enfoque psicoanalítico, el cual comienza a surgir a mediados de la década de los treinta. Según esta escuela, los conflictos inconscientes sin resolver son los responsables de diversos trastornos orgánicos e incluso, de posibilidad de encontrar tipos específicos de personalidad para algunos de los trastornos como son: úlcera gastrointestinal, asma bronquial, hipertensión arterial, cefaleas, diabetes, etc. (Bayes R., 1985).

Gracias a esta escuela psicoanalítica se difunde la medicina psicosomática, donde el término psicosomático alcanza autonomía respecto a la teoría que lo sustentaba, pasando a designar a todos aquellos trastornos orgánicos cuya etiología puede atribuirse a causas psicosociales, con independencia del marco conceptual con que los mismos se contemplan.

Otro es el enfoque de la fisiología experimental, el cual ha puesto énfasis en los efectos de las emociones sobre el organismo. Enfoque que ha alcanzado su pleno valor y trascendencia con los trabajos de Brady (1985), Cannon (1932), Seyle (1936) y Wolf

(1964), sobre el fenómeno del estrés. Cuando un estímulo es percibido como amenazador para el individuo -independiente de que sea o no intrínsecamente peligroso- se produce una respuesta fisiológica al estrés; ésta varía en función de los factores psicológicos aprendidos, la cual se concreta básicamente en tres sistemas:

- a) eje hipofisopararrenal, dando lugar a la producción de corticosteroides, los cuales intervienen en los mecanismos inmunitarios y el metabolismo, y
- b) el Sistema Nervioso Vegetativo que produce la secreción de adrenalina y noradrenalina.

De hecho, la respuesta fisiológica de estrés supone la modificación bioquímica de todo el organismo. Miller (1980) da por verificados los efectos del estrés sobre los sistemas cardiovascular, inmunitario y gastrointestinal.

No hay duda de que tales cambios poseen un sentido adaptativo, y que también hay ciertas circunstancias -cuya frecuencia aumenta en las sociedades industrializadas- que pueden originar, facilitar o potenciar un trastorno o enfermedad; o dificultar y lentificar el proceso de curación. (Bayes R., 1985).

Por último, tenemos el enfoque de la escuela rusa; el corticovisceral, del cual encontramos antecedentes con Sechenov y Pavlov, y con Bykov como su máximo exponente. Este enfoque tiene mucho en común con el anterior; postula que la interacción del medio externo con el medio interno obedecen a leyes del condicionamiento.

Miller (1969) planteaba la posibilidad del condicionamiento visceral operante en ratas curarizadas. Al parecer, este enfoque es el que más ha influido en la Psicología de la Salud pues a partir de estos estudios sobre condicionamiento surge la técnica de la biorretroalimentación, siendo ésta una parte importante en la Psicología de la Salud, de manera que en gran medida la Psicología de la Salud consiste en la aplicación de los descubrimientos de la

psicología del aprendizaje al área de la salud. (Bayes R., 1985).

Otras áreas que han demostrado la importancia de los factores ambientales en el desarrollo, control y consecuencias de los trastornos y que han tenido alguna influencia en la Psicología de la Salud, son la sociología, la epidemiología y la antropología médica entre otras.

Salud-Enfermedad

El hombre a través de la historia ha tratado de dar alguna explicación y sobre todo saber cómo erradicar la enfermedad.

En sociedades primitivas el concepto de salud se veía de una manera mítica, donde el no tener salud se consideraba como una consecuencia de haber realizado algún hecho pecaminoso, y la enfermedad se aceptaba como un castigo y como un medio para expiar culpas. Sin lugar a dudas, este concepto fué evolucionando al ritmo de la sociedad misma; de tal modo que posteriormente se contemplaba la posibilidad de curar la enfermedad y así se inició el proceso de lucha contra la enfermedad.

Las conceptualizaciones de salud-enfermedad suelen cambiar con los autores, las comunidades y las épocas. Incluso, ante una misma afección, individuos poseedores de características sociales diferentes no se ponen todos enfermos, ni todos ellos reclaman cuidados médicos.

Bayes R., (1985), señala que la enfermedad se puede definir de tres maneras distintas:

- * como un estado físico del cuerpo,
- * como una interpretación del médico, o
- * como un estado particular de consciencia del enfermo.

Así, vemos que el concepto de enfermedad es ambiguo, pues podríamos llamar enfermo a todo aquel que acude al médico o a aquel que éste califique como tal; independientemente de los aspectos

biológicos que puedan observarse en el organismo del paciente y de los tratamientos que le sean administrados. De modo que, se podría aplicar criterio médico a cualquier problema humano.

Salud y enfermedad son dos conceptos que parecen difíciles de definir, pues mucho tienen de sentido común. Ya que salud se relaciona, por lo general, con una apreciación subjetiva de bienestar que se ajusta a las actividades normales del individuo. Y a la enfermedad se le asocia con una sensación de malestar, incapacidad o sufrimiento que impide realizar al individuo sus actividades de manera habitual. Con una definición de este tipo, pocas esperanzas se pueden tener de poder llegar a un estudio científico del fenómeno de salud-enfermedad.

Por otro lado, la O.M.S. ha definido a la salud como:

"Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades (O.M.S., 1985)".

Aunque esta definición es muy usada, hay que reconocer que no es útil científicamente y carece de operatividad. Primeramente, no se da a la salud su categoría de fenómeno social e histórico; el concepto de salud, a menos que se defina de manera operacional, podremos saber en que momento nos acercamos a él y por otro lado esto mismo trae como consecuencia el tender a dar mayor importancia a la enfermedad que a la salud; pues es más fácil medir la incapacidad, el daño y/o la muerte. De manera que la salud, como tal, se debe de ver como independiente, por sí misma, y no como la ausencia de enfermedad; el tender a ella llevaría a crear conciencia de problemas sociales y a interrogarse cada quien sobre su propio estado de salud.

Es conveniente abordar el fenómeno de salud como el proceso de salud-enfermedad; que se manifiesta de manera continua, permanente y dinámica, como consecuencia de cuatro elementos inherentes al mismo:

a) Biológico

- b) Psicosociales: (forma de relación del individuo con otros y con su medio ambiente) y
- c) Culturales: (aspectos que influyen en el nivel de vida del individuo). (Torres F., et al., 1986).

El fenómeno de salud-enfermedad, así como la interpretación que hacemos de él y la manera de cómo lo enfrentamos, evoluciona al paso de la sociedad; y además está determinado en gran medida por las condiciones socioeconómicas y culturales que rodean al individuo. Así, es como los niveles de salud de X individuo o población están determinados por la dinámica social que condiciona el tipo de estructura socioeconómica.

Luego, el intentar definir la enfermedad en términos puramente biológicos implica limitar su carácter histórico y social que tiene. Esto podría ser válido, pues permite generar cierto tipo de conocimiento, pero los problemas teóricos surgen al interpretar el alcance y la aplicación del conocimiento así generado.

Pero parece que la sociedad identifica como causas fundamentales de enfermedad aquellas que tienen la menor relación posible con la estructura social y que pueden ser atacadas sin cambiar ésta. Así, por ejemplo, el atacar la desnutrición es mucho más complejo que manejar el virus del sarampión.

Por todo lo anterior, para abordar científicamente el concepto salud-enfermedad es importante entenderlo como un fenómeno no-estático, sino más bien dinámico, dentro de un continuo. En donde su carácter histórico-social modifica de vez en vez la manera de conceptualizarlo y percibirlo, e incluso de enfrentarlo. Debe tenerse en cuenta que es también un fenómeno multidimensional ya que se ven involucrados aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales e históricos; los cuales interactúan y condicionan la manera de concebirlo y enfrentarlo.

En el quehacer científico es posible abordar el proceso salud-enfermedad desde una o más de sus dimensiones. Sin embargo, muy frecuentemente esto puede verse limitado por varios factores como son recursos, tiempo, objetivos, etc.

En el presente trabajo no se abordan aspectos histórico-sociales o culturales, que sin lugar a duda influyen en la manera en que se manifiesta la diabetes, junto con los aspectos biológicos y psicológicos; los cuales de alguna forma sí se han considerado en este reporte.

Enfermedad Funcional vs. Enfermedad Estructural

Se parte de la premisa siguiente: "la persona que acude a un profesional médico tiene algún tipo de problema que subjetivamente identifica, teme o desea que se le catalogue como enfermedad". (Bayes R., 1985).

A los médicos, como profesionales dedicados a la salud, se les ha adjudicado un papel dentro de la sociedad que los coloca como responsables de todo asunto que se relacione con la salud. Por lo tanto, la población en su gran mayoría les exige acciones para las cuales muchas veces no están preparados profesionalmente.

Por otro lado, el suponer que las personas que acuden al médico la mayoría pertenecen al grupo de enfermos funcionales y por lo tanto deberían ser atendidos por personal no-médico y sí por el profesional "adecuado", puede conducir a caer nuevamente en este tipo de acciones que aunque en un plano diferente contribuyen a fragmentar el conocimiento necesario que pueda ayudar en el desarrollo de paradigmas integrales. De modo que, finalmente el etiquetar a las personas como enfermos funcionales o estructurales, resulta teórica y prácticamente poco útil. Ya que esto no cambiaría aquella tradición médica, pues aunque ahora no se adjudicaría al médico a todas aquellas personas a quienes se les pueda llamar "enfermos"; si se intentaría hacer una división de campos donde el médico y el psicólogo trabajarían de manera independiente con casos que supuestamente les corresponderían.

Cabe mencionar que aquellas enfermedades llamadas "estructurales", que ya están bien establecidas claramente identificables; pudieron haberse instalado paulatinamente como

resultado de un proceso de gran evolución que originalmente fue "funcional". Esto invita a reflexionar sobre la facilidad con que un proceso patológico puede verse afectado fácilmente por factores de tipo psicógenos, tanto en su inicio como en su evolución. Cabe mencionar que a lo largo de todo proceso patológico siempre se hallarán factores de índole psicológica y orgánica que se correlacionan para expresarse finalmente en el sujeto como un desequilibrio tanto físico como psicológico, tal vez uno en mayor medida que otro, pero ambos presentes; sin embargo, sólo aquel que tiene mayor impacto en el sujeto se insiste en diferenciar como enfermedad "funcional o estructural", a pesar de que el organismo total está en desequilibrio.

El hacer tal distinción invita a cuestionar a los profesionales de la salud primeramente respecto a si contemplan la necesidad de canalizar de manera oportuna aquellos casos funcionales psicógenos y por otro el contemplar la posibilidad de incluir al psicólogo dentro de sus equipos de trabajo. Indudablemente la segunda opción parecería la más adecuada, pues contribuiría a desarrollar trabajo interdisciplinario e integral; mientras que la primera aunque parece crear conciencia respecto a que no todo lo que se relacione con la salud es de competencia única del médico, si continúa con este tipo de pensamiento, en que como ya se dijo ayuda a fragmentar el conocimiento humano, limitando las posibilidades de una integración teórica y práctica a través del trabajo interdisciplinario.

Entonces, estamos en un punto en que la acción de médicos, psicólogos y todos aquellos profesionales de la salud se encamine y esfuerece por romper esta dualidad que sólo aleja de trabajos integrales.

Si bien es cierto que en la realidad esto no es un hecho, es necesario tener presente que esto ayudaría a tener una comprensión mayor de la historia natural de cada trastorno y de sus niveles de atención. Definitivamente esto sería un primer paso a la realización de trabajos interdisciplinarios, sin embargo, hay que reconocer que aún estaríamos lejos de la construcción de un paradigma interdisciplinario, en donde las ciencias biomédicas y

comportamentales se esfuercen por desarrollar enfoques comprensivos biocomportamentales a la salud y la enfermedad, ayuden a conservar un adecuado nivel de vida de la población e incrementen la participación activa de los pacientes en el proceso curador. Buscando comprender mecanismos bioquímicos y fisiológicos que afectan el comportamiento o viceversa.

Para ello es importante emprender acciones desde el aula escolar; modificando los planes de estudio de las carreras de medicina y psicología basicamente. Donde se aborden aspectos inmunológicos, endocrinológicos, del sistema nervioso central y autónomo, etc.; que están relacionados con la conducta.

Por todo lo anterior, se podrá comprender que este trabajo pretende abrir nuevos campos de acción de la psicología, de una manera interdisciplinaria e intentando contribuir a dar un cambio al modelo médico tradicional, dando al paciente un papel importante en el cuidado de su propia salud.

CAPITULO II. LA DIABETES MELLITUS.

Definición

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica está caracterizada por hiperglucemia y otros disturbios del metabolismo de carbohidratos y lípidos, asociada con el desarrollo de complicaciones vasculares, las cuales afectan organos específicos, vasos sanguíneos periféricos y nervios.

El principal elemento de su fisiopatología es una alteración en la secreción o utilización de la insulina, ésta es una hormona que controla el metabolismo de la glucosa, las grasas y los aminoácidos.

El grado de los síntomas se determina sobre todo, por el grado de deficiencia de la acción insulínica.

El nombre "diabetes" significa "sifón" o "flujo a través de", ya utilizado por los griegos hace más de 2,000 años, para describir la gran cantidad de orina que se excretaba; y "mellitus" significa "dulce", lo cual se utiliza para diferenciar a la Diabetes Mellitus de la Diabetes Insípida. Esta última, es debida a una lesión en el hipotálamo que provoca un transtorno en el sistema de la hormona antidiurética; lo cual se caracteriza por la excreción constante de grandes volúmenes de orina altamente diluida y la ingesta de gran cantidad de líquido.

Clasificación

La "Guía Oficial para el Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes Mellitus y Otras Categorías de Intolerancia a la Glucosa" (1990) (Office Guide to Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and Other Categories of Glucose Intolerance. 1990), clasifica a la Diabetes en varios tipos y subtipos. Los

tipos mayores en que es clasificada es en la Diabetes Mellitus Tipo I (también llamada insulino dependiente o juvenil) y la Diabetes Mellitus Tipo II (también llamada no insulino dependiente o del adulto), de los cuales nos ocuparemos más ampliamente en esta sección.

Los otros tipos de diabetes de los cuales se hace mención en el documento antes citado se muestran en el Cuadro 1

a) La Diabetes Mellitus Tipo I

El comienzo clínico es repentino, aunque algunos datos indican que puede estar precedido por meses o años de un proceso de autoinmunidad y de grados leves de intolerancia a la glucosa. Este tipo de diabetes es más difícil de controlar que la Diabetes Mellitus Tipo II; la supervivencia del paciente depende de la aplicación diaria de inyecciones de insulina, ya que el páncreas

TABLA 1

TIPOS DE DIABETES.

NOMBRE ACTUAL	ANTERIORMENTE	FACTORES ASOCIADOS	CARACTERISTICAS CLINICAS
Diabetes Mellitus Insulino Dependiente. Tipo I.	Diabetes Juvenil. Diabetes propensa a la cetosis. Diabetes inestable.	Reacción autoinmune Factores genéticos y ambientales (virus) Encefalitis Venezolana Encefalomiocarditis Rubeola Paratiditis Hepatitis viral	Carencia absoluta de insulina y dependencia de la insulina inyectada para evitar cetosis y conservar la vida. Comienzo juvenil en la mayoría, aunque puede ser después.
Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente.	Diabetes Mellitus del adulto. De comienzo en la madurez. Resistente a la cetosis.	Etiologías múltiples genético y ambiental Resistencia a la insulina. No se asocia a la autoinmunidad. Virus.	Nivel de insulina normal, elevado o bajo. Sobre todo después de 40 años de edad, aunque en cualquier edad.

<p>Tipo II. a) Con obesidad b) Sin obesidad</p>			<p>60 % son obesos.</p>
<p>Diabetes asociada con ciertas condicio nes o síndro mes iden tifica dos.</p>	<p>Diabetes Mellitus secundaria.</p>	<p>Enfermedad pancreá tica. Factores hormonales (ushing). Por fármacos. Anomalías en recep tores de insulina. Síndromes genéticos.</p>	<p>De la Diabetes Mellitus y rasgos clínicos asociados.</p>
<p>Mala toleran cia a la glu cosa.</p>	<p>-Diabetes Mellitus asintomátic. -Química. -Latente.</p>	<p>Leve intolerancia, pueden ser variacio nes normales de una población. Puede ser un estadio en el desarrollo de la no insulino-depen diente. La mayoría permanece en este es tadio por años, o re cuperará la tolerancia normal a la glucosa.</p>	<p>La prueba de To lerancia a la glucosa (GTT), muestra valores intermedios en tre normales y diabéticos. Cierta sugerencia de mayor riesgo de arteriopatía, pero ausencia de lesiones renales o retinianas cli nicamente signi ficativas.</p>
<p>De la gesta ción.</p>	<p>Diabetes de la gestación.</p>		<p>Intolerancia a la glucosa, se origi na y diagnostica durante el emba razo. Implicados comple jos factores meta bólicos y hormona les; entre ellos resistencia a la insulina. Se acompaña de un aumento de las complicaciones pe rinatales y de ma yor riesgo de evo lución hacia la diabetes en los 5 ó 10 años siguien tes al nacimiento</p>

pierde totalmente su capacidad de producir insulina; y sus tejidos no pueden convertir el azúcar en energía. Estos tejidos pueden sobrevivir por un tiempo quemando músculo y grasa, pero los subproductos de este proceso (las cetonas y los ácidos) a veces llegan a niveles peligrosamente altos en la sangre. Si estos niveles no se reducen, puede sobrevenir un estado de coma y la muerte. Este tipo de diabetes ocurre más frecuentemente en niños, sobre todo entre los 10 y 13 años; y menos frecuentemente antes de los 20 años diagnosticada por primera vez (O.M.S., 1985).

b) La Diabetes Mellitus Tipo II

Aparece de ordinario después de los 40 años de edad; los síntomas no son notorios e incluso el diagnóstico puede ser casual. Se encuentran en este tipo todas las complicaciones de la diabetes, aunque su evolución y forma difiere del tipo anteriormente mencionado.

Este tipo comunmente se divide en dos subtipos; obesos y no obesos; se cree que del 60% al 90% de los diabéticos Tipo II son obesos. La diabetes Tipo II puede requerir inyecciones de insulina; o dieta o agentes hipoglucemiantes. Muchas veces con sólo bajando de peso es posible mantenerse en niveles adecuados de glucosa. Este tipo de diabetes es entre 7 y 10 veces más común que la Tipo I. (O.M.S., 1985).

El Diagnóstico

El médico debe estar plenamente seguro del diagnóstico de diabetes, puesto que las consecuencias para el paciente son numerosas y duran toda la vida. Los requisitos para confirmar el diagnóstico en un paciente que tiene síntomas graves e hiperglucemia muy elevada serán distintos de los necesarios de un paciente asintomático, cuya glucemia apenas rebasa el límite

establecido con fines de diagnóstico. Cuando se trata de un paciente asintomático, conviene obtener al menos otro resultado cuyo valor esté dentro de la escala de diabetes, ya sea a través de una muestra o en una Prueba Oral de Tolerancia a la Glucosa (POTG). Si con esto no se puede confirmar el diagnóstico de Diabetes Mellitus, conviene mantener la vigilancia y realizar nuevos exámenes periódicos hasta que se aclare la situación. En estas circunstancias, el médico debe tener en cuenta otros factores tales como los antecedentes familiares, la edad, la adiposidad del paciente y los trastornos concomitantes; antes de decidir sobre el diagnóstico o la terapéutica. (O.M.S., 1985).

Se ha reconocido que la diabetes no se puede diagnosticar únicamente con una prueba de glucosa en sangre (140 mg/dl se considera normal (Siperstein 1975, citado por Todd-Stanford, 1985)); es necesario practicar otra serie de pruebas que sirvan para confirmar el diagnóstico (García J.M., et al. 1974). El diagnóstico requiere por lo menos dos pruebas anormales de laboratorio, y muchas veces los datos clínicos por los cuales se sospecha de diabetes se confirman con estas pruebas; los síntomas más comunes que hacen al médico sospechar de diabetes son: polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida inexplicable de peso, debilidad y en los casos graves, somnolencia y coma.

Estos síntomas no siempre se encuentran presentes o pueden no estar todos a la vez. Pues hay que tener en cuenta que dentro de la historia natural de esta enfermedad, se pueden ubicar tres etapas:

1) Intolerantes a la glucosa.- el individuo puede desarrollar la diabetes, es decir hay predisposición por antecedentes heredofamiliares, factores ambientales y estilo de vida;

2) Asintomática.- en esta etapa no se observan síntomas clínicos, pero los niveles de glucosa altos se pueden encontrar a) individuos con altos niveles de glucosa, únicamente en situaciones de estrés o b) mantenerse elevados constantemente pero sin síntomas

clínicos.

3) Sintomática.- individuos con pruebas de laboratorio positivas (prueba de glucosa en sangre en ayunas y post prandial, análisis de orina, por ejemplo) y síntomas característicos.

Es de gran importancia el poder realizar actividades preventivas; educando a la población para que modifique su estilo de vida y evitar que pase de una fase a otra.

Se ha recomendado utilizar pruebas de hemoglobina glicatada (HbG), ya que estudios recientes indican que los métodos tradicionales tales como historia clínica, examen médico y la determinación de glucosa en orina y sangre, en el control de la Diabetes Mellitus, tienen un valor limitado.

El estudio de las Hemoglobinas Glicatadas se ha incrementado recientemente, ya que se detectó que sus proporciones se elevan en la Diabetes Mellitus, en particular la fracción HbA_{1c}. Este incremento no está relacionado con la edad del paciente, duración de la enfermedad, tipo de terapia o presencia de complicaciones características de la Diabetes Mellitus.

Por tales razones es, que la determinación de la HbG está siendo utilizada con mayor frecuencia para el control de la Diabetes Mellitus. Se ha recomendado, pues proporciona valores relativamente precisos de concentraciones promedio de glucosa de 2 a 4 meses precedentes a la toma; este índice es de gran utilidad tanto para evaluar resultados de tratamiento, prevenir complicaciones y como complemento en la pruebas de rutina de orina y de sangre.

El eritrocito humano es permeable a la glucosa y durante sus 120 días de vida, en cada una de ellas se forma la HbG o HbA_{1c}, a partir de la HbA; a una velocidad que depende de las concentraciones de glucosa, por ello, la determinación de HbG refleja el nivel promedio de glucosa en sangre durante las semanas precedentes a la toma de la muestra (Romero B., 1989).

Cada cambio de 1 % de HbG representa a su vez un cambio de 25 a 35 mg/dl en glucosa plasmática. En el presente trabajo la HbG se determinó a partir del método por separación de resina, en el cual

se observan los siguientes parámetros de valores de referencia; Controlado: 4.5 % - 7 % e Incontrolado: \geq 8.5 % .

Cabe mencionar que dicha determinación se realizó en el laboratorio de análisis clínicos de la FES -Zaragoza.

Fisiopatología

La fisiología de la diabetes es compleja y una descripción detallada está más allá de los alcances de este trabajo. Sin embargo, enseguida se proporciona un resumen para poder comprender los procesos básicos.

La insulina es una hormona protéica secretada por las células beta de los islotes de Langerhans, los cuales son conglomerados de células endócrinas del páncreas. Esta hormona opera directa o indirectamente sobre la mayor parte de los tejidos del cuerpo, excepto el cerebro, hígado y eritrocitos, pues tienen la habilidad de tomar directamente del riego sanguíneo la dosis de glucosa que necesita. Los otros órganos y tejidos del cuerpo no tienen este talento, no son capaces de adueñarse de la más mínima cantidad de glucosa (aunque exista abundantemente), a menos que intervenga la insulina. Su efecto individual más importante es estimular que la glucosa entre al interior de ciertas células para ser convertida en energía dentro de éstas.

En los órganos y tejidos en los cuales tiene una acción directa la insulina son:

- Músculo liso,
- Músculo cardíaco,
- Músculo esquelético,
- Tejido adiposo,
- Leucocitos,
- Hipófisis,
- Cristalino,
- Fibroblastos,

- Glándula mamaria,
- Aorta,
- Células alfa del páncreas.

Como se podrá apreciar, la insulina es necesaria prácticamente en todo el organismo.

Además de ayudar la insulina a que entre la glucosa al interior de la célula, también promueve la glucogénesis, la lipogénesis y la síntesis de proteínas; promueve el metabolismo de la glucosa o aminoácidos, y la glucólisis. (Vander, et al., 1983).

Los carbohidratos, proteínas y grasas ingeridas pasan del tracto gastrointestinal al torrente sanguíneo; para ir directamente al hígado, permitiéndole a esta notable fábrica bioquímica alterar la composición de la sangre antes de ser bombardeada al resto del cuerpo para ser convertidos la mayor parte de estos nutrientes en glucosa.

Parte de esta glucosa en el hígado puede ser almacenada allí (60 % aprox.), o entrar al interior de la sangre (40% aprox.) y ser conducida dentro de las células, y así cumplir con las demandas de energía de las células. La glucosa es la fuente principal de energía del cuerpo durante el estado absortivo.

Cuando la glucosa comienza a circular en las arterias, entra al páncreas, donde los niveles de glucosa son monitoreados y la insulina es secretada en respuesta a los incrementos de los niveles de glucosa.

En un individuo normal, la cantidad de insulina secretada es regulada por la concentración de glucosa en la sangre, y se da un delicado balance entre la insulina y las hormonas antagonistas de ésta.

El glucagon es una hormona protéica que se produce en las células alfa de los islotes de Langerhans del páncreas, tiene una acción antagonista a la insulina; por ésta, el glucógeno almacenado en el hígado se convierte en glucosa (glucogenolisis) o convierte sustancias diferentes a los carbohidratos en glucosa, para así ser utilizada por las células.

A continuación se esquematizan los cambios hormonales inducidos por los cambios que se producen en la concentración plasmática de glucosa. (Figura No. 1).

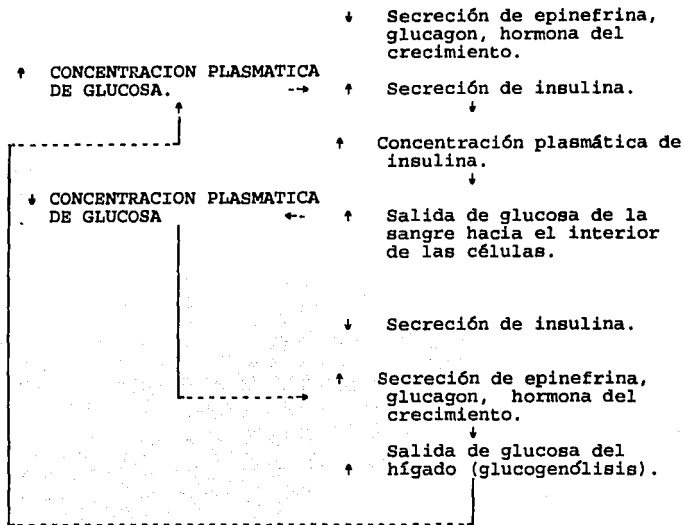


FIGURA 1

La secreción de la hormona del crecimiento, la adrenalina y el glucagón son estimuladas por una cierta variedad de tensiones no específicas, tanto físicas como emocionales; además de la retroalimentación antes mencionada.

Cuando no se puede emplear eficazmente la glucosa como combustible metabólico, se acentúa la movilización de reservas energéticas de grasa, los tejidos dependen de otros sustratos para cumplir con sus requerimientos energéticos. Los ácidos grasos y los aminoácidos que son utilizados directa o indirectamente en estas condiciones, provienen de la degradación de triglicéridos y proteínas a nivel de tejido adiposo y muscular respectivamente. Esta movilización de triglicéridos produce glicerol y ácidos grasos libres. Estos últimos se metabolizan en el hígado, pero cuando su cantidad es excesiva dan origen a productos de oxidación en forma de cuerpos cetónicos y acidosis metabólica.

Por otro lado, la degradación de proteínas libera aminoácidos glucogénicos, o cetogénicos, que se convierten en glucógeno o bien en cuerpos cetónicos, aumentando así la cetosis general. (Dennis C.T., et al. 1990).

En la Diabetes Insulina Dependiente sin tratar, la cetosis grave acompañada de acidosis contribuye a que sobrevenga el coma y la muerte.

Esta no utilización de la glucosa puede ser debida a una falta total de insulina, a producción de insulina defectuosa, hiposecreción de insulina, anticuerpos antiinsulina, islotes deteriorados (por procesos autoinmunes), receptores celulares deteriorados (por procesos autoinmunes), medicamentos inhibidores de la secreción de insulina, pancreatoclectomía, aumento de antagonistas a la insulina, agotamiento de las células B por exceso de glucosa; por administración de insulina exógena (las células B se vuelven "flojas").

La deficiencia insulínica causa también la pérdida de las proteínas del cuerpo, impidiendo el crecimiento y reparación de los tejidos y reduce las defensas inmunitarias contra invasión bacteriana y micótica. Como reacción a la carencia celular de la glucosa se libera glucagón y GH, que agravan y aceleran el deterioro de los tejidos. En su mayoría se pueden corregir con terapéutica insulínica.

Datos Epidemiológicos de la Diabetes

La Diabetes Mellitus es una enfermedad de importancia creciente en los países tanto desarrollados como en vías de desarrollo; ya sea que se mida la importancia de la enfermedad a través de la incidencia, la prevalencia o la mortalidad.

Es de gran importancia en la planificación e implementación de servicios de salud el hacer uso de criterios epidemiológicos; pues por este medio es como se conoce la magnitud del problema y el curso de desarrollo que sigue a través del tiempo, ya que de este modo se calcula el número de personas que la padecen en un momento determinado (prevalencia); el número de personas en las que se hace evidente cada año (incidencia); el número de personas que mueren por la enfermedad (mortalidad). Agregando a esto el hecho de que es una enfermedad con carácter crónico que exige largos periodos de supervisión y atención médica con el consiguiente gasto económico y humano. (Luna, B.F., 1975).

Algunos datos que se proporcionan enseguida podrán ser útiles para que el lector estime la situación de la diabetes como un problema de salud pública.

En la encuesta Nacional de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica realizada en 1935-36, se estimó una tasa de incidencia de 1000 habitantes mayores de 40 años, de 0.69 en hombres y 1.71 en mujeres. (Nelson R.G., et al. 1988 citado por Vázquez R.M., et al. 1990).

En cuanto a la prevalencia se estimaba que en 1980 había aproximadamente 10,000,000 de diabéticos en Estados Unidos, y que de 1935-36 a 1979-81 hubo un incremento de 10 veces en el número de casos diagnosticados, (Nelson R.G., et al., 1988 citado por Vázquez R.M., et al, 1990). Se calcula que el costo actual de la Diabetes en esa nación es de 20 billones de dólares, de los que aproximadamente la mitad se deben al costo del diagnóstico y al tratamiento, y el resto a costos indirectos (complicaciones, incapacidad laboral, muertes prematuras, etc), (Krosnick A. 1988 citado por Vázquez R.M.; et al. 1990).

Por otro lado, la estimación de años de vida potencialmente

perdidos en los Estados Unidos de Norteamérica, ha ubicado a la Diabetes Mellitus en el 13avo. lugar de importancia, para menores de 65 años de edad, para 1985 (CDC: Table V., 1987 citado por Vázquez, R.M. et al. 1990).

Cabe mencionar que en la mayoría de los países desarrollados, la diabetes ocupa del cuarto al octavo lugar entre las causas de defunción. Sin embargo esta clasificación relativamente baja se debe sobre todo a que en las estadísticas internacionales de mortalidad se agrupan muchas enfermedades relacionadas entre sí (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, cáncer y neumopatías) y, en conjunto, éstas ocupan un lugar más alto entre las causas de defunción que la Diabetes Mellitus dependiente o no de la insulina, y esta enfermedad generalmente suele omitirse por completo en este certificado. De modo que se debe recurrir a la codificación por causas múltiples siempre que sea posible; pues, aunque por ejemplo la causa obvia de muerte sea la enfermedad cardiovascular, la causa subyacente puede ser la diabetes y ésta raramente se considera en los certificados. Siendo que en los países desarrollados, las enfermedades cardiovasculares se destacan como la principal causa de muerte entre los diabéticos (O.M.S., 1985); siendo más

Se ha observado que las muertes en diabéticos por esta enfermedad es 12 veces superior en comparación con los no diabéticos (O.M.S. 1985).

El Departamento de Salud, Educación y Welfare de los Estados Unidos ha reconocido desde 1979 este hecho y estimado que la diabetes puede ser, al menos indirectamente, la causa de 91,000 muertes adicionales. En los países en vías de desarrollo y fundamentalmente en las Naciones del Continente Americano, la diabetes constituye un problema creciente de salud. La mortalidad por esta enfermedad, al igual que por otras enfermedades crónico-degenerativas, contribuye progresivamente con una mayor proporción a la mortalidad general.

Los estudios epidemiológicos indican que los diabéticos abundan en todo el mundo, sin embargo en los países en vías de desarrollo la información sobre las características de las

personas, la enfermedad y su manejo suelen ser escasos. (O.M.S., 1980 citado por García A.J., et al 1989).

En México, se han realizado algunos estudios epidemiológicos, sin embargo son inconclusos y probablemente subestiman la magnitud del problema; pues existen dificultades para su interpretación, comparación e inferencia para toda la población.

En el periodo de 1971-1975 se realizó un estudio epidemiológico en los Estados Unidos Mexicanos (Luna, B.F., 1975), encontrando un incremento del 20.40 % de casos de diabéticos para este periodo, y un incremento del 37.34 % de defunciones por diabetes en dicho periodo. La elevación de la frecuencia se observó a partir del grupo de edad de 40-44 años; encontrando que el sexo femenino es el más afectado a partir de los 45 años, y antes de esta edad son los varones. Estos datos se obtuvieron de la Dirección General de Bioestadística de la S.S.A.

En otro estudio realizado para analizar la mortalidad por Diabetes Mellitus en el I.M.S.S. en el periodo de 1979 - 1987 en los Estados Unidos Mexicanos, se encontró que la proporción de muertes por diabetes se ha incrementado progresivamente. En el primer año analizado se encontraba en el 7o. lugar dentro de las 10 principales causas de muerte en la población amparada por esta institución; y a partir de 1980 pasa a ocupar el 1er. lugar como causa de muerte. (Vázquez, R.M., et al. 1990).

La tendencia de la mortalidad ha sido ascendente en forma significativa, tanto a nivel nacional como en la mayoría de las delegaciones estudiadas. La mortalidad es mayor en mujeres por arriba de los 60 años, y en los hombres entre los 20 y 49 años de edad. Para el grupo de 50 a 59 años la mortalidad es similar en hombres y mujeres.

En general se observa una tendencia a aumentar la mortalidad conforme avanza la edad, en todos los grupos de edad (excepto en el grupo de 35 a 39 años). Con un incremento del 24 % para los grupos de 65 a 69 años, y hasta el 123 % para el de 55 a 59 años de edad. Y a partir de los 80 años las tasas comienzan a disminuir, probablemente porque son pocas las personas que alcanzan esta edad padeciendo la diabetes.

En 1985 se realizó un estudio en la ciudad de Guadalajara con 80 pacientes diabéticos, en donde se encontró que el 93 % son mayores de 39 años de edad, el 95.5 % padecen diabetes tipo II y el 60 % son mujeres. (García, A. J., et al. 1989).

En el periodo de 1980-1986 un estudio en México mostró que en el Instituto Mexicano del Seguro Social los egresos por diabetes habian aumentado un 55.31 % contrastando con un incremento en el total de egresos para el mismo periodo de 11.84 %. Así mismo, se encontró que la estancia hospitalaria por diabetes es mayor que el promedio: 7.95 vs 4.54 días.

fértil. El 63.66 % de la población afectada se encuentra en edad productiva, lo cual realmente es de preocupar; la mayor demanda hospitalaria por diabetes se encuentra en el grupo de 45 a 65 años (Lee, R.A., et al., 1989).

Cabe señalar un estudio realizado (dentro de este mismo trabajo) para determinar la frecuencia de casos de diabetes en el Hospital General de México; dicho estudio se realizó a partir del análisis de hojas de consulta diaria de cada una de las especialidades de dicho Hospital. Las hojas fueron proporcionadas por el Centro de Computo y Estadística de este Hospital.

La población estudiada incluye grupos de edad de 1 hasta 75 años o más, tanto hombres como mujeres.

Se computó una población total de 44,277 pacientes que acudian por primera vez a alguna de las especialidades existentes en el hospital, durante los meses de septiembre a octubre de 1990. De dicha población se detectaron 735 diabéticos lo cual equivale a un 1.66 %, la distribución de frecuencia de diabéticos por grupos de edad es claramente una distribución normal, de los cuales 276 son hombres y 459 mujeres (37.55 % y 62.45 % respectivamente). Los cuatro primeros grupos de edad con mayor incidencia fueron primeramente el grupo de entre 45-54 años de edad con 203 casos (equivalente al 27.62 %); enseguida el grupo de 55-64 años con 197 casos (26.80 %), en tercer lugar el grupo de 35-44 años con 126 casos (17.14 %), y por último el grupo de 65-74 años con 116 casos (15.78 %). Considerando el sexo de los sujetos se observa que en las mujeres es mayor la incidencia

de la diabetes en relación a los hombres en cualquiera de los grupos de edad. Con una mayor incidencia en el grupo de 45-54 años, 136 casos de mujeres contra 69 de hombres (18.23 vs. 9.39 %); enseguida el grupo de 55-64 , 113 casos de mujeres contra 83 de hombres (15.37 vs 11.43 %); luego el grupo de 35-44 años, 86 casos de mujeres contra 40 de hombres (11.70 vs. 5.44 %) y en cuarto lugar el grupo de 65-74 años 113 mujeres contra 84 hombres (15.37 vs. 11.43 %).

La incidencia mayor de diabetes en hombres como se puede observar aparece en el grupo de edad de 55-64, siguiendo el de 45-54, luego 65-74 y enseguida 35-44.

Estos datos coinciden en gran parte con otros ya expuestos por otros autores. De manera que se puede suponer que en los próximos años la diabetes irá en aumento y por ende serán mayores las demandas de servicio médico; pues aunque en México no existen estudios sobre invalidez de la diabetes, se puede suponer que es de cierta intensidad, si se tiene en cuenta su carácter crónico; su aumento progresivo y las complicaciones invalidantes que determinan la hospitalización, ceguera, amputaciones, pensiones y subsidios económicos; lo cual implica un mayor gasto para el control y manejo de la diabetes.

Sumado a todo lo anterior, se ha estimado que el riesgo de morir de un diabético es similar al de un no diabético hasta los 20 años de edad, y después es 20 veces mayor en países desarrollados. La muerte al poco tiempo del diagnóstico indica falta de insulina o mal conocimiento de su uso; posteriormente, el exceso de mortalidad refleja el efecto de las complicaciones tardías y los resultados del autotratamiento. En los países en desarrollo, la esperanza media de vida en un paciente con diabetes insulina-dependiente puede ser de sólo 20 a 30 años, en lugar de 50 años, como en el caso de las personas no diabéticas. Estas personas pueden tener una esperanza de vida normal, pero en promedio, su vida se acorta algunos años en los países desarrollados y mucho más en los países en vías de desarrollo. (O.M.S.; 1985).

Esto hace aún más evidente que la diabetes es un serio problema de salud pública, el cual requiere acciones prontas por parte de todos los profesionales de la salud.

Complicaciones

La diabetes es una de las prioridades en el campo de la salud, pues ocupa un lugar importante en la mortalidad y es causa de otros problemas serios de salud. Así, las lesiones progresivas de los ojos, riñones, nervios y arterias son importante amenaza a la salud y vida de los pacientes; sin embargo, un mejor control del estado diabético reduciría las complicaciones. Aunque éstas aparecen generalmente algunos años después del diagnóstico clínico, pueden ya estar presentes en el momento del diagnóstico. Algunos pacientes que han tenido diabetes no diagnosticada por muchos años sólo acuden al médico debido a las complicaciones, esto sucede sobre todo en los ancianos. La eficacia de los métodos de prevención y tratamiento de las complicaciones depende de su aplicación oportuna; por eso es importante someter al paciente a un examen periódico destinado a detectar cualquier complicación común a la diabetes. Las personas diabéticas tienen más riesgo de morir de cardioangiopatía que los no diabéticos; además la retinopatía es la primer causa de ceguera, la vasculopatía es la primer causa de amputación no traumática de extremidades; la hiperglucemia y factores tales como hipertensión, infecciones e hiperlipidemia se suman para deteriorar el funcionamiento de todos los órganos y especialmente el riñón (I.M.M.S. 1986 citado en Lee R.A., et al., 1989).

A continuación se proporciona un breve resumen sobre las principales complicaciones:

a) Oftalmopatía diabética: Las lesiones en la retina a consecuencia de la diabetes son la causa principal de déficit visual en las personas mayores y ancianas en las sociedades económicamente avanzadas. Es importante realizar exámenes perio-

dicos de fondo de ojo para detectar el riesgo de ceguera, ya que si el ojo ha sido dañado gravemente por la diabetes, quizás solo se pueda salvar con cirugía altamente especializada. Por otro lado, se ha observado que la presencia de cataratas son más frecuentes en los diabéticos que en los no diabéticos. (O.M.S., 1985).

b) Nefropatía: La insuficiencia renal amenaza la salud y la vida de la mitad de los pacientes afectados por diabetes insulino-dependiente en la juventud o en la adolescencia y a una edad mayor a un número más pequeño, todavía no bien definido pero importante de diabéticos no insulino-dependientes. A medida que vaya aumentando el número de los que sobreviven a los peligros iniciales de la diabetes, mayor será el número de los que vivan lo suficiente como para padecer de la insuficiencia renal. La nefropatía crónica no sólo quita años de actividad vigorosa y productiva del paciente y a la sociedad, sino que impone una pesada carga a los servicios de salud que proveen costosas formas de tratamiento como puede ser diálisis y trasplante renal. (O.M.S. 1985).

c) Neuropatía: Los daños en las fibras nerviosas que transmiten sensibilidad y surcan los músculos, los vasos sanguíneos y las vísceras son la complicación más común de la diabetes. Lo más común es la afección sobre los nervios sensoriales de las extremidades inferiores, con pérdida de la sensación del dolor y, a veces destrucción grave y progresiva de los tejidos blandos, los huesos y articulaciones; aunque esto es lo más común, también puede haber neuropatía dolorosa. En nervios motores afectados se observa debilidad y reducción de la masa muscular en extremidades. Por la falta de irrigación sanguínea se pueden lesionar los troncos nerviosos y conllevar a parálisis muscular aislada o insensibilidad. Las lesiones de las fibras nerviosas autónomas pueden perturbar varias funciones como el control de la presión arterial y el vaciamiento del estomago y vejiga; si los nervios pélvicos se ven afectados se puede perder la capacidad de erección o eyaculación. (O.M.S. 1985).

d) Complicaciones Cardiovasculares: La cardiopatía coronaria es más frecuente en los diabéticos que en otros pacientes, y

con consecuencias más graves para las mujeres. La diabetes se considera un factor de riesgo independiente que "per se", puede producir aterosclerosis (Menoscal, A. et al., 1986), la cual es una enfermedad macrovascular de arterias de mediano y grueso calibre, y es la principal causa de mortalidad en los diabéticos de países desarrollados. Por otro lado, la arterioesclerosis, de arterias pequeñas, causa gran incidencia de gangrena en las extremidades inferiores, infarto cerebral, apoplejía y enfermedades cerebrovasculares difusas.

e) El pie diabético: El pie de las personas diabéticas es muy susceptible a lesiones graves de los tejidos, éstas se pueden ver agravadas por uno o más de los siguientes factores: neuropatía diabética crónica, obstrucción arterioesclerótica y la infección bacteriana. La combinación de ulceración crónica del pie, sepsis y gangrena, es la principal causa de hospitalización prolongada. Con el debido cuidado es posible limitar el daño a los tejidos y evitar operaciones mutilantes. Es necesario instruir al paciente sobre una limpieza cuidadosa, evitando presión de los zapatos y traumatismos térmicos; su pie debe ser revisado periódicamente (O.M.S. 1985).

f) Cetoacidosis hiperglucémica grave (coma diabético): Es una descompensación profunda de la diabetes, con aumento de formación de cuerpos cetónicos, lo cual requiere un tratamiento urgente con fluidoterapia o insulina. Es más frecuentes en los insulino-dependientes jóvenes. El cuadro puede tardar horas o días en instalarse y si no se atiende puede conducir a la muerte (O.M.S. 1985).

g) Embarazo y Diabetes: Ambos interactúan desfavorablemente. Por una parte, en la madre aumentan las complicaciones obstétricas y se incrementa notablemente la morbimortalidad perinatal, y por otra, la gestación misma complica los problemas metabólicos de esta enfermedad. (Canales, E.S., et al., 1990). La pérdida perinatal es de 5 a 7 veces más alta con respecto a la población no diabética y la probabilidad de anomalías congénitas es 3 veces más alta que en las madres no diabéticas (Metzger, P. F. 1980 citado por Dennis C.T. et al., 1990).

Factores de Riesgo

Tanto los factores genéticos como los ambientales parecen estar involucrados en el desarrollo de la diabetes y en sus complicaciones.

Se cree que una persona hereda una cierta susceptibilidad a la diabetes, tipo I o tipo II; y uno o más factores no genéticos, pero probablemente ambientales, contribuyen finalmente a poner de manifiesto la enfermedad clínica. De modo que sería erróneo pensar que tiene una causa única: las investigaciones epidemiológicas, clínicas y experimentales han revelado varios mecanismos causales (O.M.S., 1985).

Es de vital importancia que se consideren los factores desencadenantes del padecimiento porque es en éstos donde las medidas de salud pública han de incidir en mayor o menor grado; de tal manera que es necesario realizar investigación para identificar los factores de riesgo de la diabetes, y su importancia.

En México no se conoce la ocurrencia y distribución de los diferentes factores de riesgo, sin embargo es muy probable que la tendencia ascendente de éstos esté relacionada con un aumento en la presentación de la diabetes (Vázquez, R.M., et al., 1987).

Existen ciertos factores predisponentes para el desarrollo de la diabetes tales como:

a) Antecedentes Heredofamiliares, pues tanto en la diabetes tipo I como en la del tipo II (Tschiedel, B., 1989), el componente hereditario está presente; aunque parece ser más claro en la no insulino-dependiente (O.M.S., 1985; Pérez, C.A., 1990). El riesgo para los hermanos o hijos de personas en quienes se estudia la diabetes no insulino-dependiente no está bien definido, pero es superior al que tienen las familias con historia de Diabetes Mellitus insulino-dependiente.

b) Edad, también está relacionada, ya que en personas mayores de 40 años es más frecuente (ver datos epidemiológicos).

c) Sexo, se ha visto que ataca mayormente a la mujeres (ver datos epidemiológicos).

d) Obesidad endógena,

e) Predisposición a infecciones, la infección por bacteria o virus como factor etiológico de la Diabetes Mellitus insulino-dependiente en el huésped genéticamente susceptible no se ha determinado por completo.

Entre los virus implicados están los de la rubéola, la parotiditis y el virus coxsackie B4 en el hombre). También se puede lesionar de manera directa las células beta con algunas sustancias tóxicas como el aloxano (O.M.S. 1985).1 B).

f) Estilo de Vida. Mientras que en los factores de riesgo susceptibles de ser modificados, se han encontrado factores ambientales relacionados con el estilo de vida. Las sociedades con estilo de vida occidental o en un proceso de modernización rápida, han demostrado tasas de incidencia mayores. Como es el caso de los

emigrantes japoneses con tasas mayores que los que permanecen en Japón (Vázquez, R.M., et al. 1987).

Estos cambios en el estilo de vida en la modernización de una sociedad, incluyen: cambio en hábitos alimenticios, vida sedentaria, mayores fuentes de estrés; que definitivamente en una sociedad urbana predominan. (Vázquez, R.M. et al., 1987; O.M.S. 1985).

En cuanto a los hábitos alimenticios es frecuente una dieta rica en grasas y carbohidratos, lo cual puede agotar la producción de insulina o producir obesidad la cual puede inducir resistencia a la acción de la insulina de varias maneras; en algunos casos, reduciendo el número de receptores de insulina o disminuyendo el transporte de glucosa o impidiendo el metabolismo intracelular de la glucosa.

La inactividad física o sedentarismo es un importante factor de riesgo en el desarrollo de la diabetes; pues la falta de ejercicio puede alterar la interacción de la insulina con los

receptores y conducir al desarrollo de la obesidad (O.M.S., 1985).

Por otro lado, se considera que las hormonas de contrarregulación y el estrés en ciertos casos podrían actuar como factores desencadenantes al ejercer sus efectos principalmente hiperglucemiantes, favoreciendo la insulino-resistencia (García, A.M., 1986). Se han encontrado correlaciones altamente significativas entre hemoglobina glicatada y fuentes de estrés recientes, sugiriendo que el estrés sostenido puede contribuir a un pobre control de la glucosa en diabéticos (Demers, R.Y., et al., 1989).

Así mismo, en la diabetes transitoria, el estrés se le considera como uno de los principales factores desencadenantes (Mendez, E.B., 1984).

Varios estados de estrés físico tales como infarto agudo al miocardio, cirugía, infecciones y quemaduras y traumatismos graves guardan cierta relación con la intolerancia a la glucosa inducida por efectos hormonales en el metabolismo de la glucosa y la secreción y la acción de la insulina; sin embargo, no se ha establecido si pueden conducir a un estado permanente de diabetes. Tampoco se ha comprobado la función del estrés emocional y social como factor contribuyente a la diabetes (O.M.S., 1985; García, J.M., et al. 1974).

Por otro lado, el consumo excesivo de alcohol puede aumentar el riesgo de diabetes al lesionar el páncreas y fomentar la obesidad (O.M.S., 1985).

En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, se puede considerar como factores de riesgo el número de gestas (siendo 4 o más), macrosomía (el producto mayor de 4.5 Kg.) y abortos inexplicables.

Por último, existen medicamentos que afectan el metabolismo de los carbohidratos. Entre los más comunes están la fenitofina, los diuréticos (sobre todo tipo tiazide), los corticosteroides, los esteroides empleados en los anticonceptivos orales y los agentes de bloque beta-adrenérgicos que pueden causar intolerancia a la glucosa y, en personas susceptibles, inducir la diabetes,

la cual suele resolverse después de omitir el medicamento.

Para finalizar este capítulo; cabe destacar el interés que se tiene por introducir al lector al conocimiento de la diabetes, en algunos de sus muchos aspectos que pueden ser estudiados de manera amplia, cada uno por separado o interconectadamente. Básicamente con el fin de crear conciencia en cuanto a la importancia que tiene la diabetes como un problema de salud pública, en el que se plantea la participación activa y conciente de toda la población, desde el paciente mismo, sus familiares y todas aquellas personas que lo rodean, hasta todos los profesionales dedicados e interesados en la salud; se trata pues de una problemática a nivel nacional e internacional que urge sea atendida de manera adecuada, para que de este modo se pueda proporcionar a la población, a partir del desarrollo de conocimiento teórico y práctico, una mejor calidad de vida, evitando en la medida de lo posible, las complicaciones más comunes de la diabetes; aminorando los factores de riesgo y disminuyendo la mortalidad e incidencia, que cada vez son mayores. Se trata pues, de una lucha para contribuir en la prevención del sufrimiento humano.

CAPITULO III. ESTRES Y DIABETES.

Estrés

El término "estrés" se ha manejado de muy variadas maneras. Para algunos es sinónimo de sobresalto; para otros equivalente de malestar, y para la mayoría manifestación de tensión. En todos los casos hay acuerdo de que el estrés es algo malo, desde el momento en que su uso conceptual va unido a explicaciones sobre la enfermedad y el malestar. De acuerdo con ello, suprimir los sobresaltos y las tensiones sería profiláctico, de modo que la salud estaría próxima a la monotonía y al aburrimiento. (Valdés, M. y Flores T. 1985).

Para acercarse a un concepto científico del estrés se han hecho investigaciones con la aplicación de la metodología experimental con diseños y modelos que emplean animales, (Maser y Seligman, 1977, citado por Valdés, M y Flores T. 1985) para entender la relación del estrés con la enfermedad, desde un punto de vista del organismo como sistema abierto, jerarquizado en niveles de complejidad que intercambian materia, energía e información con el exterior.

Un modelo inicial de estrés, se entendería así, como una reacción de alarma vehiculada a través de la actividad simpático-adrenal, y se supuso una relación casual entre enfermedad y ruptura homeostática; de modo que veía al estrés como una estimulación perturbadora del equilibrio interno y por eso lo conceptualiza como sobrecarga (Valdés, M. y Flores, T. 1985).

Posteriormente, Hans Selye (1936, citado por Valdés, M. y Flores, T. 1985) detalló los ejes biológicos a través de los cuales se ejecuta la transformación del organismo, y supuso que la secuencia de respuestas (alarma, resistencia y claudicación) decidía si el organismo se sobreponía o no a la adversidad, cualquiera que ésta sea.

Así, el estrés fué entendido como una respuesta específica en sus manifestaciones, pero inespecífica en su origen ya que

cualquier estímulo (externo o interno) podía provocarla. Este enfoque da a entender que el estrés implica respuestas del organismo autómatas, en el que no siempre es necesaria la participación del sujeto para la adaptación homeostática.

Seyle en esta versión del estrés, no hace mención alguna sobre el agente responsable de la activación hipotalámica promotora de la respuesta hormonal (primer mediador); Mason J.W. (1968, citado por Valdés M., 1985) para ello recurre a la actividad emocional, estableciendo su teoría neuroendócrina del estrés, que se desarrolló en paralelo a las teorías de la emoción. Posteriormente, Seyle (1982, citado por Valdés, M. y Flores, T., 1985) atribuyó a las endorfinas este papel precursor de la respuesta adaptativa; así que la investigación sobre el estrés ya no se desligó de la biología de las emociones.

Esta evolución de la teoría de la emoción desde los planteamientos vegetativo-periférico (James 1984, citado por Valdés, M. y Flores, T., 1985) a su dependencia actual de la actividad cognoscitiva hemisférico-cerebral, abrió paso a teorías cognitivas del estrés, como la de R. Lazarus.

Lazarus (1986, citado por Valdés, M. y Flores, T., 1985) incluye en su teoría el estudio de significados. Plantea una evaluación primaria en donde el sujeto evalúa los acontecimientos y situaciones en términos de su significado para el bienestar personal. Es obvio pensar que cada sujeto difiere en su manera de percibir y de evaluar, de modo que para algunos un estímulo será evaluado como amenazante mientras que para otros como placentero. Los organismos perciben de manera idiosincrática y se sienten amenazados en forma desigual. Además de esta evaluación, el sujeto también evalúa sus recursos y opciones para responder y adaptarse cuando percibe en su entorno algún estímulo o situación amenazadora (evaluación secundaria). La convicción o desconfianza respecto a los propios recursos también determinará desigualmente estrategias de afrontamiento para adaptarse en el sentido de atenuar la sobreestimulación. Se trata de un proceso atribucional de naturaleza cognitiva, donde el sujeto atribuye propiedades o adquiere convicciones en relación

con inferencias sobre sí y el entorno, y de ello decide el significado amenazante del contexto y estímulos que inciden sobre él.

Así, puede decirse que el estrés tiene lugar cuando una estimulación (una cognición amenazadora) incrementa la activación de un organismo más rápido que su capacidad de adaptación para atenuarla (Levi 1971, citado por Valdés, M y Flores T., 1985).

En este enfoque el organismo puede intervenir para adaptarse, de ahí, que el término adaptación haya sido gradualmente sustituido por el de estrategia de afrontamiento, de acuerdo con el hecho de que el organismo se adapta a través de cuatro ejes: psicofisiológico, psiconeuroendocrino, psicoimmunológico y conductual.

La conducta y sus efectos, están determinados por cogniciones, hipótesis y creencias, lo que empuja al empleo de variables cognitivas y, por tanto, a la conceptualización del estrés como proceso dependiente de los significados de las evaluaciones subjetivas para el sujeto (Lazarus, 1966., citado por Valdés, M., y Flores, T., 1985). Hasta el punto de ser factible un divorcio entre las cogniciones del sujeto y las amenazas objetivas del entorno.

En la actualidad, los modelos cognitivos del estrés forman parte de la psicología experimental derivados de la teoría de la indefensión aprendida (learned helplessness). (Seligman, 1975) que como se sabe, propone la participación de variables intrapsíquicas en la determinación de la conducta. Dichas variables están relacionadas con la apreciación que hace el organismo de sus posibilidades de controlar el medio con su conducta, y se alteran de modo peculiar cuando se da un fracaso adaptativo. Estas interesantes conexiones entre la conducta y la actividad cognocitiva, tienen lugar en un contexto de evidente desorganización funcional del organismo; de ahí, que la teoría de la indefensión haya servido de marco a investigaciones sobre la etiopatogenia de la depresión, (Blandey, 1977; Polaino, 1984); las bases biológicas de la ansiedad (Gray, 1982; Lader, 1980;

Seligman, 1975) y la aparición de síntomas psicossomáticos (Brady y cols., 1958; Weiss, 1972).

Los cambios bioquímicos, fisiológicos y/o patológicos en un organismo no parecen ser causados por la naturaleza aversiva o nociva del estresor, pero sí por la habilidad o inhabilidad del organismo para conducirse con el estresor. Si un individuo es capaz de afrontar exitosamente los cambios que se producen en el ambiente, seguramente va a experimentar poco o ningún estrés; y no habrá mayores consecuencias a su salud. Pero si no puede, o necesita un mayor esfuerzo para afrontar, llega a experimentar estrés, el evento ambiental se ve como estresante y por tanto habrá mayores consecuencias para su salud. Así, las estrategias de afrontamiento que un individuo emplee determinarán si experimentará estrés o no, si el evento llegará a ser o no estresante y si no habrá consecuencias para su salud. (Vogel, W.H., 1985).

De tal modo que el afrontamiento (coping) se refiere al esfuerzo para manejar o tolerar el estrés. La manera en que la gente afronta el estrés puede ser un importante determinante para la salud. (Holm J.E., et al; 1986).

Muchas veces la experiencia que se tenga con un determinado evento estresante, puede conducir a reducir la respuesta del estrés o a una adaptación. Cabe recalcar que no todos los individuos consideran el mismo evento como estresante; una misma situación produce respuestas al estrés distintas en diferentes individuos y también las consecuencias a la salud son muy variadas entre individuos expuestos a un mismo estresor. Y esto es básicamente explicado por la capacidad individual de los sujetos para afrontar un evento particular. Muchas veces el evento llega a ser estresante por la incapacidad para afrontarlo; mientras que la habilidad para afrontar exitosamente, reduce el impacto de un evento dado. De modo que no es el evento per se, el que causa el estrés, es la habilidad o inhabilidad para afrontarlo lo que determina la respuesta de estrés individual. (Vogel, W.H., 1985).

Históricamente, el "coping" ha sido visto sobre todo como una respuesta a la emoción. En el modelo animal del estrés, por

ejemplo, el "coping" es definido como conductas aprendidas que contribuyen a la sobrevivencia (Miller, 1980; Ursin 1980; citado en Folkman S. y Lazarus R. 1988). Estas conductas pueden ser iniciadas por miedo, el cual motiva la respuesta conductual de huida o escape; o furia, el cual motiva confrontación o ataque; también el "coping" puede incluir procesos cognitivos como negación, represión, supresión o intelectualización, entre otros; utilizados para reducir estados emocionales desagradables.

No hay que olvidar que la emoción depende de una evaluación cognitiva de la significancia de la relación persona-ambiente, del estar bien y los recursos para afrontar. (evaluación primaria y secundaria). Así, cada quien define sus propios estímulos estresantes.

El sujeto puede usar estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales tanto para resolver el problema como para regular la emoción.

La relación entre emoción y afrontamiento en el encuentro estresante es bidireccional, ya que cada uno afecta al otro. (Folkman S., et al, 1988).

El flujo conductual comienza en la evaluación del evento como dañino, benéfico, amenazante o desafiante. Este proceso de evaluación genera una emoción. La evaluación y su emoción acompañante influye en el proceso de "coping", el cual cambia el tipo de relación persona-ambiente, y este cambio de relación persona-ambiente, es revalorada; y la reevaluación conduce a un cambio en la emoción. (Ver Fig. 2).

En la conducta adaptativa se persigue reducir la activación provocada por la cognición del entorno, lo que implica una valoración sobre el riesgo que se corre y de las posibilidades del sujeto para afrontarlo. Es decir, son estrategias de afrontamiento.

La activación conductual será sustentada biológicamente por sistemas bien definidos, que parecen alternarse en la regulación

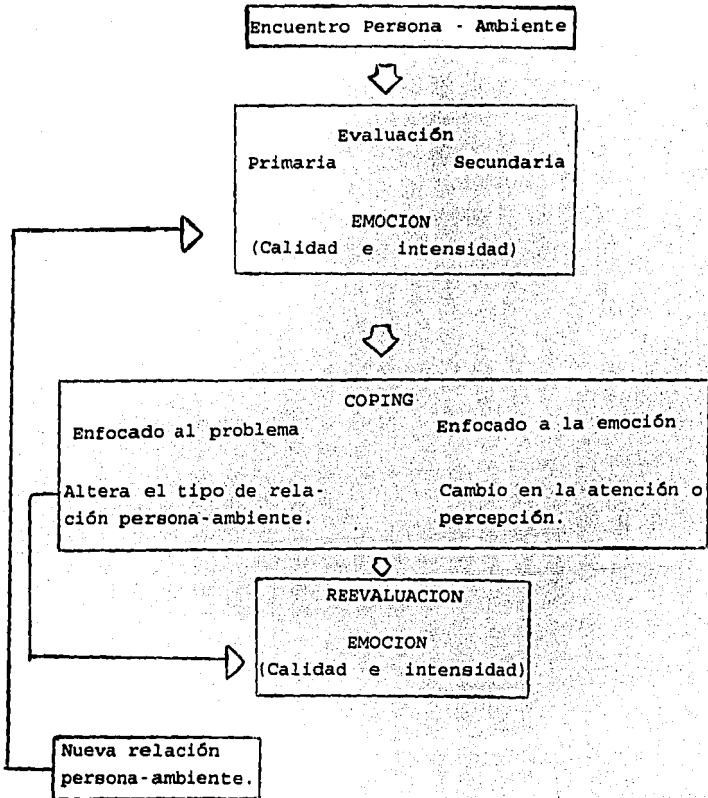


Figura 2 (Folkman S. y Lazarus R.S.1988).

del organismo según los efectos de su conducta sobre la situación. Estos son: el activador de la acción o de recompensa,

dependiente de la actividad nervioso-central del haz procefálico medio; el de lucha y huida, bajo control amigdalino; y el inhibidor de la acción o de castigo, regulado por la actividad septo-hipocámpica.

De acuerdo con esta distinción, la activación conductual puede expresarse a través de comportamientos adaptativos por su eficacia para suprimir los estímulos amenazadores o por su valor para reducir la activación biológica que provocan. En otras ocasiones, esta activación da lugar a conductas de lucha en busca del control de la situación y, por último, la inhibición conductual sería la otra alternativa posible en respuesta paradójica a la activación biológica general (Valdés M., et al. 1985).

Las conductas adaptativas ayudan a reducir la activación, aunque van precedidas de una activación que facilita su ejecución, pues el riesgo biológico procede del estado de activación de su organismo una vez fracasados sus intentos adaptativos para atenuarla; y ésta se torna continua, excesiva o desorganizada, y además influye negativamente en la atención selectiva y necesaria para un afrontamiento adaptativo y un buen rendimiento.

Los organismos pueden restaurar su homeostasis interna operando sobre el entorno, con el fin de modificarlo hasta conseguir que de él procedan estímulos alternativos a los que generan tensión. (Weiss, 1972). Dicho en otras palabras, el sujeto puede neutralizar la amenaza en el medio externo recurriendo a una estrategia objetiva, que no necesariamente tiene por qué responder a una cognición exacta de la realidad (de hecho, es posible ver amenazas donde no existen). En consecuencia, a partir de una cognición equivocada, puede haber conductas del sujeto útiles para su adaptación biológica, aunque sean ajenas a los términos en que está configurada la realidad.

En congruencia con todo lo dicho, es el sujeto el que puede decir que "del ambiente proceden estímulos distintos de los que generan tensión", y lo dice cuando alcanza la cognición de control sobre el entorno. Esta cognición es determinante porque

decide el estado biológico del sujeto, en el sentido de suprimir la actividad hipófiso-suprarrenal, es decir, la activación neuro-endocrina y de mantener el predominio funcional del Sistema Activador de la Acción (SAA), sustentador de las conductas consumatorias y de los estados emocionales gratificantes.

El papel protector del Sistema Activador de la Acción es claro en las conductas sustitutivas, que aparecen como ajenas a la cognición del entorno, pero que resultan adaptativas por sus propiedades reductoras de la activación y por su calidad de conductas consumatorias.

Dichas conductas se dan sobre todo cuando el individuo no puede afrontar directa y exitosamente con el estresor; son estrategias de afrontamiento que son indirectas, evasivas o distractoras, las cuales no controlan el estresor directamente, pero reducen su impacto en el organismo; tales conductas pueden ser, por ejemplo comer, fumar, dormir, beber, la actividad sexual o el ejercicio e inclusive la actividad por actividad. La activación puede potenciar conductas inespecíficas, como ponerse a ordenar la casa, o incluso llegar al extremo de desestructurar la conducta dirigida a objetivos y una verdadera tempestad de movimientos. De acuerdo a lo anterior, se puede decir que el estrés se produce cuando en el organismo se da una activación mayor de la que éste es capaz de reducir con sus estrategias de afrontamiento, ya sean cognitivas o conductuales. Estrés no debe entenderse como sinónimo de activación, ya que la incapacidad para mantener parámetros óptimos para un máximo rendimiento psíquico y conductual es lo que sitúa en riesgo al organismo. Así, según Váldez (1983 citado por Valdés, M. y Flores, T. 1985), el estrés en la teoría de la enfermedad hace referencia a un fracaso adaptativo, consistente en una excesiva activación, de gran resonancia emocional. El estudio del estrés en esta línea de investigación intenta vincular la emoción a la lesión.

A continuación se proporciona un breve panorama de la activación fisiológica del organismo ante situaciones estresantes.

Cabe mencionar que está coordinada primeramente por procesos

nervioso-centrales, ya que en el concepto de estrés va implícita una cognición y una activación del organismo, lo cual se genera a partir del cerebro. La preparación del organismo para el afrontamiento se lleva a cabo a través del Sistema Simpático-Adrenal, este sistema está compuesto por el Sistema Nervioso Simpático, emergente del hipotálamo y por la parte medular de las glándulas suprarrenales.

Se ha mencionado que el eje-hipotálamo adrenocortical (suprarrenal) tiene un papel importante en la respuesta fisiológica del estrés. Primero, la información de eventos internos o externos se recibe por el Sistema Nervioso Sensorial y luego procesada en el Sistema Nervioso Central, donde intervienen las evaluaciones y atribuciones que el sujeto haga a dicho evento, y esto presumiblemente es comunicado al hipotálamo, el área básica del cerebro. El hipotálamo segrega una substancia, el factor liberador de corticotropina (CRF), el cual estimula a la pituitaria a segregar la hormona ACTH. Esta a su vez estimula al córtex de las glándulas suprarrenales a acelerar su síntesis y secreción de hormonas, particularmente las conocidas como glucocorticoides. Las glándulas pituitaria y suprarrenal actúan como respuesta al estrés y pueden ayudar al cuerpo a defenderse de daños fisiológicos.

El acercarse al entendimiento de éste eje puede ayudar a comprender la relación entre estrés y cierto número de enfermedades y trastornos. Este sistema tiene que ver con la regulación del comportamiento, aunque es casi completamente desconocido cómo lo hace; y representa un papel clave en el aprendizaje y la habituación, y por tanto es de importancia adaptativa (Meyerhoff J.L., et al; 1988; Seymour L., 1971).

La hormona pituitaria liberada durante el estrés tiene múltiples efectos en la periferia, incluyendo movilización de recursos de energía, vía gluconeogénesis y lipólisis; así como efectos en el sistema cardiovascular y balance electrolítico.

Aunque se conoce poco del mecanismo que liga al estrés y procesos patofisiológicos, el Sistema Endócrino parece jugar un importante papel en esta respuesta.

Durante el estrés agudo se ha reportado un incremento en la producción de una amplia variedad de hormonas incluyendo la producción de hormona pituitaria (por ejemplo ACTH y GH); catecolaminas y corticosteroides (por ejemplo cortisol), prolactina (la cual se ha visto que tiene efectos conductuales en muchas especies, ya que sus niveles disminuyen cuando el sujeto se ha adaptado a estrés crónico) (Dermitt S. y Friedman R., 1987), y también hay una supresión en la secreción de insulina; esto último conduce a un aumento de los niveles de glucosa en sangre y ácidos grasos libres y a un adecuado surtimiento de energía del Sistema Nervioso Central y otros tejidos del cuerpo. Con respecto a esto, cabe decir que no existen estudios bien controlados para apoyar conclusiones de que el estrés es un evento hiperglucemiante (Lustman, P., et al; 1981).

También otras de las consecuencias biológicas de la activación son el aumento de la presión arterial, la frecuencia cardiaca, decremento en la actividad intestinal, mayor dilatación bronquial, vasoconstricción cutánea y vasodilatación muscular. Se trata de un estado biológico de predisposición al consumo de energía, desde la presunción de que será necesaria para la confrontación con el ambiente.

La activación neuroendócrina, se da como tal en la activación simpático-adrenal. El sistema neuroendócrino capacita al cuerpo a reaccionar a la situación, produciendo catecolaminas adrenomedularmente, las cuales median la respuesta autonómica.

Los niveles de noradrenalina en plasma son los primeros en representar el flujo nervioso simpático, mientras que los niveles de adrenalina derivan de la secreción de la glándula adrenal. La adrenalina se ha postulado como la hormona de respuesta inmediata al estrés, incrementando la activación del S.N.C., movilizando substratos metabólicos (como ácidos grasos y glucosa) y afectando los factores metabólicos en preparación a la respuesta de lucha o huida. La adrenalina se relaciona con estímulos que desencadenan secreción de cortisol. (Delahunt, J. et al., 1987).

Aunque Sapse (1984, citado por Sapse A.T., 1984) ha realizado intentos por definir la fórmula bioquímica del estrés como una

sobreproducción de cortisol, desde el punto de vista endócrino hay un amplio rango de respuestas por lo que no se puede predecir una respuesta estereotipada al estrés.

Por último, hay gran evidencia sobre la compleja interacción entre el sistema neuroendócrino e inmunitario. El estrés produce inmunosupresión y de este modo incremento a la susceptibilidad a las enfermedades, lo cual ya se ha observado a través de fenómenos alérgicos, infecciones, enfermedades autoinmunitarias y formación de neoplasias (cánceres) (Valdés, M. y Flores, T. 1985). Aunque en esta última no hay evidencias aún claras que vinculen su aparición a períodos de estrés.

Por último, se conoce que los glucocorticoides pueden mejorar ciertas funciones inmunes, así como suprimirlas, según la dosis. Y también muchas otras hormonas y neurotransmisores liberados durante el estrés son también capaces de modular la respuesta inmune. (Pettincale, K.W., et al., 1989).

Trastornos Psicosomáticos

Inicialmente, la medicina psicosomática se vió influenciada por el psicoanálisis, postulando que varios tipos de personalidad específicos desarrollan enfermedades psicosomáticas específicas. (Alexander 1950 citado por Surwit, S.R., et al; 1983). Sin embargo, estas tentativas no han ido muy lejos por cuestiones de método, ya que se han apoyado en investigaciones empíricas carentes de recursos explicativos, o han intentado vincular funcionalmente fenómenos biológicos con inferencias puramente psicológicas. No se ha delineado desde esta perspectiva un modelo conceptual que delimite los mecanismos por los cuales los conflictos psicológicos pueden trasladarse en anomalías fisiológicas. (Surwit, S.R., et al, 1983; Valdés, M. y Flores, T., 1985).

De modo que la aproximación psicosomática no es útil en la ayuda y manejo de la enfermedad (Skyler, 1981, citado por Surwit, S.R., et al; 1983), y así se requiere de una nueva aproximación para tratar y entender la enfermedad.

La Medicina Conductual emerge como un nuevo modelo para entender y tratar la interacción conducta-enfermedad (Brik, 1973; Matarazzo, 1980; Pomerleau y Brady 1979; Schwartz y Weiss, 1978).. haciéndose énfasis en un tratamiento conductual de la enfermedad para inducir cambios en la fisiología y conducta usando las Técnicas conductuales.

También se apoya en investigaciones de la psicología experimental, en cuanto a los modelos cognitivos del estrés, para explicar qué variables o condiciones deciden que la respuesta desadaptativa se exprese a través de fenómenos preferentemente psíquicos o de manifestaciones más claramente psicósomáticas.

Es bien sabido que las teorías y modelos psicobiológicos que estudian la ansiedad y la depresión son las mismas que abordan el estrés y generación de síntomas psicósomáticos. Es la teoría de la indefensión aprendida (Seligman, 1975, citado por Valdés M. y Flores T., 1985).. donde se propone la participación de variables intrapsíquicas en la determinación de la conducta.

Al respecto parece que la atribución de indefensión por el sujeto (desesperanza), que resulta en una inadaptación al medio, da lugar a deterioros en algunos casos fisiológicos y en otros casos resulta en cuadros depresivos. Así, los organismos que se ven sometidos a una sobreactivación se ven afectados de distinto modo, aún siendo el mismo evento evaluado como estresante. Así, ciertos sistemas corporales pueden verse muy perjudicados por algunas condiciones, mientras que otros no pueden serlo.

En sí, las técnicas experimentales permiten determinar la influencia de los factores psicológicos en las enfermedades. Con estas técnicas se ha facilitado esta tarea, a través de inducir estados de enfermedad en animales. Así, con los experimentos de Brady (1958) y Weiss (1972), se pudo observar que las lesiones gástricas aumentan cuando el sujeto no tiene control sobre la situación generadora de estrés más que la situación misma; y si tiene ese control sobre la situación, pero no tiene retroinformación relevante y su número de respuestas es elevado, la ulceración es grave; indicando que la retroinformación relevante es importante.

Los experimentos con humanos indican la importancia de los procesos cognitivos, demostrando que las instrucciones verbales y autoverbalizaciones pueden determinar los resultados de la conducta, la cual a su vez afecta al organismo en situaciones de tensión.

Así, se han observado mayores cambios fisiológicos y patológicos en animales que no afrontan exitosamente la situación. El papel del estrés en la etiología de la formación de secreciones gástricas y úlcera es bien conocida en animales y humanos. (Vogel, W.H. 1985).

De tal modo que no es el evento estresante per se; sino la habilidad o inhabilidad de afrontar es lo que puede conducir a la depresión o a consecuencias patofisiológicas.

Así, se ha observado en pacientes depresivos y con mecanismo de afrontamiento débiles una alta incidencia de cáncer (Surawitz, F.G., et al., 1976. Citado en Vogel, W.H. 1985).

También cabe mencionar que mientras el afrontamiento reduce el impacto de los cambios ambientales en el cuerpo, un afrontamiento que implique mucho esfuerzo y que sea muy demandante y exceda la habilidad normal para afrontar puede incrementar los efectos del estrés en el cuerpo, aunque de hecho, el evento estresante pueda ser controlado.

De modo que, se podría decir que el cerebro sobrevalúa ciertos eventos, subevalúa sus recursos para afrontar, o de hecho a veces no los tiene el sujeto; y entonces habrá una respuesta al estrés exagerada indicando que este evento de la vida es extremadamente estresante para un individuo determinado, a pesar de que para otros sea inofensivo. La exagerada respuesta al estrés en esta persona puede exceder el umbral de seguridad y conducir a consecuencias patológicas, tal como desorden mental o somático.

Respecto a lo anterior cabría hacer algunas reflexiones, como por ejemplo, el poder identificar pautas de conductas podría tener importantes implicaciones para la elaboración de programas de prevención, como es la conducta Tipo A que se ha relacionado con alta incidencia de enfermedades cardiovasculares. Se requiere

investigación para averiguar que conductas emergen como factores de riesgo a otras enfermedades, tanto para su inicio como para su mantenimiento.

Así mismo, se requiere poder determinar qué es lo que contribuye al desarrollo de conductas maladaptativas; tal vez las interacciones sociales juegan un papel de importancia que habría que analizar.

Cabe decir que es importante el desarrollo de técnicas e intervenciones cognitivo-conductuales, para el alivio del estrés, y enfermedades relacionadas con éste y probar su efectividad clínica para trastornos específicos.

Finalmente, se requiere investigación de los efectos de eventos de la vida estresantes, así como estresores de todos los días y las conductas de afrontamiento en grupos con trastornos específicos.

Para tener mayor entendimiento de cómo podría actuar el estrés en la diabetes, parece ser necesario primero exponer la importancia del Sistema Nervioso Autónomo y ver como se ve afectado en la diabetes y qué relevancia tiene esto en el estrés y la conducta.

El Sistema Nervioso Autónomo está íntimamente relacionado con la regulación del metabolismo de carbohidratos. Sus efectos en la insulina son facilitatorios en inhibitorios a través del sistema adrenérgico que actúa en las células humanas del páncreas. Es una innervación simpática y parasimpática del páncreas para modular la secreción de insulina en la regulación normal del metabolismo de carbohidratos (Surwit, S., et al., 1983 y Gerich, J.E., et al., 1973), ya que la adrenalina estimula la secreción de glucagón mientras inhibe la liberación de insulina, influyendo en los receptores adrenérgicos de las células alfa y beta del páncreas humano. No olvidemos que el glucagón tiene acciones diametralmente opuestas a las de la insulina.

Se ha propuesto que las células alfa y beta constituyen una unidad funcional simple del páncreas. De acuerdo con esto, habría una secreción coordinada de glucagón e insulina para regular los nutrientes celulares. Se ha demostrado que los agentes

adrenérgicos modifican la liberación de insulina de las células beta, pero también el glucagón de las células alfa. Estudios in vivo, en perros, ratas, patos y humanos han demostrado que la adrenalina también influye en la función pancreática de las células alfa y beta de manera recíproca; de manera que la adrenalina es un agente adrenérgico mixto. Así mismo la elevación de los glucocorticoides dañan la acción de la insulina y promueven la producción de glucosa; también su elevación crónica puede sensibilizar los receptores adrenérgicos a los efectos de las catecolaminas. (Surwit, R.S., et al; 1986).

También, y como ya se ha mencionado, es posible que durante estados de estrés, aún cambios menores, en su secreción puedan ser suficientes para inhibir la liberación de insulina en el páncreas. (Christensen N.J., et al; 1974).

Así, el deterioro de la tolerancia a los carbohidratos y el estado catabólico asociado con el exceso en catecolaminas puede resultar en un desbalance en la función pancreática alfa y beta; inducida adrenergicamente por estrés. Lo cual puede resultar en un trastorno metabólico como lo es la Diabetes Mellitus, ya que si recordamos, ésta se caracteriza por un defecto en la secreción de insulina o su acción; lo cual impide que la glucosa pueda ser usada por las células del cuerpo, acumulándose en el torrente sanguíneo y causando todos los trastornos metabólicos que ya se han mencionado.

Ahora bien, cabe mencionar un estudio realizado (Christensen N.J. et al, 1974), con sujetos diabéticos y sujetos normales a quienes se midió la adrenalina y la noradrenalina en condiciones que se han observado que presentan cambios importantes en el metabolismo. Los pacientes con diabetes pobremente controlada, durante las condiciones de descanso, mostraron elevación en la noradrenalina lo cual se correlacionó con el grado de daño metabólico, en dichas condiciones altos valores de adrenalina fueron vistos sólo en pacientes con moderada a severa cetoacidosis. Durante períodos de ejercicio, el paciente diabético con cetosis demostró gran incremento en catecolaminas plasmáticas en comparación a los normales. Durante el tratamiento

con insulina, cuando un buen control es realizado, los niveles de catecolamina plasmática es similar a los normales.

Por otro lado se examinaron a los diabéticos después de varios días de tratamiento con insulina y dieta; ya habían logrado un buen control, los valores medios de catecolaminas fueron similares a aquéllos obtenidos en los sujetos control.

Con esto se aprecia que las elevadas concentraciones de catecolaminas en plasma en los diabéticos no tratados, está de acuerdo con otros estudios que indican un incremento en la actividad nerviosa simpática en tales pacientes. Por tanto, las hormonas de contrarregulación y el estrés, en ciertos casos, podrían actuar como factores desencadenantes al ejercer sus efectos principalmente hiperglucemiantes en diversos niveles, favoreciendo así, la insulino-resistencia.

Por otro lado, en un estudio realizado por Vandenberg (Lustman P., et al, 1981)., se induce al estrés usando hipnosis y luego como estresor shocks eléctricos de 25-V con impredecibilidad sobre un período de una hora, haciendo mediciones de glucosa en sangre; y encontrando una disminución de la glucosa en sangre lo cual es contrario a lo que se esperaría como respuesta al estrés. Sin embargo, cabe mencionar que hay problemas metodológicos en este estudio, como es falta de control de variables, el no tener medidas que en verdad indiquen que los sujetos estaban estresados, y entre otras no se realizan medidas pre y post test. Por ello es necesario recalcar la necesidad de realizar investigación con un buen control metodológico.

También se han realizado estudios con animales con el fin de investigar la relación entre estrés y diabetes, así Surwit, R.S. et al, (1986) trabajó con un modelo de ratón c57 BL/GJ ob/ob (obeso), a los cuales sometieron a un estresor ambiental que les produjo estados de hiperglucemia; esto es consistente con el trabajo de la mayor parte de los estudios.

Es necesario llevar a cabo estudios y así poder resolver si el estrés tiene una relación causal en el inicio de la diabetes, si afecta su desarrollo y además si son los eventos de la vida estresante o el estrés de todos los días lo que afecta los

niveles de glucosa.

Muchas investigaciones se han realizado para determinar el efecto del estrés en la etiología de la diabetes.

Por ejemplo, Tirgoviste C.I., et al; (1987) realizaron un estudio para determinar la posible relación del estrés en la etiopatogénesis de la Diabetes Mellitus Tipo II; usando tres aproximaciones: el papel del estrés crónico, tanto extremo, severo y moderado, analizado a través de un cuestionario; el papel del estrés agudo, analizando la incidencia de Diabetes Mellitus en relación a la ocurrencia de un terremoto, y por último, la reactividad autonómica en pacientes en quienes el estrés estuvo o no involucrado con el inicio de la Diabetes Mellitus.

Los resultados indican la presencia de estrés psicosocial crónico en 44 % de los 300 diabéticos intervenidos; en cuanto al estrés agudo fue significativamente mayor el número de casos registrados en el año después del terremoto (1977). (En 1976, 98 casos; en 1977, 156 casos y en 1978, 101 casos). Por último la hiperreactividad autonómica se encontró en los pacientes en quienes el estrés se vio involucrado con el inicio de su Diabetes Mellitus, al contrario de los controles o diabéticos en quienes el estrés no estaba involucrado con el inicio de la diabetes, o al menos ellos no lo reportaron así.

Estos datos apoyan la hipótesis del papel del estrés psicosocial en la etiopatogénesis de la diabetes. sin embargo no es concluyente.

El papel del estrés agudo es apoyado en esta investigación y cabe destacar que en los 24 de los 156 casos, los síntomas aparecieron cercanos al día del terremoto.

Por otro lado, varios investigadores han demostrado que el balance metabólico puede ser adversamente afectado por concomitantes fisiológicos de excitación emocional, particularmente ansiedad. (Moran, G.S., 1987).

En la diabetes transitoria, al estrés se le considera como uno de los principales factores desencadenantes, se ha reportado sobre todo en período neonatal (Mendez, E.B., 1984), aunque también se puede presentar en estados mayores, como por ejemplo

después de un estado agudo de infarto al miocardio (García, J.M. et al, 1974 y Woo, E., et al, 1988).

Cabe decir que la relación estrés-diabetes, a menudo es evocada por los mismos pacientes cuando explican el inicio de su enfermedad. (Tirgoviste C.I., et al, 1987).

Aunque los datos parecen apoyar la relación estrés-diabetes, hay controversias respecto al papel que juega el estrés en la etiopatogenia de la diabetes; e inclusive hay investigadores que no han encontrado apoyo empírico a esta relación (Crowell 1953; Geiger, B. y Hubay, 1973; Koch y Molnar, 1974; citado por (Dennis C.T., et al; 1990).

De modo que aún la relación es confusa; se podría hipotetizar que el estrés es un factor que concurre con otros factores y podría así tener un papel que quizá no sea determinante, pero si un factor precipitante; ya que como se vió en factores de riesgo, estos son muchos y la vulnerabilidad endócrina y metabólica que podría estar determinada genéticamente puede ser condición indispensable para el inicio de la enfermedad al ocurrir con otros factores como es el estrés.

Quizá la dificultad para especificar la relación estrés-diabetes sea debido a varias razones metodológicas como:

- 1) la dificultad para cuantificar la intensidad de diferentes tipos de estresores;
- 2) la variabilidad de la relación temporal entre estrés y síntomas de la enfermedad;
- 3) los diferentes efectos metabólicos de los diferentes tipos de estrés; y
- 4) las diferentes respuestas metabólicas individuales a mismos factores estresantes.

De modo que uno de los mayores problemas metodológicos es que los estudios que intentan averiguar esta relación han sido retrospectivos, y de este modo puede faltar confiabilidad en los resultados. Lo ideal sería hacer estudios prospectivos evaluando tanto eventos de la vida estresantes, así como el estrés de todos los días.

También hay investigaciones que intentan determinar el papel del estrés en el curso de la diabetes. Por ejemplo, Dermes, et al (1989); examinó la relación entre hemoglobina glicatada y autoreporte de estrés en una muestra de adultos con diabetes Tipo II, encontrando una correlación altamente significativa entre autorreporte de estrés y hemoglobina glicatada. Esto sugiere que el estrés sostenido puede contribuir a un pobre control de la glucosa en diabéticos.

También Hinkle y Wolff (1952a y 1952b) quienes trabajaron con un número de diabéticos por tres años, para determinar la relación entre eventos de la vida y fluctuaciones en su control diabético; reportan que cuando se discutía con los diabéticos tópicos que resultaban estresantes se detectaban incrementos en la producción de orina, cetonas en sangre y fluctuaciones en los niveles de azúcar en sangre y orina, mientras que los no diabéticos no respondieron de igual manera; ya que su respuesta fisiológica fue menos extrema y requirió más cortos períodos para regresar a la línea base que los pacientes diabéticos.

Sin embargo, hay varios problemas con este tipo de estudios, que usan discusión de eventos de la vida estresante, pues según la Escala de Acontecimientos Vitales de Holmes y Rahe, (1967 citado por Valdés, M. y Flores T., 1985), de los diez acontecimientos vitales más estresantes, cinco se relacionan con la vida sentimental, lo que plantea numerosos problemas de evaluación ya que se trata de hechos de repercusión subjetiva sumamente desigual. Pues no hay que olvidar que el estrés depende de las cogniciones que hace el sujeto de su entorno.

Por otro lado, Grant, et al., (1974) reportaron un incremento no significativo de glucosa en orina asociado con un incremento en el número de eventos de la vida estresante. Y también Bradley (1979) no encontró relación alguna entre eventos de la vida estresante y glucosa en orina, pero si encontró correlación significativa en el incremento de glucosa en sangre y el número de eventos de la vida estresante.

Los datos disponibles, son insuficientes y resulta difícil

determinar si los efectos del estrés ocurren en todos los diabéticos o si sólo en ciertos pacientes.

Esto hace suponer que es necesario investigar la influencia del estrés en la vida diaria para el control diabético, y de hecho esto es considerado muy poco por los investigadores (Surwit, R., et al., 1983).

Por último, es necesario identificar el mecanismo que media el incremento del riesgo a la Diabetes Mellitus, así como el daño en el balance metabólico. El conocimiento que de esto se desprenda deberá ayudar a una mejor comprensión de la diabetes, en cuanto a su riesgo, prevención y tratamiento.

Para concluir, cabe destacar el énfasis puesto a lo largo del capítulo en el concepto de "estrés", dentro de un enfoque cognitivo, ya que el estrés básicamente en la teoría de la enfermedad hace referencia a un fracaso adaptativo que trae como consecuencia una excesiva activación, de importante impacto emocional y físico; donde las variables cognitivas juegan un papel central, así como resaltar también la importancia del eje hipotálamo-adrenocortical, ya que esto permite comprender la relación entre estrés y enfermedad; en este sentido es necesario ubicar la parte experimental de este trabajo con este punto; resultando de este modo que la relajación tiene efectos contrarios al estrés actuando fisiológicamente a nivel adrenocortical y en la actividad simpática, y promoviendo un mejor control metabólico; modificando la percepción y por ende, el afrontamiento al estrés. Aunque ésta no es una estrategia de afrontamiento, si puede propiciar cambios subjetivos que indican la manera en que se evalúan y afrontan las situaciones diarias, produciendo así un cambio en el estilo de vida.

Quizás a este entrenamiento subyacen mecanismos cognitivos (por ejemplo, autoeficacia, percepción de control) que conllevan a conductas de afrontamiento adaptativas.

De tal modo que para concluir cabe dejar a manera de reflexión: ¿de qué depende que haya cogniciones que favorezcan el estrés o no lo favorezcan?

Tal vez un estudio de variables psicológicas y estrategias de

afrontamiento daría la respuesta; y por otro lado el investigar los cambios psicológicos como consecuencia de un entrenamiento en relajación.

CAPITULO IV. TRATAMIENTOS PARA LA DIABETES.

Control y Autocontrol

En el tratamiento de la diabetes se establecen varios objetivos básicos; los cuales son:

1. Conservar la vida del paciente diabético y aliviar los síntomas de la enfermedad.
2. Permitir que el paciente lleve una vida social tan normal como sea posible.
3. Un buen desarrollo psicofísico.
4. Establecer y mantener un buen control metabólico, 80-130 mg/dl de glucosa en sangre en estado de ayunas; sin sobrepasar 180 mg/dl y no menos de 55 mg/dl. Las concentraciones de hemoglobina glicada deben mostrar concentraciones sanguíneas medias de glucosa inferiores a 8.5 mmol/litro.
5. Evitar las complicaciones de la diabetes.
6. Mejorar la calidad de vida. (O.M.S.; 1985).

Bajo estos objetivos, es prioritaria la instrumentación de medidas específicas tendientes a mejorar su control y manejo.

Dentro de estas medidas se evidencia la importancia de implicar al diabético y a sus familiares directos en un programa de educación diabetológica para la correcta realización del tratamiento.

El tratamiento integral del diabético consta de dieta, ejercicio, medicación (si es necesario), educación diabetológica, autocontrol y apoyo psicológico. Un buen control de la diabetes estará en función de un correcto tratamiento, lo cual dependerá de que el profesional conozca al tratamiento y al paciente de tal modo que el tratamiento se adapte al paciente y

no al contrario; así como también, el buen control dependerá de una buena realización por parte del paciente.

La educación y la motivación del paciente son muy importantes para que éste intervenga activamente en el tratamiento y en el mantenimiento de su salud física y emocional.

Los procedimientos más útiles de educación son los campamentos, las colonias o cursos de verano, donde a los niños se les separa de la vigilancia y protección paternas, ayudando a los niños a realizarse junto con otros niños que también tienen diabetes. Estas colonias dan al niño la posibilidad de vivir una vida social y recreativa fuera de su casa y tomar parte activa en el cuidado de su diabetes. Estas colonias tienen una duración media de 15 días. Las edades de los niños oscilan entre 7 y 17 años; siendo recomendable para diabéticos de mayor edad acudir preferentemente a cursos de educación. En las colonias se pretende enseñar a vivir con la enfermedad, dar conocimientos que ayuden al paciente a cooperar en su tratamiento y un cambio en su actitud, hacerlos más independientes y competentes, con una mayor y mejor autoestima y disminución de la ansiedad (Ferre, C.C., 1987).

Este tipo de colonias es una manera adecuada de educar al paciente joven; sin embargo en personas mayores es de gran importancia instruirlos también sobre la correcta aplicación de la insulina, ya que esta falta de instrucción propicia que la aplicación, en lugar de ser subcutánea, sea intracutánea. Se enseñan el empleo de la jeringa de insulina o inyectores automáticos; el rotar periódicamente los lugares de administración, conocer los principios antisépticos, entre otros.

Así, los pacientes pueden adquirir gran destreza y administrarse el tratamiento con éxito.

Además, el paciente puede realizar el autocontrol, lo cual le permite mediante pruebas que se autorealiza en su domicilio, conocer el estado de sus glucemias, glucosurias, o cetonurias. Estos análisis se realizan mediante tiras reactivas, las pruebas

son sencillas, rápidas y fidedignas, si se hacen de manera adecuada; para lo cual es necesario educar al paciente respecto a la técnica, resultados y el qué hacer en caso de valores anormales. El deseo de cooperar y la capacidad de los pacientes es básica para incluirlos en este tipo de enseñanzas de autocontrol.

Sin lugar a dudas, la educación permitirá lograr cambios en la conducta del diabético a fin de incorporar nuevos hábitos que finalmente lo lleven a un nuevo estilo de vida y a una mejor esperanza de vida.

Todos los factores educacionales y de apoyo psicológico deberán reforzar la idea de que la Diabetes Mellitus requiere de un control clínico periódico, bajo la responsabilidad del propio paciente como auto-control, ya que todo conocimiento teórico y educativo deberán enseñarle lo que es la diabetes, cómo se manifiesta y cómo se controla, a fin de que participe activa e intensamente en su propio cuidado.

Tratamiento Actual Para La Diabetes

El tratamiento del diabético no implica de manera exclusiva la administración de insulina o agentes hipoglucemiantes. También es de importancia la modificación de la dieta, la reducción y prevención de la obesidad y un plan de ejercicio.

La diabetes estable se controla con hipoglucemiantes orales y dieta, cuidando que el paciente se mantenga en el peso ideal y que su glucosa esté dentro de los límites normales.

De hecho, el tratamiento con insulina es indicada para los pacientes diabéticos de tipo I (insulino-dependientes), los que habitualmente son jóvenes, de comportamiento metabólico lábil, que tienden a desarrollar cetosis y que no responden satisfactoriamente a hipoglucemiantes; y en segundo lugar aparecen

las fallas a los hipoglucemiantes, es decir, es también la elección en los pacientes diabéticos del tipo II (no insulino-dependientes); quienes tienen una deficiencia acentuada de insulina y no responden a dieta o hipoglucemiantes orales.

La insulina se emplea asociada a hipoglucemiantes cuando existe falla parcial y se desea preservar de alguna manera la secreción fisiológica de insulina (Gómez P.J., 1990).

El diabético se debe mantener en su peso ideal y hasta un 5 a 10 % por debajo de éste. En la diabetes asintomática, la dieta aunada a reducción de peso puede bastar para que el individuo normalice la curva de tolerancia a la glucosa. En la diabetes sintomática que se presenta cuando el individuo está en sobrepeso, la dieta con reducción de peso puede normalizar la glucemia en ayunas, eliminar la glucosuria, quitar todos los síntomas, e inclusive llegar a producir una reversión a la fase anterior de diabetes asintomática. En el diabético lábil adulto, la dieta es muy importante para lograr el equilibrio; se debe fraccionar la ingesta de carbohidratos para que quede repartida y se evite el exceso o la deficiencia momentánea de la glucosa (Rull, A. J., 1990).

En cuanto a la alimentación, se debe evitar el consumo excesivo de carbohidratos refinados y restringir la ingesta de grasas y alcohol. El cambio de hábitos dietéticos no es fácil y no es suficiente con dar hojas impresas con información superficial. Es de gran importancia dar información que sea fácil, sencilla, y clara, ajustada a las condiciones culturales, educativas y económicas de cada paciente, programando en lo posible las comidas de acuerdo al estilo de vida normal del paciente. (O.M.S., 1985).

Respecto al ejercicio, éste considera útil en el tratamiento, debe ser planificado de acuerdo a la edad y estado físico del paciente. El ejercicio mejora el metabolismo y aumenta el bienestar en general, se ha demostrado que mejora la acción de la insulina en los tejidos, por lo cual el ejercicio debe

figurar como elemento importante en el tratamiento. (O.M.S., 1985).

Regresando un poco a la cuestión de la insulina, cabe mencionarse que la terapéutica de la Diabetes Mellitus con insulina se introdujo en 1922, marcando uno de los más grandes éxitos en la medicina moderna (Díaz, S.J., 1987). La mayor parte de la insulina utilizada en la clínica son las de origen bovino y porcino, su estructura difiere ligeramente de la insulina humana; sólo se debe emplear la forma más purificada porque es la que menos probabilidad tiene de causar reacciones inmunitarias en el paciente. En el mercado ya hay insulina con una estructura idéntica a la de la hormona humana, preparada por técnicas biosintéticas en las que se emplea ADN recombinante o mediante modificación química de la insulina porcina. Clínicamente es de igual eficacia, pero aún no se demuestra su superioridad terapéutica; aunque se cree que la insulina purificada de cerdo es más costosa y con mayores reacciones inmunogénicas que la insulina biosintética humana. (Díaz, S.J., 1987).

El elevado costo de la insulina puede restringir la disponibilidad de la insulina en algunos países en desarrollo, a menudo con efectos desastrosos para la salud y vida de los diabéticos.

Se debe considerar que la insulina es una de las instancias terapéuticas más importantes con que cuenta en la actualidad la medicina; sin embargo, en su aplicación se deben necesariamente considerar varios elementos como son:

- a) Tener una utilidad práctica en el enfermo,
- b) No debe conducir a una sobreutilización,
- c) Debe adaptarse a las necesidades económicas y sociales del paciente y, por último

- d) Contar con el apoyo y supervisión del especialista (Gómez, P. J., 1990).

El médico, al implementar un tratamiento con insulina debe tener en cuenta:

- a) tipo de insulina,
- b) vía de administración,
- c) elección de dosis a emplear (según peso, superficie corporal, edad, grado de hiperglucemia y/o cetosis), y
- d) fraccionamiento de la dosis en relación con los diferentes momentos del día y/o con la ingesta de alimentos y ajustar progresivamente el tratamiento. (Duran, G.S., 1987).

Además de estos aspectos, que en un momento dado podrían ser problemas para instaurar un tratamiento con insulina, existen otros problemas, que son más serios y de mayores consecuencias. Es decir, se está hablando de los efectos secundarios indeseables, producto de la administración de la insulina.

La complicación más frecuente es la hipoglucemia. Se presenta cuando la dosis administrada de insulina es excesiva, cuando la dieta es insuficiente o cuando el ejercicio que hace el paciente es exagerado. La hipoglucemia, bioquímicamente, se puede definir como una concentración sanguínea de glucosa inferior a los 45 mg/dl. Es una mezcla heterogénea de signos y síntomas adrenérgicos como son el sudor, la palpitación, palidez, debilidad, irritabilidad, confusión, pérdida del conocimiento, trastornos de la conducta y convulsiones (O.M.S., 1985).

Es necesario vigilar frecuentemente las concentraciones sanguíneas de glucosa para detectar y prevenir esta grave

complicación. Pues la hipoglucemia y la cetoacidosis diabética son importantes causas de mortalidad entre los insulino dependientes.

El prevenir estas complicaciones es una tarea ardua del equipo multidisciplinario que cuida al diabético, y del propio paciente.

La gente que está cerca de diabéticos debe saber reconocer los síntomas de la hipoglucemia y saber qué medidas tomar. Si se reconoce rápidamente, es fácil tratarla. Los episodios leves se corrigen ingiriendo carbohidratos de absorción rápida. (terrones de azúcar o tabletas de glucosa) y luego tomando algún alimento. También se pueden dar bebidas azucaradas por vía oral mientras permanece consciente. Si ha perdido el conocimiento, se debe aplicar rápidamente una inyección intravenosa de 50 ml de glucosa al 20 % o intramuscular de glucagón. Y cuando el paciente recupere el conocimiento se le alimentará por vía oral y se le observará (O.M.S., 1985).

Otra complicación frecuente por el tratamiento insulínico son los trastornos de retracción ocular que se presentan desde el inicio del tratamiento. Estos trastornos se deben a cambios osmóticos pasajeros en los medios transparentes del ojo, corrigiéndose espontáneamente. (Gómez, P.J., 1990).

Otra de las complicaciones es la retención de líquidos o edema. Esta complicación se ha tratado de explicar por una disminución en la secreción de glucagón. El edema generalmente desaparece con la restricción dietética de sal o por el empleo de diuréticos.

En relación a la resistencia inmunológica de la insulina, ésta ocurre cuando los requerimientos insulínicos se elevan hasta más de 800 unidades diarias por más de 72 horas y en ausencia de cetosis, infección o alguna otra situación. Esta resistencia se debe a la producción excesiva de anticuerpos que activan la molécula de la hormona y se resuelve cuando se utilizan insulinas altamente purificadas como las componentes del cuerpo o la insulina humana.

Otro problema que pueden manifestar los pacientes sometidos a terapéutica insulínica es la hipersensibilidad local o sistémica a través de prurito o dolor que generalmente desaparecen en forma espontánea en unas cuantas semanas. Su origen es incierto, no se conoce si se debe a la propia molécula de insulina, o a otras presentes en el preparado químico. Las reacciones alérgicas sistémicas pueden variar desde una urticaria, hasta un shock anafiláctico. Para su control es necesario el uso de antihistamínicos, glucocorticoides y, eventualmente, desensibilización.

Las hipodistrofias es otro problema que se presenta en pacientes tratados con insulina. El problema ocurre más frecuentemente en mujeres, adoptando la forma atrófica con desaparición de grasa en los sitios de aplicación de la insulina, o la forma hipertrófica con un mayor depósito de grasa subcutánea. Su mecanismo de producción es desconocido, pero se le ha relacionado con la aplicación repetida de insulina en el mismo sitio. De ahí la importancia que tiene el aleccionar adecuadamente al paciente acerca de cuáles deben ser los sitios de aplicación de la insulina. Estos trastornos son benignos, de hecho sólo tienen un impacto estético, y pueden desaparecer en uno o dos años cuando se cambia a insulina humana biosintética aplicada desde la periferia hacia el centro de la lesión.

Por otra parte, en cuanto a los agentes hipoglucemiantes, se utilizan como terapéutica diabética cuando los no insulino-dependientes responden insatisfactoriamente con la restricción de alimentos e instrucciones dietéticas. La dosis de estos medicamentos es recomendable reducirla una vez que se consiga regular la concentración sanguínea de glucosa y la medicación se interrumpirá si la regulación puede mantenerse con la dieta sólomente. (O.M.S., 1985).

Sin embargo, y en la realidad es que hay excesos en el uso de drogas hipoglucemiantes, cuando el control podría estar indicado sólomente con dietoterapia. Al parecer, el bajo número

de pacientes que es tratado con dieta como única terapia, es probable que se deba, en gran medida, a la falta de capacitación de los profesionales, a la dificultad de cambiar hábitos dietéticos tradicionales, en especial en el obeso, y a la dificultad de adoptar las dietas clásicas, habitualmente caras, para el nivel socioeconómico de los pacientes. (Luna, B.F., 1975).

Es importante con todo esto, tener presente el posible papel de las sulfonilureas hipoglucemiantes en el aumento de la mortalidad cardiovascular de los diabéticos, y específicamente su efecto perjudicial sobre la actividad eléctrica cardíaca, que agrava la cardiopatía isquémica en los diabéticos (Pogatsa, G., 1986); y su efecto en la elevación de la presión arterial de la sangre. (Christieb, A.R., 1973 y Wales J.K., et al; 1971) y en el aumento de la contractibilidad miocárdica (Lasseter K.C., 1972 y Pogatsa G., et al., 1977).

Cabe mencionar que con el uso de la insulina desde fines de 1922, y los hipoglucemiantes orales que se introdujeron a principios de 1950, se esperaría una mayor sobrevivencia del paciente diabético; sin embargo no se ha observado algún decline en el riesgo de muerte; lo que hace suponer que los nuevos regímenes terapéuticos no han tenido efecto en la sobrevivencia. (Kessler, I.I., 1971).

Indudablemente, como en cualquier tratamiento medicamentoso hay grandes desventajas; y el tratamiento farmacológico de la diabetes no es la excepción; pues como ya se ha visto previamente, hay efectos secundarios indeseables; el riesgo de muerte no se ve mejorado, hay problemas de adherencia terapéutica, deterioro de la calidad de vida, costo económico elevado y dependencia psicológica al fármaco, entre otros.

Es claro que el enfoque más deseable sería el no farmacológico para el tratamiento de la diabetes y de otros transtornos psicósomáticos.

En dichos enfoques sería necesario poner énfasis en acciones higiénico-dietéticas; pues así, por ejemplo, hablando de

sobrepeso, éste refleja escasa penetración de acciones higienico-dietéticas realizadas a nivel institucional (cursos, hábitos alimenticios, etc.) y por otra, la necesidad de mejorar cualitativa y cuantitativamente dichas acciones mediante un plan alimentario que se adapte a nivel familiar, donde el ama de casa maneje en términos apropiados a su nivel socioeconómico la ingesta calórica de la familia. Claro que esto último no es fácil, requiere primero establecer los grupos sociales que se va a atender, y además se necesita reeducar a los pacientes fuera de la misma institución mediante visitas domiciliarias, compras didácticas al mercado, etc., es decir, todo esto implica una reestructuración a las estrategias actuales, que aunque representa una gran inversión, valdría la pena intentarlo, ya que puede disminuir el consumo de hipoglucemiantes orales entre otras cosas (García, A.J., et al., 1989).

Esto sería sólo un aspecto de un cambio en la estrategia de tratamiento actual para la diabetes. Pues también se puede hacer uso de otras de tipo psicológico, como puede ser el enseñar al paciente a manejar mejor las situaciones estresantes a las que diariamente puede verse sometido; para lo cual se puede recurrir a procedimientos tales como la aserción, inoculación al estrés, reestructuración cognitiva, modificación de conducta, retroalimentación biológica (RAB), relajación progresiva, entre otros; que pueden ayudar a disminuir la glucosa en sangre y a un mejor manejo de situaciones estresante.

Aproximaciones No Farmacológicas

Una exposición prolongada al estrés ha sido relacionada a problemas de salud. Exposición por relativamente largos períodos de tiempo, aún no siendo severa, puede tener un efecto significativo en el funcionamiento de un individuo.

Una buena manera de aproximarse a estos problemas sería usar programas cognitivo-conductuales para el manejo del estrés.

Es relativamente reciente el interés en las aproximaciones no farmacológicas, para el tratamiento de trastornos psicossomáticos, comparados con las intervenciones farmacológicas. El tratamiento no farmacológico intenta incidir básicamente en aspectos cognitivo-conductuales que tengan repercusiones en el desorden; se exploran los efectos de la conducta en el control metabólico y se intenta explicar cómo una intervención conductual se puede usar para el tratamiento de la enfermedad.

Entre las aproximaciones conductuales que se han propuesto se pueden mencionar, por ejemplo:

- Entrenamiento en actividades cognitivas, como inoculación al estrés. (Kremsdraf R.B., 1981; Barry A.R., 1989 y Valdés M., et al., 1985);
- Reestructuración cognitiva. (Christopher R.N., 1987; Kenneth A. et al., 1978; Thatcher, et al., 1979; Barry A.R., 1989; Baum A., et al., 1983 y Valdés M., et al., 1985);
- Entrenamiento autogénico. (Blanchard E., et al., 1987; Barry A.R., 1989; Yates A.J., 1980 y Christopher R.N., et al., 1987);
- Hipnosis. (Barry A.R., 1989 y Christopher R.N., et al., 1987).
- Meditación. (La Grone R., et al., 1988; Yates A.J., 1980; Christopher R.N., et al., 1987 y Werner O.R., et al., 1986);
- Yoga. (La Grone R., et al., 1988; Yates A.J., 1980 y Christopher R.N., et al., 1987);
- Educación. (La Grone R., et al., 1988 y Surwit S., et al., 1989);
- Ejercicio físico. (Rogers M.A., et al., 1988 y La Grone R., et al., 1988).

Los cuales se han utilizado para el tratamiento de dolores de cabeza tensional, migraña, hipertensión arterial, asma, y abuso de drogas, entre otros.

Dichos enfoques cognitivos y de relajación se han encontrado útiles para trastornos que ya han sido tratados con retroalimentación biológica. Así, por ejemplo, se han encontrado efectos benéficos en la práctica regular de la meditación, yoga y relajación; en la realización cognitiva e intelectual y una mejor realización de tareas. (Yates A.J., 1980).

El dar educación, implica un mejor cuidado a la salud; y se aumenta el conocimiento respecto a la naturaleza y tratamiento de la enfermedad, abarcando aspectos como la dieta, el control de peso, los hábitos de fumar y el ejercicio, manejo del tiempo y el papel del estrés en los trastornos fisiológicos. (La Grone, et al., 1988).

También, como ya se ha mencionado, hay interés por estudiar el entrenamiento en habilidades cognitivas para el tratamiento de desórdenes psicósomáticos. Haciendo énfasis en la modificación de la actividad cognitiva mal-adaptativa y en síntomas afectivos.

Así, citando a Maichenbaum (1975), quien menciona que el problema no es la excitación fisiológica per se, ya que la persona construye sus eventos, personas y su propias reacciones al estrés, de tal modo que los productos cognitivos, lo que dice o piensa son importantes mediadores de la conducta adaptativa o mal-adaptativa.

Luego, un entrenamiento en esta dirección ayudaría a evitar pensamientos negativos y/o reevaluar la situación del estrés, aumentando la creencia de la habilidad para hacer frente a las situaciones, es una percepción de control que conlleva a conductas de afrontamiento adaptativas.

La efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales ha desencadenado especulaciones, respecto al mecanismo cognitivo que puede subyacer (posiblemente un aumento en autoeficacia) a los tratamientos conductuales de RAB y relajación, ya que éstas no ponen atención a el papel de las variables cognitivas en cuanto a inicio, mantenimiento y tratamiento de desorden psicósomático. Los cuales se han puntualizado, (Blanchard B.E., et al., 1985), que son los principales procedimientos no farmacológicos de desórdenes

psicofisiológicos; cuyo objetivo es cambiar alguna respuesta fisiológica, como presión sanguínea para hipertensión o algún otro síntoma como dolor de cabeza.

A continuación se presentan algunos trabajos en donde se han utilizado estas técnicas, ya sean solas o combinadas para algunos trastornos fisiológicos.

Jacobson (1983) utilizó la relajación progresiva, encontrando buenos resultados en cefaleicos.

Wickramaskera (1973) utilizó sesiones de relajación sumada a retroalimentación biológica (RAB) encontrando reducción en intensidad y frecuencia del dolor de cabeza.

Tharcher, et al., 1979; encontró que tanto la RAB-EMG como la relajación, pueden reducir de igual manera la intensidad, duración y/o frecuencia del dolor de cabeza.

Blanchard (1985) reporta que la relajación sola, en pacientes con dolor de cabeza tensional tienen un 41 % de mejoría, mientras que combinada con RAB-termal tuvo 52 % de mejoría; tanto en migrañosos como en tensionales.

En un estudio de 36 meses de seguimiento, Reich (1989) encontró que la relajación es efectiva en frecuencia e intensidad para cefaleicos.

Por otra parte, Blanchard (1978) encontró también que la relajación y RAB, en seguimiento de 1, 2 y 3 meses es igualmente efectiva para estos pacientes.

Chesney y Shelton (1976) utilizaron relajación y RAB-EMG en dos semanas con 3 ó 9 sesiones, encontrando a los dos igualmente efectivos para el dolor de cabeza.

De igual manera Cox, et al., (1975); Haynes et al., (1975), encontraron iguales resultados.

Hutchings y Reinking (1976), Mc Kenzie, et al., (1974); Mitche P.J., et al., (1976); Tasto y Hinkle (1973) y Warner y Lance (1975), encontraron también que RAB y relajación son efectivos en la reducción del dolor de cabeza.

Qualls y Sheehan (1981) encontraron mejor la relajación al

compararla con el RAB-EMG.

En hipertensos, la relajación también se ha utilizado con buenos resultados (Blanchard, 1984 y Blanchard, et al., 1987).

Shoemaker y Tasto (1975) comparando la técnica de relajación sola con RAB de presión sanguínea encontraron mejor la relajación. Por otro lado, Blanchard, Miller, Abel, Haynes y Wicker (1979) comparando las técnicas mencionadas anteriormente, con RAB-EMG cada una también por separado, encontraron mejor la relajación. Surwit y Shapiro (1976) utilizaron en vez de la relajación la meditación, comparándola con RAB-EMG y RAB-presión sanguínea cada una por separado y encontraron a las tres igualmente efectivas; mientras que Surwit, Shapiro y Good (1978) encontraron mejor la meditación. Hafner (1982) utilizó RAB-electrodermal combinada con meditación y comparándolas con RAB-electrodermal encontrándolas igualmente útiles. Por último, en cuanto a comparación de técnicas, Friedman y Taub (1977, 1978) compararon RAB de presión sanguínea con hipnosis y encontraron mejores resultados en esta última técnica.

En cuanto a utilización de técnicas combinadas por pacientes también hipertensos, Patel (1973, 1975) utilizó RAB-electrodermal, más relajación, más meditación. Patel y North (1975) utilizaron la combinación de RAB-electrodermal más relajación, más RAB-EMG más meditación. Patel y Datey (1976) utilizaron RAB-electrodermal con relajación y meditación; en todas estas combinaciones se tuvieron éxitos terapéuticos notables. Mientras que en algunos otros estudios se ha encontrado algún éxito, así, Love, Morntgonery y Moeller (1974) que combinaron RAB-EMG con relajación; Moeller y Love (1974) que usaron RAB-EMG más entrenamiento autogénico; y por último Bertison, Bertz y Zimerman (1979) combinando RAB-temperatura y relajación.

En el tratamiento de la hipertensión se han utilizado también diferentes procedimientos de relajación. Entre ellos la meditación (Bensen, Beary y Carel, 1974 citado por Goldstein, et al., 1981), los ejercicios de la relajación del yoga (Datey, Deshmuck, Dalvi y Vinekar 1969 citado por Goldstein, et al., 1981), un procedimiento

de relajación condicionado por el metrónomo (Brady, et al., 1974 citado por Goldstein, et al., 1981), la relajación y la hipnosis (Deabler, Fidel y Dillenkoffer, 1973 citado por Goldstein, et al., 1981) y la relajación (Taylor, Farquhar y Nelson 1977 citado por Goldstein, et al., 1981). Todos estos procedimientos se han encontrado útiles para un descenso de la presión sanguínea.

Por otro lado, en arritmias cardiacas, específicamente taquicardias, Labrador (1981) encontró éxitos terapéuticos claros combinando RAB de tasa cardiaca más RAB-electrodermal más relajación.

En hipotensión postural se ha comparado RAB-temperatura con relajación y se encontraron igualmente efectivas, (Blanchard, Theohald, Brown, Silver y Willianson, 1977) y en 1978 encontraron mejor la relajación.

Hart, (1984) encontró iguales RAB-temperatura, RAB-EMG y la relajación.

Por otro lado, en este mismo padecimiento se han encontrado éxitos terapéuticos claros en algunas combinaciones de tratamiento, como RAB-temperatura más entrenamiento autogeno (Sargent, Green y Waters, 1973; Pepers y Grassman, 1974; Pearce, Walters y Sargent, 1975), RAB-temperatura más relajación más entrenamiento autogénico (Werder, 1978).

Blanchard, Andrsik, et al., (1982) encontraron algún éxito terapéutico combinando RAB-temperatura con relajación.

También se informa de éxitos terapéuticos claros en la enfermedad de Raynaud¹, combinando RAB-temperatura, RAB-EMG y relajación (Sedlacek, 1976 b) y de grandes éxitos combinando RAB-temperatura, RAB-EMG, relajación y tratamiento autogénico. (Stephenson, 1976 a).

Para este mismo padecimiento Jacobson, Monschreck y Silverberg (1979) encontraron mejor la relajación al compararla con RAB-

¹ La enfermedad de Raynaud consiste en asfixia, síncope o gangrena local de las extremidades

temperatura; mientras que Surwit, Pilon y Feston (1978) encontraron iguales a RAB-temperatura y entrenamiento autogeno al compararlos; Keefe, Surwit y Pilon (1980) al comparar los dos anteriores y la relajación los encontraron igualmente efectivos.

Diferentes procedimientos de relajación se han utilizado también solos o combinados, con otro tipo de tratamientos en otro tipo de trastornos como adicciones donde se ha encontrado algún éxito al combinar RAB-EMG, RAB-temperatura, entrenamiento autogéno y meditación (Crabtree y Atmore, 1980).

Reinking (1978) comparó RAB-EMG y relajación, y los encontró igualmente efectivos.

En problemas de ansiedad se encontró algún éxito terapéutico al combinar RAB-EMG, relajación y terapia cognitiva (Cohen, Barlow, Blanchard, Di Nardo, O'Brien y Klosko, 1984). Comparando RAB-temperatura con relajación se encontraron iguales (Hawkins, Doell, Lindseth, Jeffers y Skaggs, 1980); no se encontraron diferentes resultados al comparar RAB-EMG, relajación y meditación (Raskin, Bale y Peeke, 1980), así como al comparar RAB-EMG con relajación (Counts, Hallandsworth y Alcorn, 1978; Le Boeuf y Lodge, 1980; Reed y Saslow, 1980).

En fobias se han combinado RAB-EMG con relajación (Reeves Maeliea, 1975); RAB-temperatura con RAB-EMG y relajación (Lowenstein, 1977) con algún éxito terapéutico.

En diferentes problemas psiquiátricos también se ha utilizado la relajación combinada con otras técnicas, encontrando algún éxito terapéutico. Nigl y Jackcon (1980) utilizando RAB-EMG con relajación; Ford, Stoebel, Strong, Szarek (1982) utilizando RAB-EMG, RAB-temperatura, relajación y entrenamiento autogéno.

También se han comparado RAB-EEG-Alfa con meditación (Glueck y Stroebel, 1975) encontrando mejor la meditación.

En hiperactividad infantil se ha combinado la relajación y RAB-EMG (Omizo y Williams, 1982; Denkowski, Denkowski y Omizo, 1963) con algún éxito terapéutico. Y comparando RAB-EMG con relajación; Braud (1978) los encontró igualmente eficaces, del

mismo modo que Denkowski y Denkowski (1984) que compararon RAB-EMG con relajación grupal.

En insomnio, Freedman y Papsporf (1976) compararon RAB-EMG con relajación y los encontraron iguales terapéuticamente.

En epilepsia se han combinado RAB-EEG-Alfa y theta con relajación, con algún éxito terapéutico (Johnson y Meyer, 1974), y se han comparado RAB-EEG-Alfa con relajación, encontrándolos iguales en efectividad terapéutica (Cabral y Scott, 1976).

En problemas gastrointestinales por último, también se ha utilizado la relajación. En espasmo esofágico se combinó RAB-EMG y relajación con éxitos terapéuticos claros (Latimer, 1981).

En úlceras pépticas se combinó RAB-EMG y relajación con éxitos notables (Beaty, 1976).

Se combinó RAB-EMG y relajación en casa, para la disfgia crónica, encontrando algún éxito terapéutico (May D.S., 1976).

Aunque en muchas de las investigaciones mencionadas no se aprecia la contribución real de la relajación u otros procedimientos de ésta, es claro que es una técnica utilizada en muchos transtornos y con un éxito en muchos casos claro o tan efectiva como en otras técnicas.

Sin embargo, cabe mencionar que en estos estudios muchas veces faltan controles adecuados, para identificar componentes activos utilizados en los paquetes de tratamiento, identificar factores que contribuyen a la efectividad ya que puede haber muchas variables no específicas que puedan estar interviniendo, como el contacto con el terapeuta, las instrucciones dadas, las expectativas de los sujetos, la experiencia del terapeuta, el tiempo y número de sesiones. Es decir, se necesita realizar más investigación con controles metodológicos.

Aún no es claro si RAB es mejor que la relajación para aliviar la tensión muscular, puesto que hay datos contradictorios donde algunos apoyan su superioridad (Yates A.J., 1980 y Coursey R.D., 1975) y otros no, sin embargo faltan evidencias.

Blanchard E., et al., (1982) menciona que la falta de

diferencias en los resultados, entre RAB y relajación, ha conducido a especular que ambos tratamientos operan a través de un mecanismo similar, el cual es el mismo para los efectos de la relajación en un camino final común.

Al respecto cabría plantear una pregunta a resolver: ¿Qué tipo de técnicas son efectivas, para qué tipo de gente, con qué clase de problemas e incluso, en conjunto, con qué otros procedimientos?

Sin embargo, los enfoques de relajación pueden ser tratamientos por derecho propio, aunque no es claro cual puede ser el tratamiento de relajación específico más benéfico para distintos tipos de individuos que padecen diferentes trastornos. Sin embargo, este tipo de enfoque puede aportar al clínico y al paciente una opción que no sea cara de producir y posiblemente aumentar los efectos del tratamiento. (Goldstein, et al., 1981).

Por todo lo anterior, para el presente trabajo se propone a la relajación como una opción de tratamiento para la diabetes, ya que se han empleado técnicas de relajación para tratar, como ya se ha visto, trastornos mediados por el llamado Sistema Nervioso Autónomo (Shapiro y Surwit; 1979). Hay evidencia de que la relajación ejerce una reducción en la actividad simpática (Stone y De Leo, 1976 citado por Surwit S.R., et al., 1983) y adrenocortical (Jeuning W.D., 1978).

Pudiendo así tener efectos positivos para el manejo del estrés donde el paciente diabético específicamente podría ejercer un control metabólico. De modo que la relajación puede tener buenos resultados en la diabetes.

Daniels (1939, citado por Surwit S., et al., 1983) resume el primer reporte del uso de la relajación en control de síntomas diabéticos por Bauch en 1935, quien administró ejercicio de relajación muscular combinada con sugestión hipnótica a siete pacientes diabéticos, encontrando una disminución en las unidades de insulina requerida.

Flowler, Budzinsky y Vanderbergh (1976) utilizaron relajación asistida con RAB-EMG; por seis meses, en un sujeto insulino

dependiente, también se le proporcionó un cassette de relajación para que practicaran dos veces al día. Su ingesta de insulina decreció de 85 a 59 unidades, y el sujeto reportó disminución en su labilidad emocional e inestabilidad metabólica. Este trabajo propone una prometedora posibilidad, sin embargo, es solo un caso y no se utilizó un control adecuado, de manera que los resultados pueden deberse a otras variables.

Guthrie M. y Guthrie (1976) emplearon un diseño similar al de Fower, et al. (1976), pero sus resultados no son bien presentados. Seeburg y Boer (1980 citado por Surwit S., et al., 1983) trataron a un paciente insulino-dependiente como una significativa reducción en los requerimientos insulínicos.

Surwit R.S. y Feingles M.N. (1983), reportan un estudio con doce sujetos diabéticos no insulino-dependientes, con variaciones en su control metabólico como consecuencia de eventos estresantes. La mitad de estos sujetos se les dió cinco sesiones de 50 minutos cada una de RAB-EMG y se les proporcionó un cassette con técnicas graduadas de relajación progresiva para que la practicaran dos veces al día durante cinco días, y la otra mitad estuvo en idénticas condiciones (hospitalizados) solo que no recibieron el tratamiento. En el grupo de tratamiento hubo mejoras significativas en la tolerancia a la glucosa (de 22-24 a 18-19 unidades). Sin embargo, a pesar de la reducción, el tratamiento se tuvo que suspender por inestabilidad metabólica que se iniciaba a la octava semana. Aquí, cabría interrogar cuál es el número idóneo de sesiones a dar, para alcanzar un control metabólico adecuado.

Más recientemente Surwit R.S., et al. (1989) ha realizado un trabajo con 20 pacientes diabéticos no insulino-dependientes a quienes se les asignó uno de los dos grupos siguientes:

1. cuidado de la diabetes óptimo y educación (grupo control) y
2. cuidado de la diabetes óptimo, educación y relajación (grupo experimental).

De modo que a todos se les mantuvo su régimen medicamentoso

y sesiones semanales de educación durante ocho semanas, y sólo el grupo experimental recibía relajación. En todos hubo un decremento de glucosa sanguínea y hemoglobina glicatada. Pero sólo en el grupo experimental se encontró una mejor tolerancia a la glucosa y se mantuvo esto a las 24 semanas.

También se ha reportado el tratamiento de la diabetes insulino-dependiente inestable en una mujer, usando entrenamiento de relajación, RAB y manejo del estrés. El promedio y desviación estándar de los valores de glucosa en sangre decremantan durante el tratamiento, y la mejoría fue mantenida a un año de seguimiento con constante y leve decremento de dosis de insulina.

Finalmente, Bradley C. (1979) citado por Dennis C. et al (1990) presenta un estudio de caso en el cual se da RAB asistida con técnicas de relajación para una mujer joven con 10 años de evolución de diabetes insulino-dependiente; para un manejo efectivo del estrés y un mejor control de la glucosa. En este estudio no se reportan resultados adecuadamente.

Como se puede apreciar, estas investigaciones dan cierto apoyo a la efectividad de la técnicas de relajación para tratar la diabetes. Algunos no reportan sus resultados correctamente, otros no utilizan controles adecuados y sus resultados pueden no ser exclusivos de la técnica usada. Es necesaria más investigación que evalúe los efectos terapéuticos del tratamiento y conocer su efectividad.

Es muy importante cuidar los elementos no específicos y evitar el papel del efecto placebo de la condición experimental. Es necesario considerar, por ejemplo, el cumplimiento de los ejercicios de relajación en casa, ya que su cumplimiento se reporta ser muy pobre (La Grone R. et al., 1988), los factores motivacionales del sujeto y del experimentador, así como las expectativas y creencias en este tipo de tratamientos tienen gran importancia.

Por otro lado, se deben investigar los efectos psicológicos de la relajación en pacientes diabéticos; ya que el entrenamiento puede modificar la percepción y afrontamiento al estrés.

Por último, dada la evidencia que indica una gran relación

entre el nivel de azúcar en sangre y el estrés, y la gran incidencia de esta enfermedad, hace a todo lo anterior de gran importancia para la investigación futura y para prevenir y tratar la diabetes más exitosamente.

Con el aprendizaje de la relajación, los sujetos aprenden a evocar estados subjetivos placenteros que les proporcionan tranquilidad interna y combaten el estrés psicológico. Cambios afectivos también se han notado como resultado de la meditación o relajación. Un número de estudios controlados con individuos normales han demostrado que las medidas de ansiedad, así como de depresión, declinan como resultado de un entrenamiento de relajación o de meditación.

Les proporciona la base para un nuevo nivel de conciencia y de autorrelajación ya que aprender a discriminar sensaciones ligadas a estados de relajación y a diferenciar estados de tensión, y con ello pueden conseguir el control de una serie de situaciones (Budzynsky, 1977 citado por Goldstein A.P., 1981).

Se les puede ayudar a localizar sus fuentes de estrés y las bases motivacionales de sus síntomas en sus propias vidas pueden localizar fuentes subyacentes de estrés en nuestra sociedad conduciéndolos tal vez a medidas de salud pública para combatirlos, y así producir una mejor salud física y mental (Miller E.N., 1978).

Así, el paciente asume su propia responsabilidad de mantener y controlar su propia salud, más que recibir pasivamente al médico para que se le dé cura; él puede aprender respuestas más adaptativas. Aunque esto no es claro para los menos expertos, muchas personas que practican la relajación dicen sentirse más capaces de manejar situaciones estresantes sin excitación emocional inapropiada (Agras S.W., 1988 citado por Ader R., et al., 1990).

Se podría decir como Rickles (1982), que es un proceso educativo ya que aunado a lo anterior, aumenta su entendimiento entre la relación de las respuestas fisiológicas y eventos internos y la práctica en casa puede resultar en un cambio en su estilo de vida, que prometería una más confortable manera de vivir.

También la relajación ha demostrado mejorar el desempeño en el trabajo y la sociabilidad (Agras S.W., 1988 citado por Ader R.,

et al., 1990).

Precauciones

Una precaución al trabajar con desórdenes metabólicos, como la diabetes y si ésta es insulino-dependiente, es el tener cuidado en reducir la dosis de insulina; ya que el sujeto puede reportar, subjetivamente, sentirse mejor, como resultado del tratamiento, cumplimiento o una variedad de otros factores; y por consecuencia reducir o continuar su ingesta de insulina con resultados desastrosos.

Los niveles de azúcar en sangre del sujeto deben ser cuidadosamente monitoreados y sólo reducir la insulina si hay evidencia definitiva de necesitar la reducción, y así evitar caer en estados hiperglucémicos.

Por otro lado, si el paciente está tomando hipoglucemiantes o requiere de insulina, no se le debe retirar esto para realizar una investigación, sino adaptar el procedimiento y averiguar si se reduce la ingesta de medicamentos, además de examinar otras variables fisiológicas, como resultado del procedimiento.

También se debe tener precaución con respecto a estados hipotensivos que puede causar la relajación en edades ya avanzadas (Rickles W., et al., 1982).

El imponer el tratamiento puede resultar en una inhabilidad para responder exitosamente y la consiguiente frustración para el paciente y el terapeuta. Por ello es conveniente que se le informe al paciente sobre el procedimiento, su duración y lo que se requerirá de él. Se le puede pedir al paciente que firme de consentimiento a participar en el estudio, si está de acuerdo, y así se le involucrará más en el tratamiento mismo.

Después de cada sesión, el terapeuta se debe asegurar de que el paciente está completamente despierto y normalmente excitado.

Hay pacientes que responden negativamente a estados objetivamente medidos de relajación; algunos otros, con cierta

rumiación depresiva, ante estados profundos de relajación pueden incrementar el pensamiento irracional (Rickles W., et al., 1982).

Antes de que la respuesta esté sobreaprendida es muy probable que haya un cierto grado de alivio del síntoma. Los pacientes comunmente terminan el tratamiento cuando mejora su condición, pero es muy importante que se dé más allá del punto en que se ven las primeras reducciones del síntoma, para preparar una respuesta duradera y estable (Goldstein A.P., et al., 1981).

Al trabajar con algún sistema orgánico, se necesita la colaboración de especialistas médicos, así como conocer la anatomía, fisiología y realidades clínicas y epidemiológicas del trastorno. De modo que la medicina conductual requiere del desarrollo de nuevos patrones de educación de los científicos conductuales.

Por último, las técnicas psicológicas y/o médicas (RAB, psicoterapia, medicación, dieta, relajación, etc.) son adecuados cuando aseguran el cuidado total del paciente. Así, tal vez sea necesario hacer individualizaciones comprensivas del régimen de tratamiento. Es importante tener presente que el tratamiento se debe adaptar al paciente y no visceversa, hablando en el ámbito de la práctica clínica.

Mecanismo Fisiológico De La Relajación En La Diabetes

Dado que en muchos casos el tratamiento en relajación ha sido exitoso para el control de la diabetes, bien vale la pena averiguar a través de qué mecanismo psicofisiológico la relajación actúa.

Probablemente, la relajación mejora las conductas de afrontamiento al estrés y el organismo se ve menos implicado a una constante sobreactivación fisiológica. Así la terapia de relajación puede ejercer su efecto reduciendo la actividad del Sistema Nervioso Central (SNC), sobre todo la del Sistema Nervioso Simpático (SNS). Así la relajación puede alterar el balance percibido de una situación de reto, por el decremento de la

actividad del SNC o también puede directamente reducir la conducta del afrontamiento defectuosa o la respuesta afectiva a un pobre afrontamiento. Y otra vez, la relajación puede permitir al diabético separarse a sí mismo de eventos ambientales que ordinariamente conducirán a una elevación de la glucosa sanguínea (Agras S.W., 1988 citado por Ader R., et al., 1990).

Es así probable que la interacción de algunos, o todos, estos procesos conduzcan a la reducción de la glucosa sanguínea.

Por otro lado, los efectos del estrés en la glucosa son conocidos. Una enfermedad física o crisis emocional pueden precipitar estados hiperglucémicos, probablemente por vía de incremento de la hormonas contrarreguladoras como epinefrina y cortisol. Mientras que el mecanismo fisiológico por el cual la relajación influye en la reducción de la glucosa sanguínea aún no se ha establecido claramente, muy poco se conoce de su efecto en la función neuroendocrina.

La relajación puede prevenir los efectos adversos del estrés, induciendo incremento en el Sistema Nervioso Simpático con un mejor control metabólico del diabético, y reduciendo en el diabético Tipo I los requerimientos de insulina.

Sin embargo, es necesario investigar los cambios de la epinefrina y norepinefrina, las cuales afectan la movilización de energía. También se necesita evaluar la insulina, el glucagón, cortisol y otros posibles mediadores en los cambios de glucosa en plasma.

Se ha mencionado que la relajación influye en la actividad autónoma (Beaty T., et al., 1979), disminuyendo la actividad del Sistema Nervioso Simpático. También se ha encontrado reducciones en el cortisol plasmático (Surwit S., et al., 1983 y 1986), en la noradrelina y adrelina (Agras S., 1988 citado por Ader R., et al., 1990), los cuales pueden influir en el metabolismo de la glucosa.

Cabe mencionar que la significancia clínica de la relajación dependerá de cómo opera para reducir el azúcar.

Un estudio realizado para investigar los cambios endócrinos a largo plazo con la meditación trascendental, se encontró una asociación entre la meditación regular y la hiperactivación

noradrenérgica, con un decremento progresivo en TSH, hormona del crecimiento y prolactina, pero no hubo cambios consistentes en el cortisol. Esto sugiere que la práctica de ésta técnica produce efectos neuroendócrinos a largo plazo. Al respecto cabe mencionar el reporte de que algunas investigaciones han demostrado concluyentemente que los cambios fisiológicos producidos por la meditación trascendental pueden ser igualmente producidos por entrenamiento de relajación progresiva o aún técnicas simples las cuales producen relajación (Yates A.J., 1980).

Por otra parte, la mayoría de los trabajos realizados con tratamientos de relajación o procedimientos relacionados (meditación) para estudiar los efectos fisiológicos se ha realizado con población normal y por ello es difícil generalizar a otras poblaciones.

Estudios controlados también sugieren que el tratamiento en relajación o meditación, produce un estado hipometabólico diferente del asociado con ambientes de descanso o períodos de confort, el cual se ve acompañado por reducción en el consumo de oxígeno, producción de dióxido de carbono y niveles sanguíneos de lactosa, así como también en la respuesta galvánica de la piel (Wallace, Benson y Wilson, 1971; Jeving O'Halloran, 1983, citado por Ader R. et al., 1990). Otros estudios han encontrado pequeñas reducciones en cortisol plasmático o durante la meditación y una reciente investigación encontró un marcado decline en la glucólisis de la célula roja durante períodos de meditación, los cuales son alternados con descanso (Jeving R.A., et al., 1983 citado por Ader R., et al., 1990).

Por último, podríamos decir que el modelo teórico más apropiado para la relajación es el de la reducción de excitación simpática, mientras que el papel de los cambios en percepción, afecto y conducta no son claros. Tales cambios pueden ser secundarios a reducir la excitación fisiológica o pueden ser primarios y conducir a un decremento en la excitación. El mecanismo psicológico por el cual la relajación produce estos efectos es completamente desconocido hasta este momento. Sin embargo, es posible que la relajación afecte beneficiosamente la

percepción del individuo para controlar su ambiente y entonces reducir su responsividad neuroendocrina.

Para finalizar este capítulo resulta importante mencionar que una de las intenciones al incluirlo en el presente trabajo, es la de ofrecer al lector un panorama relativamente amplio de las opciones de tratamiento que existen para la diabetes dando a conocer algunas de sus ventajas, así como desventajas. Este trabajo se inserta dentro de lo que sería un tratamiento no farmacológico para la diabetes, en el cual se utiliza de manera específica una de las muchas técnicas que ya se han venido utilizando para el tratamiento de trastornos psicósomáticos; ésta es la relajación, la cual incide de manera específica en la respuesta fisiológica al estrés. De tal modo que se ha considerado a la relajación como una opción de tratamiento para la diabetes.

Cabe recordar que este estudio es piloto con la intención de probar la relajación en población mexicana; para posteriormente ser replicado con muestras más grandes y así poder arrojar mayor conocimiento y beneficio a la población.

PROBLEMAS DE INVESTIGACION Y OBJETIVOS.

Para fines metodológicos, el problema de investigación quedó delineado de la siguiente manera:

¿Cuáles son algunos de los efectos psicofisiológicos de la relajación en pacientes diabéticos mexicanos a corto plazo?, y ¿existen variables psicofisiológicas asociadas a la diabetes?

Desprendiéndose de esto los siguientes objetivos:

- Determinar la efectividad del tratamiento de relajación para la Diabetes Mellitus, en población mexicana, a través de un diseño de tres grupos: A-B.

- Evaluar los cambios psicofisiológicos después de un tratamiento de relajación en pacientes diabéticos mexicanos.

METODO

V. METODO

Sujetos

Se trabajó con 5 sujetos con diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente, los cuales fueron convocados por medio de carteles colocados en lugares cercanos a la clínica de la FES-ZARAGOZA, lugar donde se llevó cabo el estudio.

Los criterios específicos de inclusión y exclusión se enlistan enseguida:

- a) Los pacientes debían tener diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependientes.
- b) El diagnóstico debía de tener por lo menos un año de haber sido determinado.
- c) Los pacientes debían tener una edad mayor de 25 años y menor de 55 años.
- d) No se incluyeron pacientes obesos. Considerándolos obesos cuando hay un sobrepeso de 20% en comparación al que corresponde a su sexo, edad y complexión corporal aproximada (Fórmula de Broca: Talla en cm. menos 100, lo que queda es el peso ideal en kilos, 20% sobre el peso ideal es obesidad -para adultos-) (Gay, R. et al, 1986).
- e) No se incluyeron pacientes embarazadas.
- f) Los pacientes no debían tener otro padecimiento crónico.
- g) No estar tomando medicamentos a menos que sea parte de su terapia médica como diabéticos.
- h) Disposición para participar en el estudio.

Los sujetos que cumplieron con los criterios anteriores fueron incluidos en la muestra.

Definición de instrumentos y personal.

- Un psicólogo pasante de licenciatura, un médico y Q.F.B. (Químico Farmaco Biólogo)
- Dos cassettes, con técnicas de relajación (indicaciones específicas.) por un lado, y música grabada por el otro.
- Reloj.
- Sofá.
- Hojas de automonitoreo (ver anexo).
- Hojas para vaciado de datos (ver resultados cuadro 3 y 5).
- Bateria de pruebas psicológicas:
 - a) H.C.L.
 - b) Inv. Beck.
 - c) Inv. Temores.
 - d) Inv. Aserción.
 - e) IDARE.
 - f) IBT.
 - g) MMPI.
 - h) BASIC-ID (formato).

Espacio:

- Laboratorio de análisis clínicos.
- Cámara Gesel ubicada dentro de la clínica Zaragoza (a un lado del laboratorio), tiene una área de 3 x 3 mts., una ventana amplia que proporciona buena iluminación, el espejo se encuentra abarcando toda la pared del lado izquierdo entrando; el sofá está forrado de vinil negro, es amplio y acoginado.

Diseño:

Se empleó un diseño experimental de tres grupos: A-B.

aquéllos que ya ha aprendido a dominar. La práctica ayuda a que la persona logre estados de relajación en forma autonómica (Wolpe, J. 1988).

La relajación se puede medir o estar indicada por varios medios; el más directo es utilizando el EMG, mientras que de manera indirecta se puede hacer a través del reporte verbal del sujeto utilizando una escala de cero a diez (USAS) y por último el IDARE.

La técnica de relajación a utilizar en este estudio fué la de relajación progresiva de acuerdo a Wolpe (1988), combinada con música natural grabada para relajación (Nature Recording. Music for deep relaxation and sleep inducement. Rem Land. Scott Sitzgerald. 1989).

b) Variables Dependientes.

Variables Fisiológicas.

Glucosa en sangre. La glucosa es un carbohidrato, siendo éste la principal biomolécula que el organismo utiliza para la obtención de energía. Se almacena principalmente en el hígado en forma de glucógeno.

Los resultados de glucosa en plasma se ubican en hiperglucémicos e hipoglucémicos; no existe una clara diferenciación entre lo normal y anormal. No obstante actualmente una glucosa plásmatica de 140mg/dl (7,7 mol/l) o más se considera anormal. Si este valor se obtiene en dos o mas ocasiones se puede hacer el diagnóstico de Diabetes Mellitus. (Todd-Sanford 1985).

En este estudio el método por el cual se obtuvo será el de glucosa-oxidasa.

Hemoglobina glicatada (HbG). La hemoglobina es el componente principal de los globulos rojos, sirve como elemento principal en el transporte de oxígeno. La HbG se refiere a la unión de hemoglobina y de glucosa, a través de una reacción no enzimática continua, lenta e irreversible que depende de las concentraciones

- Grupo 1: Experimental (sujetos E1 y E2).
- Grupo 2: Pseudotratamiento (sujetos P3 y P4)
- Grupo 3: Control (lista de espera) (C5).

En donde el Grupo 1 fué al que se le dió tratamiento de relajación y práctica en casa; el Grupo 2 incluido para tener control sobre la variable "contacto con el terapeuta" que está activa en el grupo experimental, y de este modo evitar incurrir en algunos de los problemas metodológicos. El Grupo 3 utilizado para ejercer control también metodológico, manteniendo al sujeto de este grupo bajo idénticas condiciones que el grupo de tratamiento, salvo que no recibieron el tratamiento de relajación.

La inclusión de los sujetos a la muestra se hizo utilizando un muestreo no probabilístico intencional, el cual se caracteriza por el empleo del criterio y un esfuerzo deliberado para obtener muestras representativas, mediante la inclusión de áreas típicas en la muestra (Kerlinger F. 1975).

Los sujetos se asignaron a los tres grupos, de modo que en los dos primeros quedaron 2 y en el grupo control 1.

Dicha asignación se hizo utilizando el método de muestreo aleatorio, con la ayuda de la tabla de numeros aleatorios. Asimismo tal procedimiento se requirió para asignar cada grupo a cada condición experimental.

DEFINICION DE TERMINOS (VARIABLES).

a) Variables Independientes.

Relajación. Por relajación de un músculo se entiende la ausencia total de contracciones. En la relajación progresiva la persona relaja un grupo de músculos en forma cada vez mayor cada minuto; así, aprende a relajar uno por uno, todos los músculos de su cuerpo. Cuando aprende a relajar un nuevo músculo, también relaja

de glucosa sanguínea y se lleva a cabo en los 120 días de vida de la célula roja normal.

Su determinación da un índice de la concentración promedio de glucosa sanguínea. Durante los 2 a 4 meses precedentes a la toma de la muestra, este índice no es afectado por fluctuaciones en tiempo, en la glucosa sanguínea (Romero B, 1989), y por lo tanto refleja de manera relativamente precisa el control de la glucosa sanguínea en dicho periodo.

A nivel de terapia es útil, ya que ayudaría a evitar cambios inadecuados en ésta que podrían deteriorar la salud del paciente, pues detecta fácilmente cambios significativos en el control de la glucosa.

Sin embargo, debido a que no sirve para el control diario de glucosa de ninguna manera reemplazaría el análisis de glucosa en orina y sangre. Más bien funciona como un complemento a la rutina de control, pues la determinación de glucosa plasmática aunque inexacta puede proporcionar diariamente un valor aproximado de glucosa en plasma.

Cada cambio de 1% de HbG representa a su vez un cambio de 25 a 35 ml/dl en glucosa plasmática.

Para la determinación de la HbG se empleó el método por separación de resina. Considerando los siguientes parámetros de valores: de 4.5 - 7% es controlada y mayor de 8.5% incontrolada.

VARIABLES PSICOLÓGICAS.

Inventario de depresión Beck. El inventario comprende 21 categorías de síntomas o actitudes cada una de las cuales es una manifestación de depresión. En algunas categorías existen dos alternativas de respuesta y se les ha dividido en (a) y (b) para indicar que se encuentran en el mismo nivel. El puntaje para determinar el grado de depresión es la suma de las respuestas de la A a la U.

Al aplicarlo se le indica al paciente que cada reactivo tiene

varias posibilidades y debe señalar aquella que defina mejor cómo se siente en ese instante. En ningún momento se le sugiere la respuesta y si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que correspondan a la manera de como se siente, se debe considerar unicamente aquel que tenga mayor puntaje (Calderon, N. 1989).

Con un puntaje de 0 a 9 se registra una depresión nula, leve con un puntaje de 10 a 15, moderada de 16 a 22 puntos y una depresión severa de 23 en adelante. (Beck A.T,1974, citado por Lustman, et al 1988).

Este inventario tiene una validez de constructo en población normal mexicana al haber obtenido una correlación significativa en la escala F del MMPI (Palacios 1991). También discrimina población clínica de población normal (Rojas y col 1990). (Ver anexo)

Inventario de Temores.Consta de 90 reactivos cada uno de los cuales el paciente debe indicar en la columna de la derecha el grado por el cual mejor se describe que tanto le perturba dicha situación en su vida actual. Este grado el paciente lo indica en una escala de 1 a 5, correspondiendo a nada, poco, regular, mucho y demasiado.

Al procesar los resultados unicamente se toman en cuenta los reactivos marcados con mucho y demasiado (4 y 5) y se suman para sacar un porcentaje de reactivos que causan temor. Estos reactivos también se analizan en función de cuales son miedos relevantes y cuales no, cuales son manifiestos y cuales son detectados; se pueden también agrupar en categorías que compartan elementos en común lo cual facilita su análisis e interpretación. En este inventario no se tienen datos de validez para población mexicana. (Ver anexo).

Inventario de afirmatividad de Gambrill y Richley.Este inventario evalúa problemas específicos de asertividad. Consta de 40 reactivos y se clasifica en cuatro categorías: 1) Reactivos que indican aproximación con extraños (16 reactivos); 2) Reactivos que indican

aproximación con conocidos (19 reactivos); 3) Reactivos que indican respuestas de rechazo o protectoras con extraños (15 reactivos) y 4) Respuestas que indican respuestas de rechazo o protectoras con conocidos (18 reactivos).

El inventarios se resuelve contestando primero la columna que se encuentra a la derecha de los reactivos y luego que se han contestado todos los reactivos para esta columna se procede con la de la izquierda. La coluna de la derecha es para indicar la probabilidad de que se de la conducta , la cual se indica por medio de una escala de 1 a 5 :

1. Siempre.
2. Usualmente.
3. La mitad de las veces.
4. De vez en cuando.
5. Nunca.

Mientras que en la columna de la izquierda el sujeto indica el grado de incomodidad o ansiedad al realizar la conducta, la cual también va en una escala de 1 a 5:

1. Ninguna.
2. Un poco.
3. Regular.
4. Mucho.
5. Demasiado.

Ambas columnas se contestan tanto para conocidos como para extraños.

En el procesamiento de los datos unicamente se van a tomar aquellos reactivos señalados con 4 y 5, y se van a vaciar en el cuadro dividido en cuadrantes, donde están indicadas cada una de las categorías. Para cada reactivo en cada categoría se indica si el deficit es por grado de incomodidad, probable respuesta o ambos.

Primero se obtiene el déficit por categoría de aproximación y

de rechazo, luego por personas conocidas y extrañas. Luego se calcula el porcentaje de reactivos por incomodidad y por probable respuesta y así poder determinar a que se debe el problema. Por último se saca el porcentaje por cuadrante . Un porcentaje de 50 o más se considera indicador de problemas de aserción .

El inventario se aplica leyendo al paciente cada reactivo y él con una traquetita que contenga la escala de probable respuesta primero y luego grado de incomodidad, señala el número que mejor se ajuste a él.

Este inventario tiene una validez concurrente al haber correlacionado significativamente con la escala 0 del MMPI en población mexicana (Palacios, 1991) (Ver anexo).

Inventario de ideas irracionales (IBI). Es un instrumento conformado por 100 reactivos cada uno de los cuales se contesta en una escala de 1 a 5 , la cual indica el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a su reacción a cada una de las afirmaciones:

1. Completamente en desacuerdo.
2. Moderadamente en desacuerdo.
3. Ni acuerdo ni desacuerdo.
4. Moderadamente de acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

Se indica al paciente que procure evitar respuestas marcadas con tres.

El inventario se califica con una plantilla y luego se gráfica. En la gráfica aparecen cada una de las diez ideas irracionales para sacar un porcentaje y poder así interpretar el inventario.

La idea irracional número uno se refiere a la necesidad de ser amado y aprobado. La número dos se refiere a exigencias perfeccionistas; la tres a la intolerancia a errores ajenos o muy moralista; la cuatro a exigencias absolutistas al universo, personas o cosas; la cinco se refiere a la responsabilidad

emocional (control interno o externo); la seis a la aprehensión por posibles amenazas; la siete se refiere a la satisfacción inmediata, hedonismo de corto alcance; la número ocho se refiere a la dependencia para la toma de decisiones ; la nueve al determinismo del pasado y por último la diez se refiere a la solución de problemas de manera perfecta.

En el inventario existen algunos reactivos expresados de manera negativa, los cuales por experiencia clínica se ha visto que cuestan trabajo de comprender y de contestar por consiguiente. Por tal motivo dichos reactivos será cambiados afirmativamente.

Este inventario tiene una validez de constructo sólo con algunas escalas del MMPI: Escalas 2, 3, 4, 5 y 7. Correlaciona con varias escalas del MMPI, además de que se han encontrado intracorrelaciones significativas (Palacios, 1991).

(Ver anexo).

Inventario Multifacético de la Personalidad Minnesota (MMPI).

Consta de 566 reactivos que se contestan como cierto o como falso, a través de los cuales un individuo refleja sus propias características y la imagen que tiene de sí mismo. El mecanismo de calificación de la prueba y la elaboración del perfil resultante tienen una alta confiabilidad, ya que depende de la elaboración de marcos de referencia fijos, principalmente estadísticos (Rivera, J. 1987).

El inventario está conformado por tres escalas de validez y diez clínicas. Las primeras son: L (mentira), F (exageración de la propia problemática) y la k (tendencia a no reconocer la propia problemática). Las escalas clínicas: E1 (hipocondriasis), E2 (depresión), E3 (histeria), E4 (psicopatía), E5 (características masculinas y femeninas), E6 (paranoia), E7 (psicastenia), E8 (esquizofrenia) , E9 (mania), E0 (introversión-extroversión). (Ver anexo perfiles en resultados).

IDARE, El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en

Español del STAI (State Trail- Anxiety Inventory) está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad :

1. La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y 2. La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). La escala A-Rasgo del inventario de ansiedad consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste de veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.

Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A-Estado, se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento de relajación. Esta escala es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por clientes y pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos. Puede también utilizarse para medir los cambios de intensidad en A-Estado que ocurren en estas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión.

La Ansiedad-Estado se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad-Rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en las tendencias a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la A-Estado.

Para responderlo, el examinado responde a cada uno de los reactivos del IDARE, llenando el círculo del número apropiado que se encuentra a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo. Las dispersiones posibles de puntuaciones para el "Inventario de Autoevaluación del IDARE" varían desde una

puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80 para ambas escalas. Los sujetos responden valorandose ellos mismos en una escala de cuatro puntos. Las categorías para la escala A-Estado son: 1. No en lo absoluto. 2. Un poco. 3. Bastante y 4. Mucho. Las categorías para la escala A-Rasgo son: 1. Casi nunca. 2. Algunas veces. 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre.

Tanto la escala A-Rasgo como la A-Estado tienen un alto grado de consistencia interna. Ha sido evidente la validez concurrente de la escala A-Rasgo del IDARE, así como la validez de locuciones de la escala A-Estado. (Díaz-Guerrero, et al., 1975) (Ver anexo).

Reporte verbal de relajación. Para medir el nivel de relajación alcanzado se utilizaran índices de relajación (USAS); donde el sujeto en una escala de 0 a 10 indicará su nivel de relajación . Este método es una manera indirecta de medir la relajación, así mismo puede ser útil como estrategia correctiva de la técnica.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenso										Relajado.

Historia Clínica de Lazarus. Es un instrumento que proporciona datos valiosos sobre la vida del paciente, se divide en los siguientes apartados:

- I. DATOS GENERALES.
- II. DESCRIPCION DE PROBLEMAS PRESENTES.
- III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL.

Posteriormente se divide en modalidades, las cuales junto con lo anterior ayudan al análisis multimodal:

- IV. CONDUCTA.
- V. AFECTO.
- VI. SENSACIONES FISICAS.
- VII. IMAGENES.

VIII. PENSAMIENTO.

IX. RELACIONES INTERPERSONALES.

X. FACTORES BIOLÓGICOS.

(Ver anexo).

BASIC-ID. Es un modelo conceptual que lleva a la comprensión más completa del problema que se nos presenta, genera planes de tratamiento y tareas para casa. (Goldstein, 1981). Las variables que se consideran son: Conducta, Afecto, Sensaciones, Imágenes, Cogniciones, Relaciones Interpersonales y Drogas (o factores biológicos), cada una de las cuales es una parte importante del "ser" total del paciente.

PROCEDIMIENTO:

Para llevar a cabo el estudio se requirió pasar por varias etapas, las cuales fueron divididas en fases, y éstas a su vez se dividieron en diferente número de sesiones. (Ver Diagrama 1).

A continuación se describen cada una de las etapas, fases y sesiones:

ETAPA NUMERO 1 : LINEA BASE UNO.

Esta etapa incluye la admisión de los sujetos, su evaluación psicofisiológica y su colocación en los diferentes grupos.

Fase Número 1: RECEPCION.

En esta fase se tuvo el primer contacto con los posibles

pacientes, en el que dependiendo de si cubrían o no los requisitos de inclusión, se admitían o desechaban del estudio.

Este primer contacto se realizó en una sesión y tuvo una duración de 15 a 20 min. para cada sujeto.

Únicamente aquellos sujetos que cumplieron satisfactoriamente los requisitos de inclusión (muestreo no probabilístico intencional) y aceptaron participar, fueron citados para pasar a la siguiente fase: evaluación médica. En la recepción se les dió una explicación breve sobre el propósito del estudio:

" Estamos un grupo de psicólogos y médicos estudiando aspectos psicológicos de la diabetes, así como también damos tratamiento con técnicas psicoterapéuticas, donde el paciente juega un papel importante en su bienestar. Cada paciente en este estudio pasa por un chequeo médico, toma de muestras de sangre, tres veces en el laboratorio, aplicación de pruebas psicológicas en diferentes momentos, y su tratamiento. El estudio dura aproximadamente tres meses y medio dependiendo de la evolución que se tenga; es completamente gratuito".

Aquellos sujetos que no cumplieron con los requisitos de inclusión fueron canalizados al servicio médico de la clínica Zaragoza.

Fase Número 2: EVALUACION MEDICA.

Se realizó en una sesión, tuvo una duración aproximada de 40 minutos.

La realizó un médico adscrito a la clínica Zaragoza. A cada paciente se le hizo una historia clínica minuciosa para determinar si podía ser incluido en el estudio o no (segundo filtro). Si era incluido, estos datos sirvieron para integrar el expediente, si era desechado se le canalizaba al servicio médico. Los sujetos que pasaron esta evaluación pasaron a la siguiente fase: evaluación psicológica. La primer sesión de esta siguiente fase se realizó

el mismo día de la evaluación médica, inmediatamente después, con la salvedad de que el médico ya no estuvo presente.

Fase Número 3: EVALUACION PSICOLOGICA.

Esta fase se realizó en cuatro sesiones que a continuación se describen:

Primera sesión. Tuvo una duración de 20 minutos, se llevó a cabo inmediatamente después de la evaluación médica (mismo día). En esta sesión se aplicaron los inventarios Beck e IDARE - Estado, y se dejó de tarea la H.C.L.

Segunda sesión. Tuvo una duración aproximada de 1:15 hrs. En esta sesión se recogió la H.C.L. que se dejó de tarea, y se indagó a partir de ella; se aplicó el IDARE - Rasgo y se dejaron de tarea los inventarios IBT y temores.

Tercera sesión. Tuvo una duración aproximada de 1:15 hrs. Se continuó indagando la H.C.L. y los inventarios que se dejaron de tarea; se aplicó el inventario de aserción y se dejó de tarea el MMPI. Se avisó al paciente que en la próxima sesión debía asistir en ayunas para la toma de muestra sanguínea.

Cuarta sesión. Tuvo una duración aproximada de 20 min. Se realizó inmediatamente después de la toma de muestra sanguínea, es decir el mismo día (la toma de muestra se describe en la fase número 4). A los pacientes se les indicó que ésta era la última parte de la evaluación y que la próxima sesión se iniciaría con el tratamiento en sí. En esta sesión se continuó indagando, si era necesario. Se recogió el MMPI que se dejó de tarea.

Los sujetos conforme fueron llegando a esta última parte de la tercer fase se fueron asignando a los grupos de manera aleatoria; así como también la asignación de grupos a cada condición experimental se realizó por este mismo método. De tal

modo que los sujetos fueron atendidos de manera individual.

En esta sesión, a los sujetos dependiendo del grupo al que fueron asignados, se les indicó lo que proximately se necesitaría de ellos, y desde cuando comenzarían. De modo que en esta etapa se fueron formando los siguientes grupos:

Grupo 1: Relajación.

" 2: Pseudotratamiento.

" 3: Control o lista de espera.

Las indicaciones según el grupo fueron como sigue:

Grupo de relajación. Se les indicó que tendrían que asistir a sus citas cada semana; en las cuales se les darían instrucciones específicas para que se relajen. Se le indicó que cada sesión duraría de 30 a 45 min. Asimismo se le entregó a cada paciente un cassette de relajación y se les dió la indicación de practicar en su casa dos veces al día, con el lado del cassette que ellos desearan (música o instrucciones). También se les entregó una hoja de automonitoreo para que diariamente registraran dichas prácticas (ver anexo). Esto lo realizaron a partir del siguiente día a esta cuarta sesión de la evaluación psicológica. Su siguiente cita se les dió a los siete días siguientes, para iniciar el tratamiento. En esta parte se les enfatizó que son un elemento importante en su propia mejoría; además se les pidió que firmaran un contrato de tratamiento (ver anexo).

Grupo de pseudotratamiento. A éste grupo se les indicó que tenían que asistir a su cita cada semana, en las cuales se manejarían aspectos relacionados a su estilo de vida; por ejemplo se les dijo que iban a aprender a manejar de una mejor manera su tiempo, hábitos alimenticios, etc. Su cita se les dió a los siete días siguientes.

A los pacientes de este grupo se les enfatizó de que son elementos importantes en su propia mejoría; además se les pidió que firmaran un contrato de tratamiento (ver anexo).

Grupo control o de lista de espera. A este grupo se le indicó lo siguiente: " tendrá que asistir dentro de ocho semanas, ya que no hay cupo en este momento, se le dijo que tendría una visita a su domicilio tres días antes para darle su cita". De manera que su siguiente cita fué para la tercer etapa.

Fase Número 4: TOMA DE MUESTRA SANGUINEA.

Se llevó a cabo en una sesión, de 10 min. aproximadamente, los pacientes debían de estar en ayunas.

Después de la toma de sangre se les dió un pequeño refrigerio e inmediatamente pasaron a la cuarta sesión de la evaluación psicológica, la cual ya se ha descrito. Se determinó que el paciente pase a esta sesión después de la toma de sangre, ya que se encontraría en ayunas, y para así evitar, que éste sea un factor que influya en su desempeño durante la evaluación psicológica; pues la cuarta sesión se llevó a cabo una vez que el paciente hubo tomado su refrigerio.

ETAPA NUMERO 2 : TRATAMIENTO.

Esta etapa la siguieron aquellos pacientes que terminaron con la etapa de evaluación; en este momento, pasaron directamente a su grupo de tratamiento que se les asignó a cada uno de antemano al término de la etapa anterior. A continuación se describirá el modo de proceder para cada grupo a partir de la primera sesión de tratamiento hasta la octava.

1.GRUPO DE RELAJACION.

Este es el grupo de tratamiento propiamente dicho, se tuvieron

ocho sesiones de tratamiento cada una con una duración de 45 min. Entre sesión y sesión hubo un espaciamento de tiempo de una semana.

A cada paciente se le telefoneó para recordarle y/o checar que estuviera realizando sus ejercicios, con el cassette de relajación dos veces al día, y su automonitoreo de estos. La llamada se realizó antes de la primer sesión de tratamiento, pues sus tareas las comenzaron a realizar a partir del siguiente día en que se terminó la evaluación psicológica (donde se le entregó el (cassette). Las llamadas se realizaron cada semana.

Las hojas de automonitoreo se recogieron en cada sesión de tratamiento, de la semana transcurrida, y se entregó otra para la semana por transcurrir.

Cada una de las sesiones de relajación se realizaron apegandose a las instrucciones de la técnica de relajación muscular progresiva de Wolpe (1988), agregando la música como música de fondo.

Al principio, a la mitad y al final de cada sesión se le pidió al paciente que indicará su grado de relajación en una escala de 0 a 10.

Primera sesión. En esta primera sesión antes de comenzar el tratamiento propiamente dicho, se dió una explicación al paciente de los efectos que la relajación tiene sobre su cuerpo y como influye en la diabetes, y nuevamente se comentó en qué consistía el tratamiento al que se sometió, su duración y lo que se iba a requerir de él. Se le recordó el contrato que firmó para reafirmar el compromiso de terminar su terapia y cumplir con sus tareas.

Después de ello se le indicó que se daría inicio a su primera sesión de relajación, para lo cual debería de estar acostado en el sofá.

Se inició con ejercicios de relajación que permiten al paciente distinguir entre tensión y relajación pidiéndole que empuñe su brazo, ejerciendo fuerza sobre su muñeca. En esta sesión los grupos musculares a manejar fueron todos los del brazo.

Segunda sesión. Para iniciar, se le pidió que se acueste en el sofá, en esta sesión se manejaron los músculos de la cabeza; los de la cara se utilizan comenzando por los de la frente, luego los que están al rededor de la nariz y por último los que se encuentran al rededor de la boca.

Tercera sesión En esta sesión se manejaron los músculos maseteros, temporales, de la lengua, faríngeos, los del globo ocular y los del grupo infrahioides. Se pidió al paciente que se acueste en el sofá para llevar a cabo la sesión.

Cuarta sesión. Para iniciar la sesión se le pidió que se acueste en el sofá y se trabajaron los músculos del cuello y de los hombros.

Quinta sesión. Para iniciar los ejercicios de relajación se le pidió al paciente que se acueste en el sofá y se trabajaron los músculos de la espalda, abdomen y tórax.

Sexta sesión. Se pidió al paciente que se acueste en el sofá para poder iniciar la sesión; en ésta se manejaron los músculos de los miembros inferiores, se comenzó por el flexor corto plantar, los músculos de la pantorrilla, el peroneo, el tibial, el cuádriceps crural, los tendones de las corvas, los del muslo, los aductores y abductores.

Séptima sesión. Esta sesión se ha añadido junto con la siguiente para promover el transfer de la terapia, de tal modo que se tuvo al paciente durante los ejercicios de relajación en posición sentada en vez de acostado; también el paciente durante la sesión estuvo acompañado por una familiar de él (ella). Los grupos musculares utilizados en esta sesión fueron los mismos a aquellos utilizados en la quinta sesión.

Octava sesión. Esta sesión también se diseñó para promover el transfer de la terapia, se realizaron los ejercicios de relajación

utilizando los grupos musculares de la sexta sesión, estando el paciente en posición sentada, también en esta sesión estuvo acompañado por un familiar de él(ella).

En esta sesión se dejó de tarea el MMPI y se le citó para el siguiente día.

2. GRUPO DE PSEUDOTRATAMIENTO.

Este grupo fue tratado a lo largo de ocho sesiones, con una duración de 45 min. cada una. Entre sesión y sesión hubo un espacio de tiempo de siete días.

Los pacientes de este grupo fueron telefoneados para preguntar por su estado de salud. La primera de estas visitas se llevaron a cabo antes de la primer sesión de tratamiento. Las visitas se llevaron a cabo cada semana.

A continuación se describen cada una de las sesiones de tratamiento para este grupo, al que en términos generales se le manejó aspectos someros relacionados al estilo de vida.

Primera sesión. En esta primera sesión se le indicó al paciente una vez más en que consistiría su tratamiento, cuanto tiempo duraría y lo que de él se requeriría; además se le recordó el contrato de tratamiento que firmó, en donde se compromete a terminar su terapia.

En esta primera sesión se manejó el papel que juegan los aspectos psicológicos en la aparición, desarrollo y tratamiento de varias enfermedades y de manera específica en la diabetes. Se dió una breve explicación de lo que es la diabetes, algunos de sus tratamientos y la importancia del estilo de vida.

Segunda sesión. En esta sesión se manejaron aspectos relacionados con la alimentación del diabético.

Tercera sesión. Esta sesión se dedicó al manejo del tiempo libre, explicando que el tiempo se puede utilizar para recreación, descanso y superación. Y la importancia que tiene para el diabético el ejercicio.

Cuarta sesión. Se manejaron aspectos relacionados con actividades autodirectivas y para que el tiempo sea más productivo; se le dieron sugerencias para optimizarlo. Se le sugirió que elabore un horario de actividades diarias.

Quinta sesión. En esta sesión se le explicó el ABC de ideas irracionales y se explicaron cada una de ellas.

Sexta sesión. Se continuo con las ideas irracionales y se revisó el perfil personal, de acuerdo a éstas.

Septima sesión. En esta sesión se explicó lo que es la aserción y su importancia.

Octava sesión. En esta sesión se hizo un resumen de lo anterior y el paciente expresó toda inquietud.

En esta sesión se le dejó de tarea el MMPI y se le citó para el día siguiente.

ETAPA NUMERO 3: LINEA BASE DOS.

Esta etapa incluye una segunda evaluación psicofisiológica de cada uno de los pacientes. Se realizó al siguiente día de la terminación de su tratamiento.

Fase número 1: EVALUACION PSICOLOGICA

Esta fase consistió de una sesión de 40 min. en la cual se aplicaron los inventarios Beck, IDARE- Estado y Rasgo y el de aserción. Se recogió el MMPI que se había dejado de tarea en la sesión anterior, y de tarea se dejaron los inventarios IBT y temores.

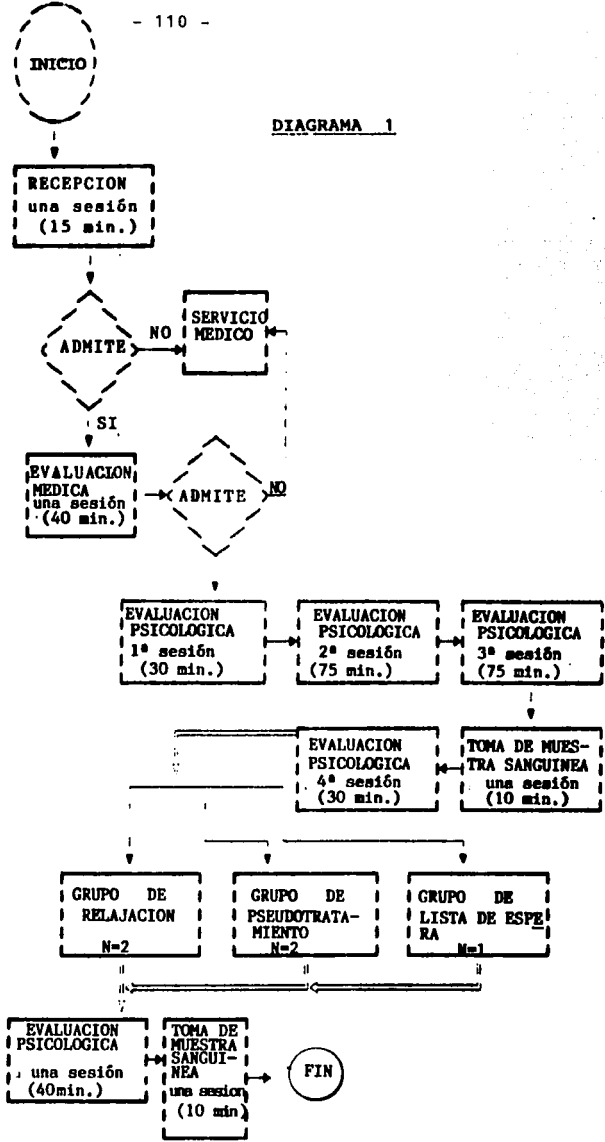
Se citó a los pacientes para el día siguiente en ayunas.

Fase Número 2: TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA.

Se llevó a cabo en una sesión de 10 min. aprox., para lo cual los pacientes debían de estar en ayunas.

Después de la toma de sangre se les dió un pequeño refrigerio y posteriormente se recogieron los inventarios que se dejaron de tarea (IBT y temores).

DIAGRAMA 1



RESULTADOS

CAPITULO VI. RESULTADOS

En el Cuadro 1 se pueden observar datos generales
de los cinco pacientes que colaboraron en el estudio.

CUADRO 1

Sujeto	Grupo	Sexo	Edad	Dx	Periodo de Evolución	Antecedentes Familiares	Expectativas	Postura
E1	Experimental	M	23	D.M. no insulino dependiente	6 meses	Madre	Focalizadas	Problema severo
E2	Experimental	F	33	D.M. no insulino dependiente	6 años	Madre	Focalizadas	Moderadamen- te severo
P3	Pseudotratamiento	F	43	D.M. no insulino dependiente	2 años	Madre y abuela materna	focalizadas	Problema incapacitante
P4	Pseudotratamiento	M	50	D.M. no insulino dependiente	2 años	No los hay	Focalizadas	Problema Moderado
C5	Control	F	55	D.M. no insulino dependiente	25 años	Padre	Desplazados	No es problema

A continuación se presentan los resultados de cada uno de los sujetos,
en el siguiente orden: Grupo experimental, Pseudotratamiento y control (lista de espera).

Grupo Experimental

No. de expediente: E1

Sexo: Masculino

Iniciales: C.V.M (E1)

Edad: 23 años

Ocupación: Agente de ventas

Estado Civil: Soltero

Vivienda: Casa particular, sola, amplia, cuenta con todos los servicios.

Conformación Familiar: Extensa

Religión: Católica

Escolaridad: 3° de secundaria

Referido al servicio por: Letrero

Diagnóstico: Nunca se le había dado diagnóstico de diabetes; pero los síntomas comenzaron seis meses antes de ingresar al estudio. El diagnóstico de diabetes mellitus se le dió al ingresar al estudio.

Periodo de evolución: Seis meses a la fecha de su recepción.

-Comenzó con una pérdida repentina de peso (de 112 a 84 kg), debilitamiento físico general, poliuria y polidipsia

Antecedentes Familiares: Madre diabética (fallecida por parto).

Respuesta de fármacos: Sin fármacos

Postura del paciente: Considera su diabetes como un problema severo; desde que comenzó a bajar de peso y las personas que lo rodean le comentaban que podía ser diabetes. Lo atribuye a la vida sedentaria que lleva y a problemas familiares que tiene.

Expectativas: Focalizadas, es decir, espera que se trate exclusivamente su problema de diabetes.

Observaciones: El acudir al servicio es un primer intento de solución.

BASIC - ID

ANTECEDENTES:

A la edad de 8 años su madre muere de parto y su padre se aleja de él. A partir de esta fecha vive con su abuelita y con su hermano. Reporta que esto fué el comienzo de sus problemas académicos y familiares.

Su infancia la reporta como "infeliz"; ya que dice "había falta de cariño". El califica a su madre como sumisa y sus padres impreparados para formar una familia (menciona que no había buena comunicación entre ellos y por lo tanto no se entendían). Además califica a su madre como sin carácter, pues "soportaba" las infidelidades de su papá. También menciona que su madre era "cariñosa, preocupada por su hogar e hijos". No confiaba en sus padres ni siente amor ni respeto por ellos.

ACTUALES:

Actualmente vive solo con su abuelita de 80 años. Se detecta aislamiento social, ya que no hace amigos fácilmente ni conserva la amistad. Así mismo no conserva sus trabajos por problemas con sus compañeros, que originan discusiones y opta por retirarse.

Ante esta situación él dice no estar acostumbrado a convivir, ni a tanta gente.

El conceptualiza su vida como "vacía" y "estar mal su ritmo de vida". Esta situación le produce coraje, fastidio, aburrimiento y depresión.

Se detecta dependencia emocional hacia su abuelita; pues ésta le controla sus horas de llegada a casa y sus salidas con amigos, él menciona que ella es "la única persona con quien puede platicar"; existe fuerte temor a la soledad si su abuelita llega a morir. Siente gran placer cuando platica con su abuelita y ésta le toma la mano. Imagina poder ir a la costa con su abuelita donde no haya mucha gente. Al parecer hay un manejo defensivo de ésta a situación diciendo que le produce mucha tristeza el ver a una persona grande desamparada y por lo tanto no dejaría a su abuelita sola. Todo este contexto provoca en él una vida sedentaria y concretada al trabajo, sin disfrutar de sus fines de semana. El menciona que su cambio de vida se acoplaría a la vida de su abuelita para "no afectarla". El reporta remordimiento cuando deja sola a su abuelita. Para evitar problemas con ésta ("ella tiene sus ideas") opta por aislarse, llorar y reprimir el enojo que esto le produce.

Frecuentemente sueña e imagina a sus compañeros de la escuela que le invitan a jugar, y él les dice que no puede. En relación a esto menciona "quiero ser más libre" así como "tener una vida más

social". En frases incompletas él dice: "si no tuviera miedo de ser yo mismo sería todo lo contrario". Cuando está solo se siente calmado y relajado y por otro lado la convivencia con su familia le hace sentirse feliz.

Por otro lado, cabe mencionar que en su hogar nunca tuvo información sobre sexualidad. Cuando era adolescente presentó culpa en relación a la masturbación.

Reporta problemas de sueño (despertar temprano y durante el sueño), así como alimentación desbalanceada.

El considera que una madre debería ser: "lo contrario a su mamá, que piense decida, dialogue". Así como un padre ser: "lo contrario a su papá, ya que el alcohol transforma".

6-10 años: recuerda el funeral de su madre; su papá los deja solos y necesita información sexual.

11-20: pérdida de tiempo.

RESULTADOS DE PRUEBAS

TEMORES LB1

Total:

7, equivalente a 7.7%.

Se detectaron temores a voces altas; ser embromado o importunado (por amigos); lugares altos; mirar hacia abajo de edificios altos; ser observado al trabajar; serpientes inofensivas y perros.

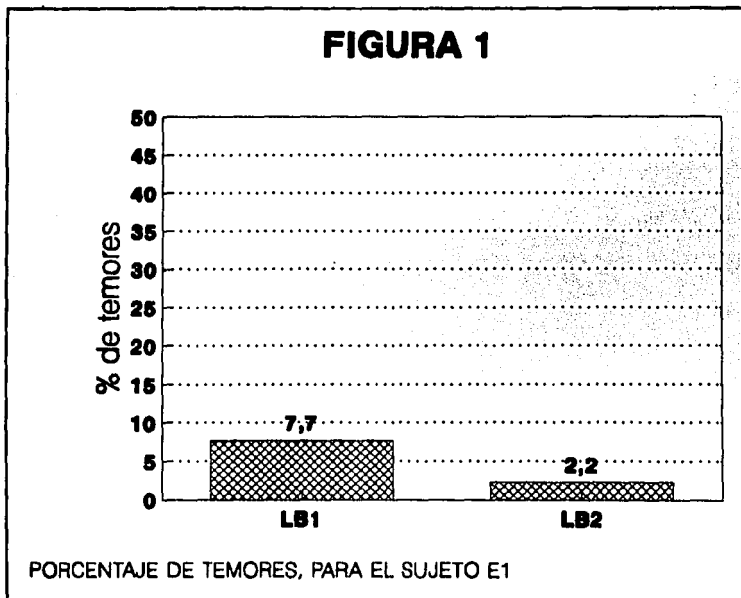
De lo cuales tal vez el de ser observado al trabajar sea el más relevante ya que dice que le causa nervios y podría dejar de hacerlo, y esto podría interferir en su vida diaria.

TEMORES LB2

Total: 2. equivalente a 2.22%.
Unicamente reporta el mirar hacia abajo desde edificios altos y temor a la suciedad. Ninguno de los cuales parece ser relevante para su vida diaria.

COMPARACION LB1 - LB2

Temores: En el inventario de temores se observa una reducción de 5 puntos (5.55%), comenzando con 7 puntos y terminando con 2. Desapareciendo el temor que resulto ser relevante. (Ver Figura 1).



BECK - DEPRESION LB1

Puntuación: 21, lo cual indica: una depresión moderada.
Siendo el contenido de los reactivos: Me siento triste o melancólico; desalentado con respecto al futuro; siento que he fracasado más que la persona promedio; me siento aburrido la mayor parte del tiempo; me siento malo o indigno una buena parte del tiempo; ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes por llevar un ritmo de vida monotonos); he perdido todo mi interes en la gente y no me preocupa nada de lo que le pase (aún con la familia, si le piden algún favor si les ayuda); estoy menos seguro de mi mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones (les da la vuelta); me preocupa el que parezca viejo o poco atractivo (oye que dicen que se ve acabado); tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo (a raíz de comienzo de síntomas diabéticos, cree puede ser por la enfermedad); ahora despierto más cansado que antes; me canso más fácilmente que antes; mi apetito es mucho peor ahora (evita el azúcar, come fruta y agua); me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algun otro sentimiento corporal desagradable; estoy menos interesado en el sexo ahora (a raíz de comienzo de diabetes).

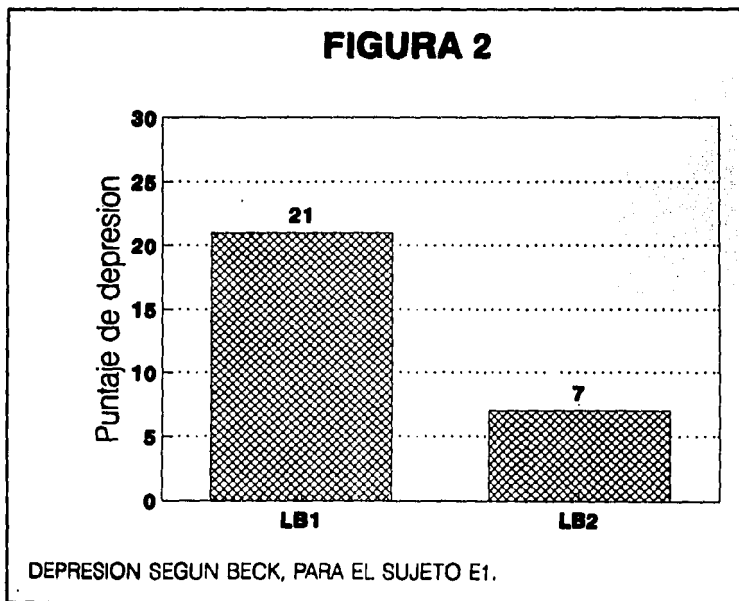
BECK - DEPRESION LB2

Puntuación: 7, lo cual indica: una depresión nula
Siendo el contenido de los reactivos: Ahora me siento o me irrito más fácilmente que antes (a partir de síntomas de diabetes); despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir (a partir de síntomas de

diabetes, también reporta dificultad para iniciar el sueño); mi apetito no es tan bueno como antes (a partir de síntomas de diabetes); he perdido más de siete kilos.

COMPARACION LB1 - LB2

Depresión: En el inventario de depresión también se observó una importante reducción pasando de una depresión moderada a una depresión nula (de 21 a 7 puntos). (Ver Figura 2).



IBT LB1

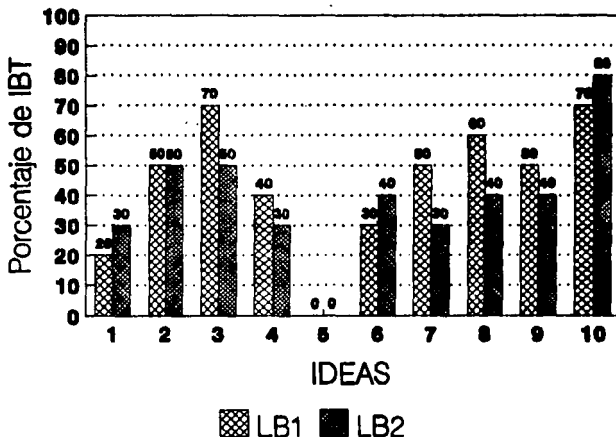
De acuerdo a este inventario se trata de una persona que tiene gran tendencia a buscar y creer que hay soluciones perfectas y exactas a los problemas (10:70%). Así como tendencia a creer que debe ser por entero competente, apto y eficaz en todo lo que hace (2:50%). Se detectan fuertes tendencias moralistas (3:70%). Tal vez no hay aprehensión y pesimismo hacia el futuro (6:30%), tal vez alguna dependencia respecto a otros para realizar cosas importantes o tomar decisiones (8:60%). Hay cierta tendencia a considerar al pasado determinante en su vida (9:50%). Probablemente no presenta gran frustración ante situaciones que no ocurren como él las ha planeado (4:40%). Tiende a evitar sus responsabilidades diarias (7:50%). Hay una necesidad moderada de ser amado por otros (1:20%), rayando tal vez en la idea de no ser merecedor de afecto. Su locus de control se presenta marcadamente interno (5:0%) probablemente ilusorio y no real.

IBT LB2

De acuerdo a este inventario, probablemente se trata de una persona que tiene una marcada tendencia a buscar y creer que hay soluciones perfectas y exactas a los problemas (10:80%). Así como tendencia a creer que debe ser por entero competente, apto y eficaz en todo lo que hace (2:50%). Se detectan ideas moderadamente moralistas (3:50%). Una leve tendencia a considerar el pasado determinante en su vida (9:40%). Probablemente se trata de una persona que depende muy poco de otros para realizar cosas importantes o para tomar decisiones (8:40%). Quizas es una persona que no

siente grandes necesidades de ser amada y/o aprobada por otros (1:30%). No se detecta que haya gran frustración ante las situaciones que no ocurren como las ha planeado (4:30%). Tal vez presente alguna aprehensión y pesimismo hacia el futuro (6:40%). Por lo general da la cara a sus responsabilidades diarias (7:30%). Su locus de control es marcadamente interno, probablemente ilusorio e irreal (5:0%).

FIGURA 3



IDEAS IRRACIONALES DE 1 A 10. PORCENTAJE IBT, PARA EL SUJETO E1.

COMPARACION LB1-LB2

En el inventario de ideas irracionales se observaron reducciones en las ideas 3 (20%), 4(10%), 7 (20%), 8(20%), 9(10%); mientras que se observaron aumentos en las ideas 1(10%), 6(10%), 10(10%) y permanecieron sin cambio las ideas 2 y 5. (Ver Figura 3).

ASERCION LB1 - LB2

En el Cuadro 2 se muestran los puntajes para cada una de las categorías de aserción, en LB1 como en LB2.

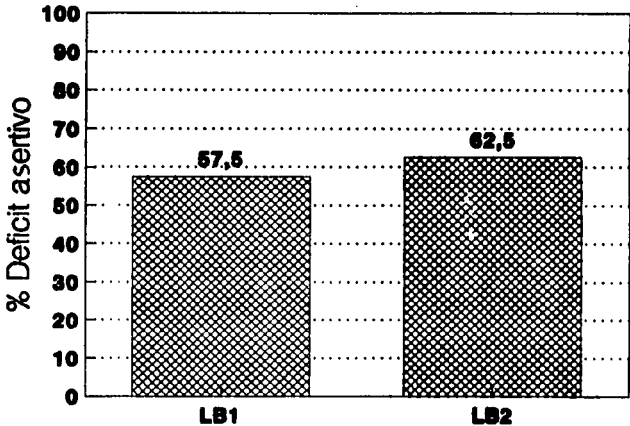
CUADRO 2 DEFI CIT ASERTIVO POR CATEGORIAS, SUJETO E1

	LB1	LB2
TOTAL	57.7%	62.5%
APROXIMACION	20%	30%
RECHAZO	37.5%	32.5%
EXTRAÑOS	58.06%	64.51%
CONOCIDOS	51.35%	56.76%
INCOMODIDAD	10.29	1.47%
RESPUESTA	54.41%	60.29%
APROXIMACION CON EXTRAÑOS	43.57%	50%
RECHAZO A EXTRAÑOS	73.33%	80%
APROXIMACION A CONOCIDOS	26.31%	52.63%
RECHAZO A CONOCIDOS	77.77%	72.22%

COMPARACION LB1 -LB2

Aserción: Se observó un aumento en el déficit total de aserción (5%), en aproximación (10%), con extraños (6.45%), con conocidos (5.25%), en respuesta (5.88%), en aproximación con extraños (6.43%), rechazo con extraños (6.67%) y aproximación con conocidos (26.32%); mientras que se redujo en rechazo (5%), incomodidad (8.82%) y rechazo con conocidos (5.55%). (Ver Figura 4).

FIGURA 4



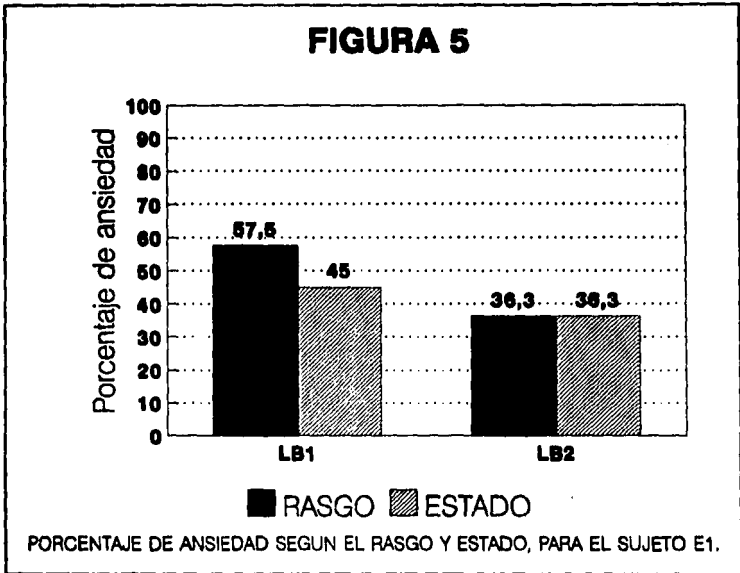
DEFICIT ASERTIVO, PARA EL SUJETO E1.

IDARE RASGO-ESTADO LB1

Su ansiedad rasgo (46 puntos), se mostró 10 puntos (12.5%) más elevada que su ansiedad estado (con 36 puntos).

IDARE RASGO-ESTADO LB2

Su ansiedad rasgo (29 puntos), y su ansiedad estado (29 puntos) se mostraron iguales.



COMPARACION LB1 - LB2

Idare: En cuanto a la ansiedad se observaron reducciones en la ansiedad rasgo (16 puntos equivalente a 20% y en la ansiedad estado (7 puntos, equivalente a 8.75%). (Ver Figura 5, los puntajes en las gráficas de esta variable se tradujeron a porcentajes en una base de 80=100%)

MMPI

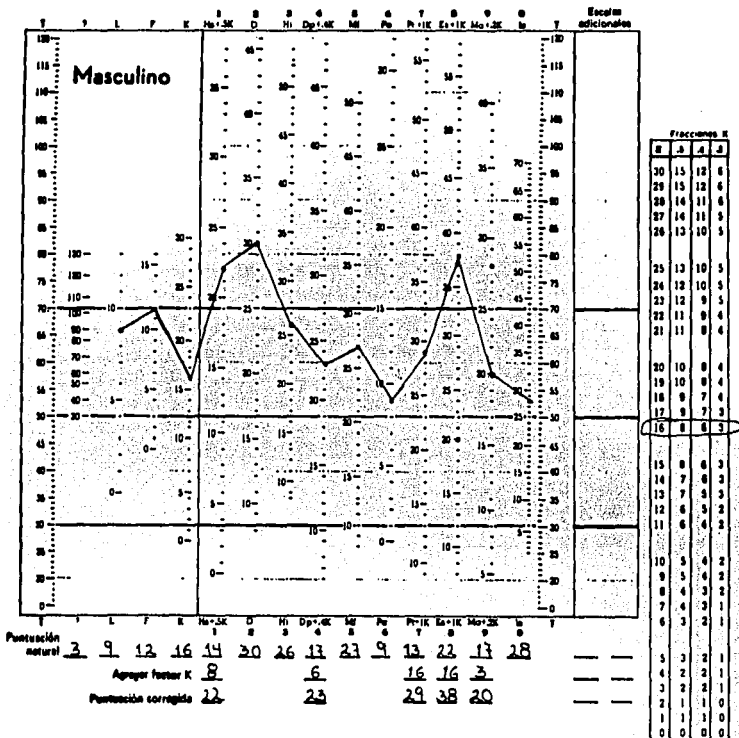
En las Escalas Control se observa que en la Escala L el sujeto intentó dar una buena imagen de tipo social, muestra tendencias a preservar las reglas y normas sociales lo cual implica una actitud convencionalista hacia las mismas. En este sentido el sujeto se mostró un tanto no cooperativo con la prueba con la intención de manipularla para dar esta imagen. En cuanto a la Escala F se puede decir que reconoce y acepta tener una fuerte conflictiva emocional, por la elevación de la escala parece ser que intenta exagerar un tanto su conflictiva como una forma de solicitar ayuda. En cuanto a la Escala K se observa que sus recursos psicológicos se encuentran disminuidos sintiéndose no capaz de enfrentar con ellos los problemas psicológicos y tensiones emocionales; su autoconcepto es pobre y su capacidad de insight está disminuida también y se observa una debilidad yoica.

En cuanto a las Escalas Clínicas se observan como picos de perfil la combinación 2-8, esta combinación se puede interpretar de la siguiente manera: se observan sentimientos de inseguridad, culpa y minusvalía, donde sobresalen el incremento

de las características depresivas, con tendencia al aislamiento como una expresión más de la reducción de la energía. Los sentimientos de minusvalía y culpa observados, se incrementan por la intensa inseguridad propiciada a su vez por el temor al rechazo. En esta combinación es probable que los elementos autoagresivos se estén manifestando a través de sentimientos de minusvalía e inferioridad que aparecen como formas de autodesprecio y de pesimismo acerca de las propias capacidades. En cuanto a la Escala 1 que es la que sigue en elevación, se puede decir que el sujeto muestra una fuerte preocupación por el funcionamiento corporal, es decir, existe un automonitoreo excesivo acerca de cualquier cambio, señal o signos corporales. Muy probablemente a esta altura se pueden observar algunas quejas somáticas importantes; que dados los elementos antecedentes existentes se podría decir que esta elevación está indicando algún problema con la autoimagen, es decir algunas características físicas con las cuales el sujeto se encuentra insatisfecho. La siguiente Escala es la 6, la cual es la más baja del perfil, en esta escala se pueden observar elementos de rasgos paranoicos, como tendencias a la suspicacia, desconfianza en las relaciones interpersonales y sensibilidad en la misma, lo cual las dificulta, aunado a la sensación de sentimientos de vulnerabilidad frente al ámbito social. Sin embargo, siendo la escala más baja del perfil aquí se puede observar que estos rasgos son negados por el individuo, lo cual implica un fuerte control del impulso hostil; en este sentido la descarga hostil es altamente probable que se de en forma de "acting out", es decir, que se de en forma impredecible ante estímulos irrelevantes en

situaciones incontextuales. En cuanto a la Escala 3 se puede observar que el sujeto muestra necesidades de afecto-dependencia no satisfechas hasta el momento; parece ser que este individuo es fuertemente dependiente del entorno, se resiente fácilmente de la ignorancia y del rechazo directo; pierde individualidad en la medida en que busca ser aprobado y reconocido. En este sentido y en relación a la Escala 4 se puede decir también que sus impulsos hostiles están fuertemente controlados por la necesidad de afecto-aprobación, por lo que al igual que lo referido en la Escala 6 es probable que la manifestación o canalización de los impulsos hostiles sea de manera pasivo-agresiva. En cuanto a los elementos de ansiedad se observan algunas tendencias, con ligeras inclinaciones hacia quizás el perfeccionismo y muy probablemente algunas situaciones somáticas de ansiedad. En este caso se observa que la canalización somática identificada en la Escala 1 es suficiente para controlar las descargas ansiolíticas. Por la relación que existe entre la Escala 2 y la Escala 7 se puede decir que se observa un fuerte sufrimiento humano y que existen las condiciones necesarias como para que el sujeto este motivado para un cambio. Así el pronóstico en este sentido es altamente favorable dadas las elevaciones de las escalas del sufrimiento que son las Escalas 2 y 7. En cuanto a su rol psicosexual se puede observar que esta persona de sexo masculino más bien presenta tendencias hacia aspectos estéticos, aspectos culturales, quizás filosóficos-científicos de acuerdo a su escolaridad. Una persona que tiende al pacifismo, evita la confrontación y muy probablemente la racionaliza, y de alguna manera no se encuentra dentro de lo

que se espera para el medio mexicano. En cuanto a su nivel de intereses parece ser que el sujeto está claramente en una situación depresiva, su abanico de intereses se encuentra reducido, quizás la energía vital se caracterise en términos de fatigabilidad y falta de impulso para iniciar cualquier actividad. Claramente se observa una depresión de tipo reactiva, pero por la elevación



de la Escala 2 pareciera ser que esta es una situación más bien de tipo crónico. Finalmente se puede decir que el sujeto tiene una orientación externa, lo cual combinado a lo dicho anteriormente permite establecer un pronóstico favorable, pues todavía sus relaciones interpersonales están intactas y el sujeto se orienta hacia el interés colectivo. Así, es una persona que puede trabajar muy bien en grupo. (Ver Perfil 1).

USAS

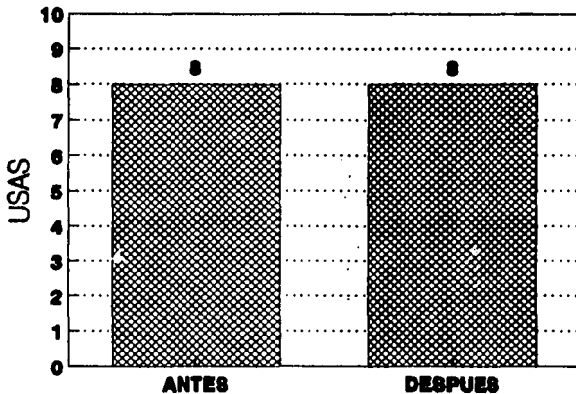
Dentro de cada una de las 8 sesiones de tratamiento, el paciente reportó dos veces (al comienzo y casi al finalizar cada una de éstas), de manera subjetiva sus niveles de relajación (USAS) en una escala de 0 a 10, que va de menos a más relajación.

En la Figura 6, se muestran los valores de la mediana obtenidos al comienzo y al final de cada sesión de tratamiento. Lo cual puede estar indicando que esta persona primeramente, alcanzó niveles relativamente altos de relajación; segundo, que sus niveles de relajación no fueron modificados en el transcurso de cada sesión y tercero estos valores se mantuvieron a lo largo de las sesiones. A continuación se muestran estos datos:

USAS

No. de sesión	antes	después
1	8.5	10
2	8	8
3	8	8
4	8	8
5	8	8
6	8	8
7	8	8
8	8	8
	Mediana:	8
	Media:	8.1
		8.25

FIGURA 6



MEDIANA DE USAS EN SESIONES DE ENTRENAMIENTO, PARA EL SUJETO E1.

HOJAS DE REGISTRO DE TAREA

A lo largo de 63 días (9 semanas) se le pidió que practicara su relajación dos veces al día en casa con un cassette de relajación que se le proporcionó. Se le dieron hojas de registro para dichas prácticas (ver anexo), en donde anotaba para cada práctica su nivel de relajación obtenida para cada uno.

De estos 63 días el debió practicar 126 veces, sin embargo sólo practico 121 veces (96.03%), lo cual indica que fué cumplido en sus tareas. La media de relajación obtenida a lo largo de estas 121 sesiones de práctica fué de 7.45. (Ver Cuadro 3).

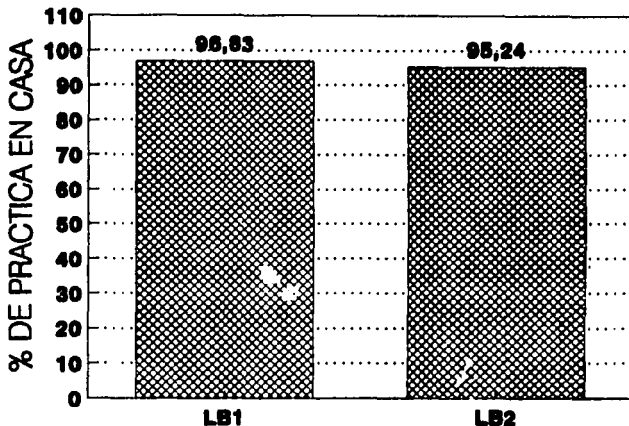
CUADRO 3

DIA

		1		2		3		4		5		6		7	
SEMANA	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5	
	2	6	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8		6
	3	8	8	8	8	8	8	8.5	9	9	9	7	7	7	7
	4	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	5	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	8	8	8		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	9	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	10														

SESION EN QUE NO HIZO PRACTICA DE RELAJACION

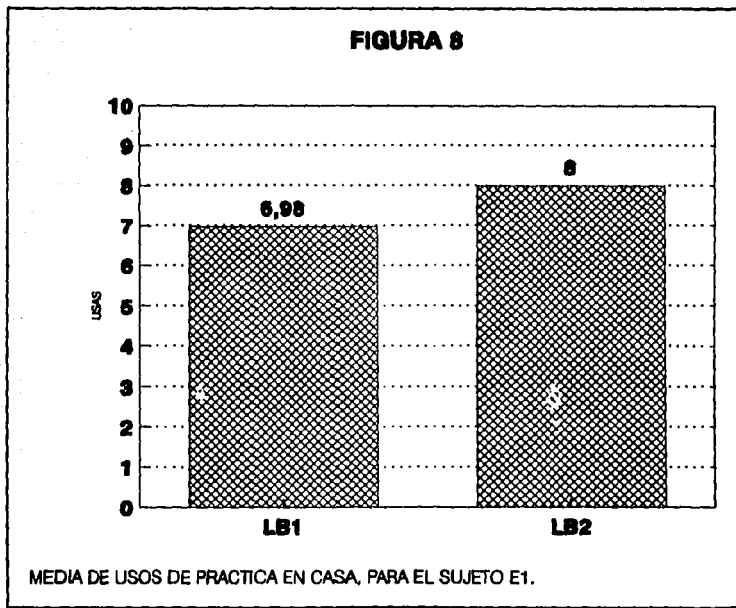
FIGURA 7



PORCENTAJE DE PRACTICA EN CASA.SUJETO E1

La Figura 7 muestra el porcentaje de práctica en casa de estas 126 sesiones, para la primera y segunda mitad de éstas; observando que en la segunda mitad el cumplimiento se redujo ligeramente, aunque se puede decir que fué adecuado.

En la Figura 8 se observa la media de relajación obtenida en la primera y segunda mitad de estas 126 sesiones de práctica, considerando solo los días de práctica realizada. Se observa un mejor nivel de relajación en la segunda mitad.



GLUCOSA EN SANGRE

Los valores normales se encuentran ubicados en un rango de 80 a 120 mg/dl. En la L.B.1 para esta prueba obtuvo un nivel de glucosa en sangre de 333 mg/dl; en la L.B.2 314 mg/dl y en la L.B.3 175 mg/dl.

Lo anterior indica una clara disminución de estos niveles a medida que el tratamiento seguía su curso. De tal modo que a mitad del tratamiento los niveles de glucosa disminuyeron 19 mg/dl (5.7%) y al finalizar el tratamiento disminuyó 158 mg/dl (47.5%) con respecto al comienzo de éste ; y en relación a la medición intermedia los niveles de glucosa se redujeron 139 puntos (44.3%).

Lo anterior indica que la disminución en glucosa se produjo principalmente en la segunda mitad del tratamiento. Sin embargo, aunque hubo una reducción importante, hay que señalar que esta persona aún se encontraba en niveles altos de glucosa clínicamente hablando. (Ver Figura 32).

HbG₁ (HEMOGLOBINA GLICATADA)

En un rango de 4.5-7% se puede hablar de una glucosa controlada y mayor de 8.5 es no controlada.

En la L.B.1 obtuvo un nivel de 8.76 y en la L.B.2 5.67; por lo que aquí también se produjo una reducción en la glucosa al finalizar el tratamiento (se redujo 3.09 unidades equivalente a 35.27%). Lo cual apunta a una reducción favorable para este paciente, pues el valor con el que comenzó se encontraba dentro de los parámetros de diabetes no controlada y al finalizar estaba ya dentro de los valores normales. (Ver Figura 33).

Grupo: Experimental

No. de expediente: E2

Sexo: Femenino

Iniciales: A.M.P. (E2)

Edad: 33 años

Ocupación: Hogar y le ayuda a su esposo a hacer dulces

Estado civil: Casada

Numero de hijos: 3 hombres y 1 mujer

Vivienda: Cuenta con todos los servicios, casa propia, adecuada a la familia; sólo que el negocio de dulces no está independiente de espacio familiar.

Conformación Familiar : Nuclear

Religión: Protestante

Escolaridad: Cuarto semestre de bachillerato

Referido al servicio por: Terapeuta

Diagnóstico: Diabetes Mellitus no insulino dependiente, fue dado por un médico del seguro social.

Periodo de evolución: 6 años, ella tenia 27 años

-Comenzó cuando se embarazo de su tercer hijo, con éste se le diagnóstico diabetes gestacional y al nacer su cuarto hijo también

la tuvo, pero quedo instalada la diabetes en este caso.

Antecedentes Familiares: Madre fallecida hace 20 años por coma diabético.

Respuestas a fármacos: Parcialmente positivos, dos pastillas diarias de tobutamina.

Postura del paciente: Lo atribuye a la herencia, ha intentado resolverla con dieta, téis y medicamentos. Considera a su diabetes como un problema moderadamente severo.

Expectativas: Focalizadas, es decir, espera que se le atienda exclusivamente su problema de diabetes.

BASIC - ID

ANTECEDENTES:

Ella reporta que cuando tenía 5 años su padre y madre eran alcohólicos. Menciona que tuvo una infancia "feliz", a pesar de esto ella misma reporta problemas familiares y el que su madre era golpeada por su padre; pues dice que todo se le daba y no se le castigaba ya que era hija única (tiene un medio hermano por parte de su mamá, mayor que ella). Cuando ella tiene 9 años de edad su madre muere de coma diabético y dice que a partir de este suceso comenzarán las "carencias" afectivas y materiales; pues comenzó a pasar

hambre, a no tener ropa ni atenciones. También comenzó a realizar labores domésticas. A la edad de 16 años su padre muere y su hermano la golpeaba. Ella reporta haber amado y confiado en sus padres. A su padre lo recuerda como "un buen hombre, quería a los niños y era sociable"; mientras que su madre: "era muy trabajadora, limpia, siempre alegre". En su hogar no se le proporcionó información sobre sexo. Su menarca ocurrió a los 9 años y dado que no tenía información pensó tener una herida. En frases incompletas menciona: un padre debería de ser: "mas amigo de sus hijos"; una madre debería ser: "más apacible".

ACTUALES:

Menciona que sus periodos menstruales afectan su estado de animo, ya que se enoja con más facilidad en este estado y así es más probable que pierda el control de sus sentimientos. Esto contribuye a que actue de manera impulsiva en el sentido de aventar cosas y decir cosas sin pensar. Así mismo, esto finalmente le hace sentirse culpable. Todo esto ella desea experimentar menos a menudo.

Por otro lado le gustaría de ser desidiosa respecto a cosas que tiene que hacer de su casa e hijos y que no las hace. Cuando logra terminar una meta se siente muy feliz.

No le gusta que maltraten a los niños.

No realiza ejercicio físico; duerme de 9 a 10 horas diarias y le gustaría dormir menos. Reporta problemas del sueño en el sentido de iniciar el sueño, (pues se pone a pensar en sus asuntos pendientes, en este sentido tambien reporta el

hacer frecuentemente lista de pendientes de la casa), también como problemas del sueño está el despertar durante la noche (pues cualquier ruido la despierta y le cuesta trabajo consiliar el sueño). Tiene 15 años de casada, de novios duraron tres años. Las personas más importantes en su vida son su esposo e hijos.

RESULTADOS DE PRUEBAS

TEMORES LB1

Total: 1, equivalente a 1.1%.

Dicho reactivo corresponde a temor a los ratones, el cual no parece ser relevante en su vida

TEMORES LB2

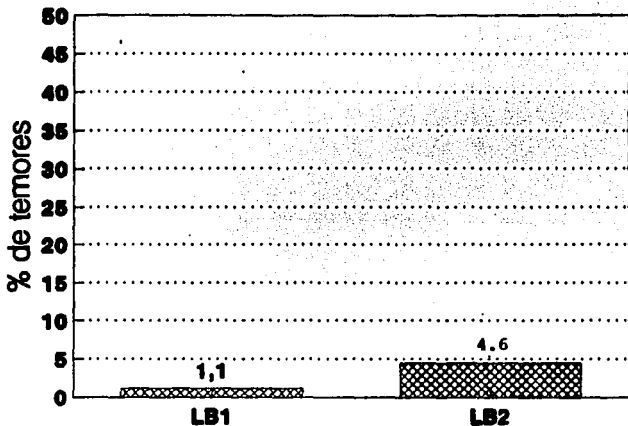
Total: 4, equivalente a 4.6%.

En donde reporta temor a ver pelear, a ratones, perder el control y ser responsabilizado para tomar decisiones. De los cuales ninguno se detecta como relevante en su vida diaria.

COMPARACION LB1 - LB2

Temores: En el inventario de temores se observa un aumento de 3 puntos (3.33%). Pasando de 1 a 4 temores. (Ver Figura 9)

FIGURA 9



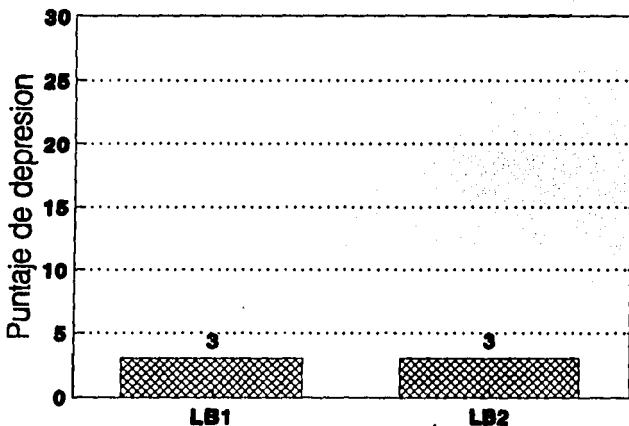
PORCENTAJE DE TEMORES, PARA EL SUJETO E2

BECK - DEPRESION LB1

Puntuación: 3, lo cual indica: una depresión nula.

Siendo el contenido de los reactivos: siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractiva y me preocupo por dolores y molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable (en relación a la diabetes).

FIGURA 10



DEPRESION SEGUN BECK, PARA EL SUJETO E2.

BECK - DEPRESION LB2

Puntuación: 3, lo cual indica: una depresión nula
Siendo el contenido de los reactivos: Ahora despierto más cansado que antes, me canso más fácilmente que antes, y me preocupo por dolores estomacales y estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable (todos los cuales los atribuye a su diabetes)

COMPARACION LB1 - LB2

Depresión: En el inventario de depresión la puntuación se mantuvo sin cambio, quedando así con la depresión nula con la que comenzó. (Ver Figura 10).

IBT LB1

Se detecta que probablemente hay una gran necesidad de ser amada y aprobada por los demás en relación a su conducta y a su persona (1:80%). Se detectan creencias de que tal vez considera importante ser apto, y competente en todo lo que hace (2:70%), Así mismo busca soluciones perfectas a sus problemas (10:70%) y por lo tanto frustración ante situaciones que no salen como ella quisiera que salieran (4:60%). Por otro lado hay cierta aprehensión ante situaciones futuras y pesimismo (6:50%). Probable tendencia a preferir reuir sus obligaciones y problemas (7:50%). Probablemente no soporta el tener que pedir ayuda y consejos a otros (8:50%). Hay una tendencia moderada a tener pensamientos moralistas (3:50%). Probablemente se incline a pensar que su pasado es importante pero no determinante en su presente (9:40%). Tiene su locus de control marcadamente interno, probablemente ilusorio y no realista. (5:10%).

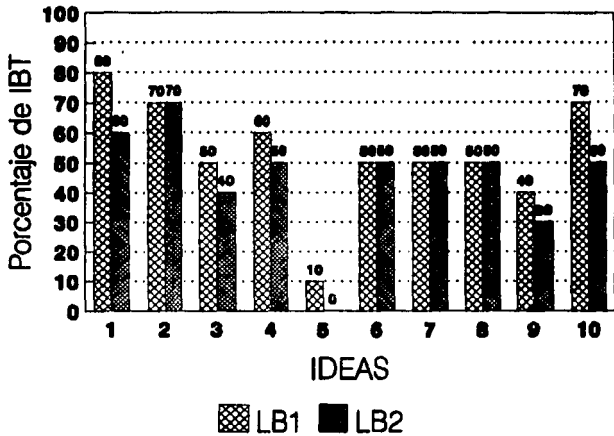
ITB LB2

Se detectan creencias de que tal vez considera importante ser apto y competente en todo lo que hace (2:70%); así como también probablemente hay gran necesidad de ser amada y aprobada por los demás en relación a su conducta y a su persona (1:60%). Por otro lado, probablemente hay frustración ante situaciones que no salen como ella quisiera que salieran (4:50%). Hay cierta aprehensión ante situaciones futuras y pesimismo (6:50%). Probable tendencia a preferir reuir sus obligaciones y problemas (7:50%); quizás no soporta el tener que solicitar ayuda y consejo de otros (8:50%). Tal vez haya alguna tendencia a buscar soluciones perfectas a sus problemas (10:50%). Hay una leve tendencia a tener pensamientos moralistas (3:40%). No se observa tendencia a pensar que su pasado es importante en su presente (9:30%). Se observa un locus de control marcadamente interno, probablemente ilusorio y no realista (5:0%).

COMPARACION LB1 - LB2

IBT: En el inventario de ideas irracionales se observaron los siguientes cambios: reducciones en las ideas: 1(20%), 3(10%), 4(10%), 5(10%), 9(10%), 10(20%) y permanecen sin cambio las ideas 2, 6, 7 y 8. (Ver Figura 11).

FIGURA 11



IDEAS IRRACIONALES DE 1 A 10. PORCENTAJE IBT, PARA EL SUJETO E2.

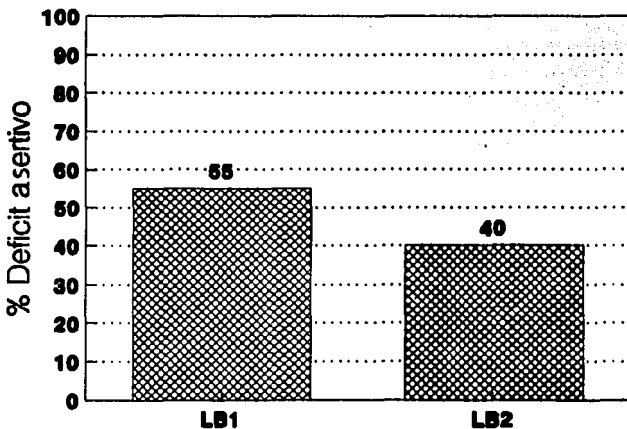
ASERCION LB1-LB2

En el Cuadro 4, se muestran los porcentajes para cada una de las categorías de aserción, en LB1 y LB2.

COMPARACION LB1 - LB2

Aserción. En aserción se observó una disminución en el déficit total de aserción (15%), así como también con extraños (6.45%), en incomodidad (10.3%), y rechazo con extraños (20%). Mientras que se observó un aumento en aproximación (5%), rechazo (5%), conocidos (18.92%), respuesta (10.29%), aproximación con extraños (6.25%), aproximación con conocidos (10.53%) y rechazo con conocidos (27.78%). (Ver figura 12).

FIGURA 12



DEFICIT ASERTIVO, PARA EL SUJETO E2.

CUADRO 4 DEFICIENCIA ASERTIVO POR CATEGORIAS, SUJETO E2

	LB1	LB2
TOTAL	55%	40%
APROXIMACION	27.5%	32.5
RECHAZO	27.5%	32.5
EXTRAÑOS	70.96%	64.51
CONOCIDOS	18.92%	37.84
INCOMODIDAD	25%	14.70
RESPUESTA	29.41%	39.70
APROXIMACION CON EXTRAÑOS	68.75%	75%
RECHAZO A EXTRAÑOS	73.33%	53.33
APROXIMACION A CONOCIDOS	10.52%	21.05
RECHAZO A CONOCIDOS	27.77%	55.55

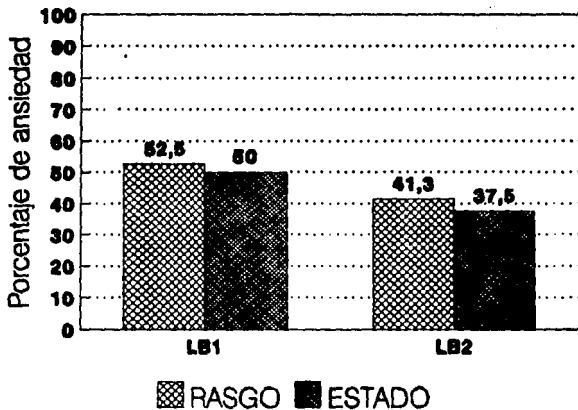
IDARE RASGO-ESTADO LB1

Su ansiedad rasgo (42 puntos) se mostró (2.5%) más elevada que su ansiedad estado (40 puntos).

IDARE RASGO-ESTADO LB2

Su ansiedad rasgo (33 puntos) se mostro 3 puntos (3.30%) más elevada que su ansiedad estado (30 puntos).

FIGURA 13



PORCENTAJE DE ANSIEDAD SEGUN RASGO Y ESTADO, PARA EL SUJETO E2.

COMPARACION LB1 - LB2

Idare: Sr. observaron reducciones en ansiedad rasgo de 9 (11.25%) y ansiedad estado también se redujo con 10 puntos (12.5%). (Ver Figura 13).

MMP1

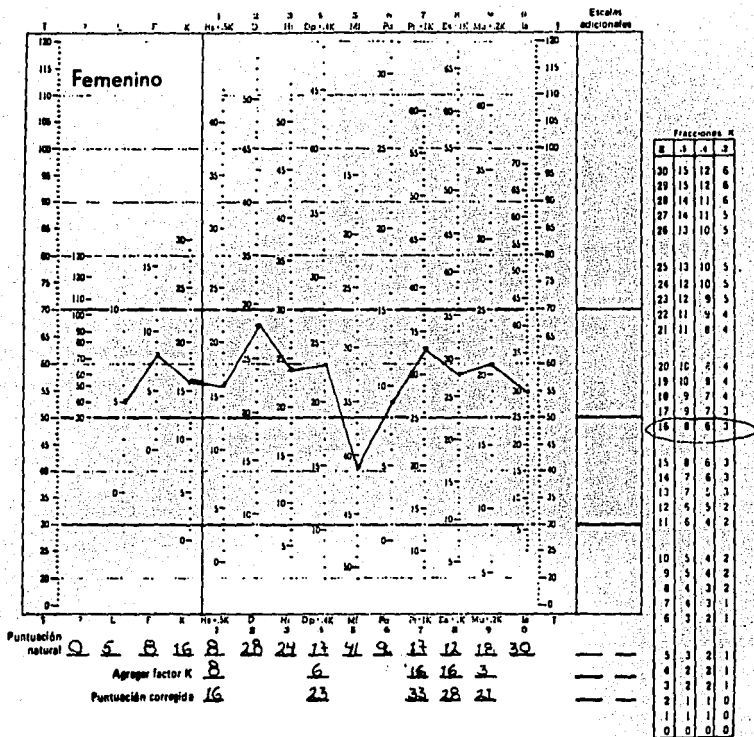
En las Escalas Control se observa que en la Escala L la sujeto fue cooperativa con la prueba, **

mostró honesta y sincera ante la misma tratando de proporcionar la información necesaria. En cuanto a la Escala F se observa que la persona evaluada reconoce y acepta tener una conflictiva emocional con cierta tensión interna, empezando a exagerar ligeramente su problemática emocional. Los recursos en la Escala K se identifican ligeramente inflados y muy probablemente representando defensas rígidas y estereotipadas de corte intelectualizador. Pasando a las Escalas Clínicas se observa que la escala que predomina es la 7 en la cual se puede hablar de que la persona está tomando contacto con elementos de ansiedad; a esta altura probablemente no se identifiquen fobias, pero si una situación de tipo rígida, una cierta intolerancia hacia el error ajeno y propio. La Escala que sigue en relación a la 7 es la Escala 4, pareciera ser que las descargas hostiles representadas en la 4 están controladas por la Escala 7, quizás estas descargas aparecen solo como rasgos de inconformidad y resentimiento hacia lo establecido con una generalización del resentimiento e inconformidad con el medio ambiente familiar. El sujeto no se atreve a manifestar estos rasgos abiertamente porque el nivel de su angustia aumentaría de manera notable causando el desequilibrio de los mecanismos de defensa de la personalidad. Pareciera ser que aquí hay un conflicto directo entre las instancias del ello y del superyo. Es probable que además en esta combinación el sujeto haya sido sumamente crítico al valorarse, ya que su estructura superyoica indica ser muy rígido y exigente consigo mismo; exagerando fallas ante la más mínima manifestación de rebeldía o respuesta antisocial. También se observa una falta de capacidad para el compromiso

y un intenso temor de involucrarse en forma profunda, y las constantes dudas acerca de las selecciones de objeto. En relación directa al resentimiento expresado y la inconformidad en el punto de la Escala 5, se observa que una escala muy acentuada sumergidamente como es la Escala 5, que estaría manifestando que la sujeto además de asumir comportamientos pasivos-sumisos está tan pronunciada que es muy probable que la sujeto se involucre en relaciones masoquistas; se siente víctima de las situaciones y culpa al ambiente y probablemente en forma directa al medio ambiente familiar como responsable de su situación. Lo cual impide que la sujeto asuma la responsabilidad de este comportamiento masoquista y lo esté utilizando como una forma pasiva de agredir al entorno, concretamente a la familia. En este sentido también se observa que la Escala 6 muestra justamente este proyectar la culpa y su situación, responsabilizando a los demás de la misma y no asumiendo su propio rol. Las relaciones interpersonales han de ser conflictivas tanto por la elevación de la Escala 4 como de la 6 en donde la sujeto muestra fuertes elementos hostiles que estan controlados por la angustia. Las relaciones han de ser superficiales caracterizadas por desconfianza, susceptibilidad, sensibilidad; sin embargo todos estos rasgos son reconocidos y aceptados por lo que la descarga de los impulsos hostiles es predecible en este caso. La paciente muestra, por otra parte, en la Escala 3 una necesidad de afecto-aprobación que sin embargo no llega a ser lo suficientemente importante como para controlar los impulsos hostiles. Parece ser que en toda esta configuración lo que está controlando los impulsos

hostiles más bien es la descarga de la ansiedad. Su necesidad de afecto-dependencia, sensibilidad y receptividad a la aprobación social, se observan en la Escala 3; su interés en este caso en relación al ambiente social muestra una actitud extrovertida lo cual implica que la sujeto tiende a buscar el ambiente social, probablemente asumiendo una actitud más bien pasiva en éste y no intentando tomar una actitud líder. En cuanto a la Escala 1 no se detectan elementos que puedan corroborar una preocupación excesiva por el funcionamiento corporal. Pareciera ser que los mecanismos de defenza estereotipados y registrados en la Escala K estuvieran justamente representados o manifestados en la elevación de la Escala 2. La elevación de esta Escala muestra que más bien la sujeto intenta disminuir su sentimiento de baja autoestima y de inseguridad, y esto lo está canalizando más bien a través de un manejo masoquista en sus relaciones interpersonales no cuidandose, no protegiendose y no saliendo de las situaciones dañinas o peligrosas para ella. En cuanto al nivel de energía parece ser que está intacto, sin embargo por la elevación de la Escala 2 pareciera ser que en este caso hay elementos que pudieran hablar de una tendencia a la depresión enmascarada, lo cual de manera importante se confirma a través de los inventarios o inventario correspondiente, lo cual implica bajas elevaciones y no denotandose el ánimo disfórico. La elevación de la Escala 8 por su parte y en combinación con la Escala 3 y 0 puede estar hablando de una persona poco creativa, más bien de una persona orientada hacia el reconocimiento de los demás a través de la producción, lo cual es una forma de obtener

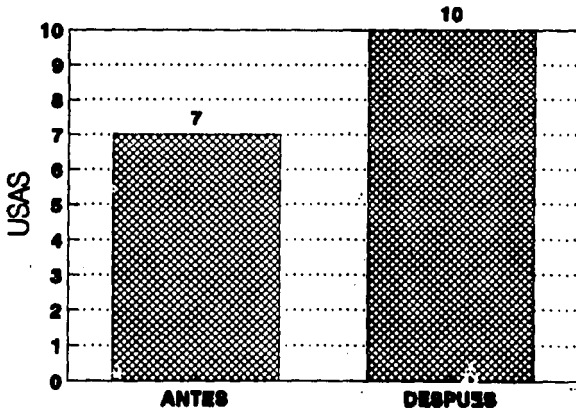
atención y aprobación de los demás. Tiende a ser un tanto concreta y un tanto práctica debido a la elevación correspondiente. (Ver Perfil 2).



USAS

Dentro de cada una de las 8 sesiones de tratamiento la paciente reportó dos veces (al comienzo y casi al finalizar cada una de éstas), sus niveles de relajación de manera subjetiva (USAS) en una escala de 0 a 10, la cual va de menos a más relajación. En la Figura 14 se muestran los valores de la mediana obtenidos al comienzo y al final de cada sesión de tratamiento. Lo cual puede estar indicando primeramente que en el transcurso de las sesiones su relajación fué de menos a más, alcanzando un nivel de relajación alto; y segundo, comenzando cada sesión con niveles relativamente bajos de relajación y finalizando siempre con altos niveles de relajación.

FIGURA 14



MEDIANA DE USAS EN SESIONES DE ENTRENAMIENTO, PARA EL SUJETO E2.

A continuación se muestran estos datos:

USAS

No. de sesión	antes	después
1	4	7
2	5	9
3	6	10
4	9	10
5	7	10
6	7	9
7	9	10
8	7	10
	Mediana:	7
	Media:	6.75
		9.38

HOJAS DE REGISTRO DE TAREA

A lo largo de 63 días se le pidió que practicara su relajación dos veces al día en casa con un cassette de relajación que se le proporcionó. Se le dieron hojas de registro para dichas prácticas (ver anexo), en donde anotaba para cada práctica su nivel de relajación obtenida para cada una.

De estos 63 días ella debió practicar 126 veces. Sin embargo solo practicó 27 veces (21.43%). Lo cual está indicando una falta de cumplimiento en esta tarea. La media de relajación obtenida a lo largo de estas 27 sesiones de práctica fué de 7.96. (Ver Cuadro 5).

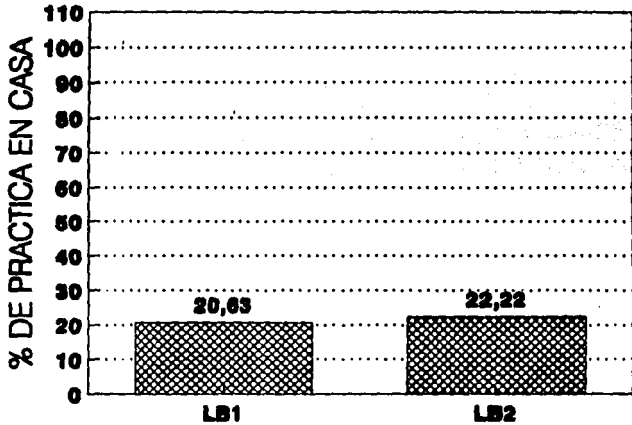
CUADRO 5**DIA**

	1	2	3	4	5	6	7		
1									
2			4	5		6			
3			6	8		8	7		
4		9	9	8		7	8		
5				8	9		8		
6				8	9	9	9		
7									
8	9		9	9		9	8		9
9				9	8				
10									

SESION EN QUE NO HIZO PRACTICA DE RELAJACION

La Figura 15 muestra el porcentaje de práctica en casa de las 126 sesiones, para la primera y segunda mitad de éstas. Observando que en la segunda mitad aumento ligeramente el porcentaje, aunque en general hubo incumplimiento en la tarea.

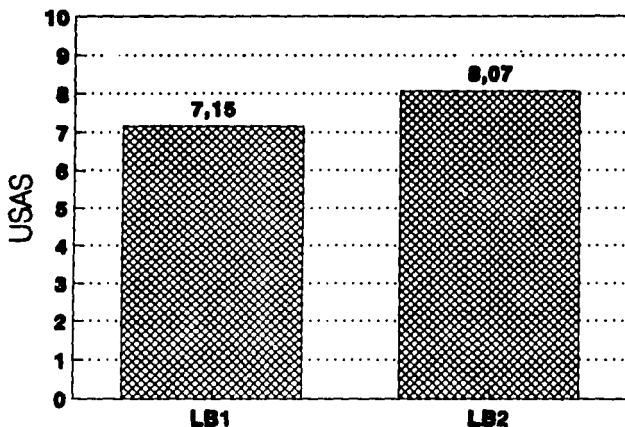
FIGURA 15



PORCENTAJE DE PRACTICA EN CASA.SUJETO E2

Mientras que la Figura 16 muestra la media de relajación en la primera y segunda mitad de las sesiones de práctica, considerando únicamente las 27 prácticas realizadas; observando que en la segunda mitad mejoró el nivel de relajación.

FIGURA 16



MEDIA DE USAS DE PRACTICA EN CASA, PARA EL SUJETO E2.

GLUCOSA EN SANGRE

Los valores normales se encuentran ubicados en un rango de 80 a 120 mg/dl. En LB1 obtuvo 222.4 mg/dl; en LB2 201 mg/dl y en LB3 203.37 mg/dl. Estos datos indican una disminución en los niveles de glucosa en la L.B.2 y L.B.3 en relación a la L.B.1. Aunque la L.B.3 aumentó en relación a la L.B.2.

De tal modo que a mitad de tratamiento los niveles de glucosa disminuyeron 21.4 mg/dl (9.62%) y al finalizar el tratamiento, disminuyo 19.03 mg/dl (8.56%) con respecto al comienzo de éste; y en relación a la medición intermedia los niveles de glucosa aumentaron 2.37 mg/dl (1.17%). Lo anterior indica que los niveles de glucosa se redujeron como consecuencia del trataminto, aunque se haya producido un ligero aumento al finalizar en relación a la segunda medición. Sin embargo aunque se dió una reducción, es importante señalar que esta persona aún se encontraba en niveles muy altos de glucosa clínicamente hablando. (Ver Figura 32).

HE₁ (HEMOGLOBINA GLICATADA)

En un rango de 4.5-7% se puede hablar de una glucosa controlada y mayor de 8.5 es no controlada.

En esta prueba obtuvo un valor de 6.7 en la L.B.1 y L.B.2 de 5.9, por lo que aquí también se produjo una reducción en la glucosa al finalizar el tratamiento (se redujo 0.8 unidades equivalente al 11.94%). Así, clínicamente hablando aún se encuentra dentro de los parámetros de glucosa controlable, pero más bajos. (Ver Figura 33).

Grupo: Pseudotratoamiento

No. de expediente: P3

Sexo: Femenino

Iniciales: A.H.G. (P3)

Edad: 43 años

Ocupación: Hogar

Estado civil: Casada

Numero de hijos: 4 hombres y 1 mujer

Vivienda: Casa particular, sola amplia, y cuenta con todos los servicios.

Conformación Familiar : Extensa (vive la abuela materna con ellos, la madrastra)

Religión: Católica

Escolaridad: Sexto año de primaria

Referido al servicio por: Terapeuta

Diagnóstico: Diabetes Mellitus no insulino dependiente, se le dió por parte de un médico particular y en el seguro social.

Periodo de evolución: 2 años

Menciona que su comienzo se junto con la menopausia y en una época de crisis nerviosa para ella (por el intento de

suicidio de su hija).

Antecedentes Familiares: Su madre y su abuela materna.

Respuestas a fármacos: Parcialmente positivos, toma dos veces al día mellitron.

Postura del paciente: Califica su diabetes como un problema incapacitante; ya que menciona que sigue su dieta y no la puede controlar. La atribuye a sus preocupaciones como son sus deberes domésticos ("¿que hacer de comer?") y/o a sus seis operaciones en la que ha sido intervenida (matriz, 2 cesáreas, salpingoclasia, vesícula y seno)

Expectativas: Focalizadas, es decir, espera que se le atienda exclusivamente su problema de diabetes.

Observaciones: Reporta que se agunata mucho para comer, pues le da miedo que aumente su azúcar.

BASIC - ID

ANTECEDENTES:

Reporta que su madre biológica la regaló a una señora quien finge como su madre adoptiva; así ella vive desde casi recién nacida con su madre adoptiva y con el esposo de ésta (con él hasta la edad de 4 años). Ella recuerda que el esposo de su madre era

borracho y golpeaba a su madre. La paciente no era golpeada por su madre, pero si por los amantes de ésta. Reporta que su madre frecuentemente se iba de su casa 2 ó 3 días, y la dejaba sóla; al respecto ella dice: "me crie sola", "no tuve hogar". Ante ésta situación ella a escasos 5-6 años se vió en la necesidad de lavar ropa ajena para que le dieran de comer, de tal modo que tuvo que trabajar desde muy pequeña. Además realizaba tareas domésticas en su propia casa desde los 6 años y a los 14 años cuidó a sus sobrinos.

Además de estas faltas de su madre a la casa entre 2 a 3 días, ésta trabajaba todo el día y la dejaba en total abandono. Entre los 4-6 años estuvo en una guardería en un horario de 8:00 am a 6:00 pm durante casi un año.

De niña fué enfermiza y esto se puede explicar por la mala alimentación que tenía. Su menarca ocurre a los 12 años; ella nunca tuvo información de tipo sexual y por ello cuando ocurre su menarca su madre no la orienta y además los vecinos se burlan de ella; no sabía lo que le ocurría y reporta que tenía mucho temor en relación a la menstruación. Temía que a las experiencias sexuales de recién casados y fué hasta entonces cuando se dió cuenta de sus impulsos sexuales. Inicia su noviazgo con su esposo a la edad de 12 años y se casa a los 17.

ACTUALES:

Actualmente imagina frecuentemente que se cae en un abismo sin fin boca arriba además reporta imágenes de ser perseguida y no poder correr.

Ella reporta ser una persona que no reclama sus derechos, ni toma decisiones, pues ante cualquier desacuerdo se calla y deja que abusen de ella. En reuniones sociales no plática ni opina; menciona que su esposo diría sobre ella que es "hermitaña y no sociable". En frases incompletas ella opina: "Si no tuviera miedo de ser yo misma; diría lo que no me parece".

Se detecta culpa en relación a los problemas de relación entre sus hijos y hermana casada, entre hijos y padres; y al respecto y dice ser "un fracaso como madre y esposa". Ella desearía experimentar menos tristeza, pues reporta que uno de sus hijos la "desprecia" pues frecuentemente éste le dice: "que no sirve para nada y que se avergüenza de ella". Además, cuando su esposo se enoja la insulta. Ella ante esto dice: "no hay nada que valga la pena, no puedo hacer nada bien". Se siente sin amor y así lo piensa.

Frecuentemente busca el aislamiento (se acuesta) sobre todo cuando está enojada, esto sucede con mayor frecuencia cuando su esposo toma (es alcohólico) y esto le hace sentirse a ella desilusionada y entonces es más fácil que pierda el control de sus sentimientos.

Reporta temor a la enfermedad y a la muerte. Se siente a salvo y segura con su esposo en su casa, y sueña frecuentemente que su esposo la deja plantada.

Se detecta depresión, al respecto dice no querer hacer más nada o comenzar a hacer. Más bien desea dejar de hacer comida en la noche, ya que tiene que hacer diariamente desayuno, comida y cena diferente cada una.

Reporta sensación de estar encerrada y de asfixia. Cuando se siente ansiosa y con temblor tiene

grandes deseos de tomar medicamentos para calmarse. Su imagen o fantasía más placentera es: "volver a ser joven en otro ambiente".

Ella dice ser una persona "despreciada" y que "toda su vida ha sufrido", "nadie se ocupó de ella" y además dice: "no puedo perdonar que me hagan daño". Ella dice sobre una madre: "debería dar confianza a sus hijos".

Presenta trastornos del sueño del tipo despertar durante la noche.

Tuvo un aborto, según ella porque hizo un coraje debido a que su esposo se "burlaba de ella".

RESULTADOS DE PRUEBAS

TEMORES LB1

Total: 21, equivalente a 23.4%.

Se detectaron temor a voces altas, hablar en público, a gente que parece loca, a gusanos, murcielagos, viajes en automovil, ruidos repentinos, gente con apariencia de maleante, ver aguas profundas, insectos que se arrastran, ver pelear, ratones, serpientes inofensivas, armas, convertirse en enfermo mental, silencios en la conversación, a multitudes, arañas, fuego, perspectiva de ser operado, perderse el ritmo cardiaco.

De los cuales muy probablemente los más relevantes y que interfieren en su vida diaria son temor a voces altas, hablar en público, viajes en automovil, silencios en la conversación y a multitudes.

TEMORES LB2

Total: 25, equivalente a 27.77%. En el que se detectaron temor a voces altas hablar en público, gente que parece loca, gusanos, murcielagos, viajes en automovil, multitudes, espacios largos y abiertos, ver aguas profundas, armas, insectos que se arrastran, ver pelear, fuego, ratones, serpientes inofensivas, obscuridad, perderse el ritmo cardiaco, desmayarse, arañas, ser responsabilizado para tomar decisiones, vista de cuchillos y objetos cortantes, convertirse en enfermo mental, estar con un hombre, presentar exámenes escritos, ser tocado por otros. De los cuales los que parece más relevante son: temor a voces altas, hablar en público, viajes en automovil, ser responsabilizado para tomar decisiones.

COMPARACION LB1 -LB2

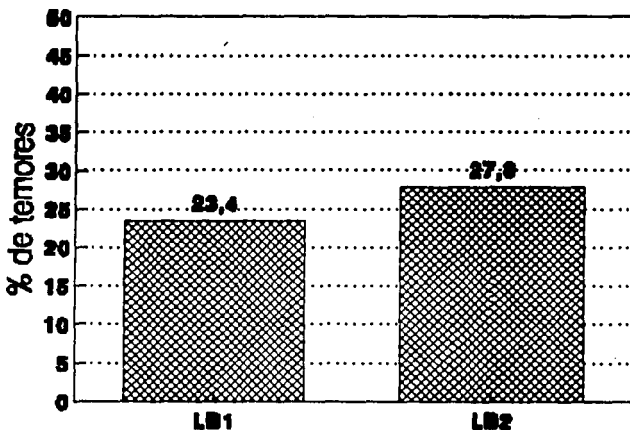
Temores En este inventario se observó un aumento de 4 puntos, equivalente a 4.44%, comenzando con 21 y terminando con 25. (Ver Figura 17).

BECK - DEPRESION LB1

Puntuación: 13, lo cual indica: una depresión leve.

Siendo el contenido de los reactivos:

FIGURA 17



PORCENTAJE DE TEMORES, PARA EL SUJETO P3

siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo; no disfruto de las cosas en la misma forma que antes; tengo el sentimiento de que algo puede sucederme; siento que tengo muchos defectos, estoy menos segura de mi misma ahora y trato de evitar tomar decisiones; no trabajo tan bien como acostumbraba; despierto una o dos horas mas temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir; me canso más fácilmente que antes; mi apetito no es tan bueno como antes; me preocupó

por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable.

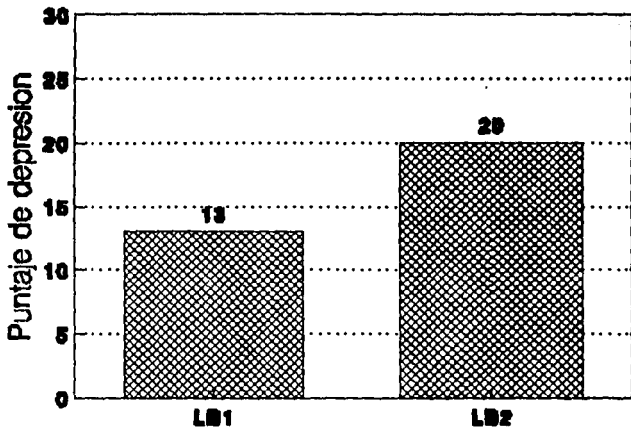
BECK - DEPRESION LB2

Puntuación: 20. lo cual indica una depresión moderada. Siendo el contenido de los reactivos: me siento desalentado con respecto al futuro; cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, sólo encuentro una serie de fracasos; no disfruto de las cosas en la misma forma que antes; tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme; me siento desilucionada de mí misma; me culpo a mí misma de todo lo que sale mal; ahora lloro todo el tiempo, no pudo detenerme; estoy menos interesada en otras personas de lo que era usual; en ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión; siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractiva; no trabajo tan bien como lo acostumbraba; ahora despierto más cansada que antes; me canso más fácilmente que antes; me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable.

COMPARACION LB1 - LB2

Depresión Su depresión de acuerdo a este inventario aumentó 7 puntos, comenzando con 13 y terminando con 20. Pasando así de una depresión leve a una moderada. (Ver Figura 18).

FIGURA 18



DEPRESION SEGUN BECK, PARA EL SUJETO P3.

IBT LB1

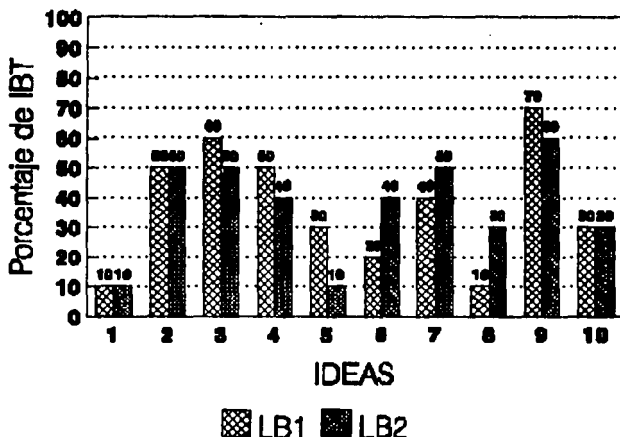
Se detecta que probablemente hay una fuerte creencia con respecto a que su pasado necesariamente continúa afectando su vida actual (9:70%). Hay tendencia a tener ideas moralistas (3:60%). Tendencia a creer en la necesidad de realizar todas sus actividades de la manera más

perfecta posible (2:50%), y frustración consiguiente cuando las cosas no marchan de la manera planeada (4:50%). Al parecer es una persona que no evade sus responsabilidades y pendientes (7:40%). Al parecer no hay creencia marcada con respecto a lo que le suceda depende de aspectos externos a él (5:30%). No presenta gran necesidad de dar soluciones perfectas a sus problemas (10:30%). Al parecer no hay tendencia a preocuparse por el futuro (6:20%). Probablemente se siente inmerecedora de amor y cariño (1:10%). Le resulta difícil el pedir ayuda a otros y consejos (8:10%).

IBT LE2

Probablemente se trata de una persona que cree que su pasado necesariamente continua afectando a su vida (9:60%). Se detecta la creencia de la necesidad de realizar todas las actividades de la manera más perfecta posible (2:50%) y probable frustración cuando las cosas no marchan de la manera planeada pero con la capacidad de soportarla (4:40%). Se detecta moderada tendencia a ideas moralistas (3:50%). Quizas haya alguna inclinación con respecto a evitar responsabilidades y pendientes (7:50%). Por otro lado tal vez tiende a preocuparse por lo que puede suceder en el futuro (6:40%). Tal vez le resulte fácil pedir ayuda a otros y consejos sin llegar a la dependencia de éstos para tomar decisiones (8:30%); no se observa gran necesidad de dar soluciones perfectas a los problemas humanos (10:30%). Probablemente se siente inmerecedora de amor y cariño (1:10%). Su locus de control se presenta marcadamente interno (5:10%).

FIGURA 19



IDEAS IRRACIONALES DE 1 A 10. PORCENTAJE IBT, PARA EL SUJETO P3.

probablemente ilusorio y no real.

COMPARACION LB1 - LB2

IBT En este inventario se observaron los siguientes cambios: disminuyeron los porcentajes de las ideas: 3 (10%), 4 (10%), 5 (20%) y 9 (10%); mientras que aumentan los porcentajes de las ideas: 6 (20%), 7 (10%), 8 (20%) y por último, permanecen sin cambio los porcentajes de las ideas 1, 2 y 10. (Ver Figura 19).

ASERCION LB1-LB2

En el cuadro 6 se muestran los porcentajes para cada una de las categorías de aserción, para LB1-LB2.

CUADRO 6 DEFI CIT ASERTIVO POR CATEGORIAS, SUJETO P3

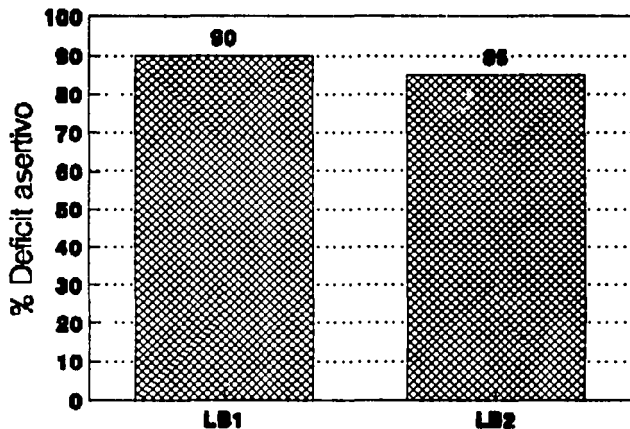
	LB1	LB2
TOTAL	90%	85%
APROXIMACION	50%	50%
RECHAZO	40%	35%
EXTRAÑOS	87.09%	80.64%
CONOCIDOS	86.49%	86.49%
INCOMODIDAD	29.41	36.76%
RESPUESTA	82.35%	72.05%
APROXIMACION CON EXTRAÑOS	100%	100%
RECHAZO A EXTRAÑOS	73.33%	60%
APROXIMACION A CONOCIDOS	94.73%	100%
RECHAZO A CONOCIDOS	77.77%	72.22%

COMPARACION LB1 - LB2

Aserción

En aserción se observó una disminución en el déficit total de aserción (5%), en rechazo (5%), con extraños (6.45%), en respuesta (10.3%), rechazo con extraños (13.33%) y rechazo con conocidos (5.55%). Mientras que aumentó el déficit en incomodidad (7.35%), y aproximación con conocidos (5.27%) y por último, el déficit se mantuvo sin cambio en aproximación, conocidos y aproximación con extraños. (Ver Figura 20).

FIGURA 20



DEFICIT ASERTIVO, PARA EL SUJETO P3.

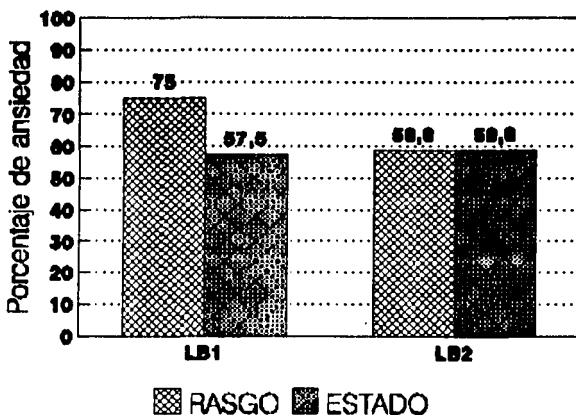
IDARE RASGO - ESTADO LB1

Su ansiedad rasgo (60 puntos) se mostró 14 puntos (17.5%) más elevada que su ansiedad estado (46 puntos).

IDARE RASGO - ESTADO LB2

Su ansiedad rasgo (47 puntos) y su ansiedad estado (47 puntos) se mantuvieron exactamente iguales.

FIGURA 21



FORCENTAJE DE ANSIEDAD SEGUN RASGO Y ESTADO, PARA EL SUJETO P8.

COMPARACION LB1 - LB2

Idare

En ansiedad se observó una reducción en ansiedad rasgo de 13 puntos (16.25%), mientras que en ansiedad estado hubo un aumento de 1 punto (1.25%) (Ver Figura 21).

MMPI

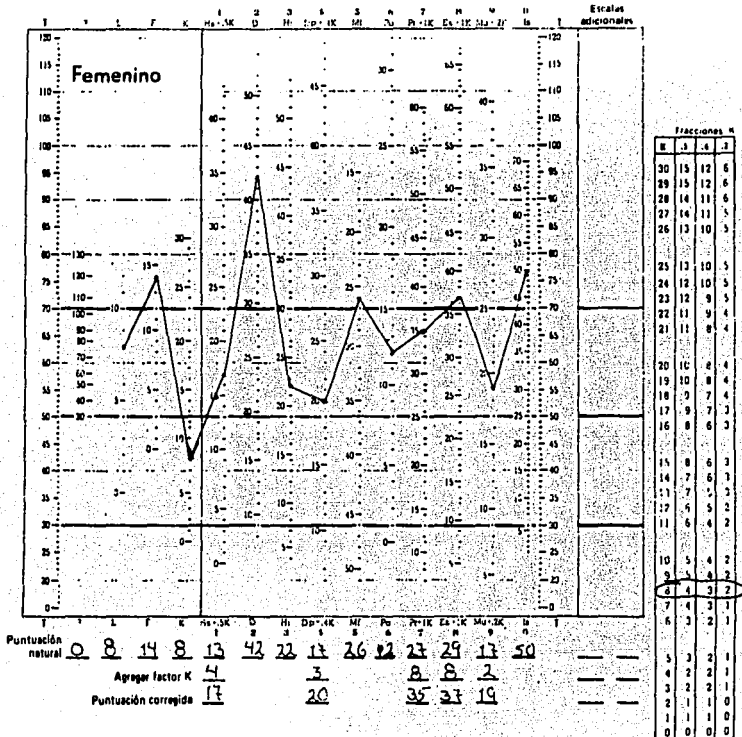
Se observa que en la configuración de las Escalas Control la paciente se muestra en la Escala L con una tendencia al convencionalismo, así como a presentar una imagen socialmente intacta, sin embargo esto le hace perder individualidad e identidad. Por la elevación de esta escala pareciera ser que la paciente intentó manipular la prueba muy propositivamente y se observará con que intención lo hace al observar las Escalas Clínicas. En cuanto a la Escala F la paciente reconoce y acepta una fuerte tensión emocional, sin embargo por su elevación se observa que pareciera ser que hay un intento propositivo de simular patología, y al mismo tiempo en la Escala K denotar una fuerte incapacidad en cuanto a los recursos disponibles para hacer frente a la situación conflictiva, lo cual representa muy probablemente una exageración del empobrecimiento de sus recursos, de su autoconcepto y de su capacidad de insight.

La paciente en sus Escalas Clínicas muestra como pico de perfil a una altura bastante considerable la Escala 2; la elevación de ésta como pico de perfil estaría anunciando entonces una depresión de tipo reactiva; considerando la elevación de la Escala F se puede considerar que está exagerada también. Aquí podríamos denotar elementos de fantasías suicidas, las cuales no se corroboraron en la indagación directa. En relación a la combinación de la Escala 2 con la Escala 0 se puede decir que es más importante la tendencia de valorarse y sentirse segura acerca de las propias metas y de los logros; tiende a presentarse como más tímida, más modesta en la valoración de sí

misma a pesar de que sean evidentes sus logros y éxitos. El empleo de la capacidad de insight está más matizado de pesimismo y la tendencia a reconocer casi exclusivamente los defectos y fracasos como parte de sí misma; evitando aceptar logros, éxitos, cualidades, etc. Es frecuente que las personas que tienen esta combinación experimenten cierta molestia cuando se les insiste en que perciban los sucesos positivos y favorables de su vida. Posteriormente la elevación que le sigue es la Escala 5, en esta escala se puede hablar de una personalidad que no se sujeta a los estereotipos sociales. La persona aquí evaluada parece ser que tiene una tendencia a asumir un rol dominante, competitivo, con cierta confrontación hacia la agresión. Pareciera ser que la persona no se encuentra satisfecha con su rol psicosexual y asume una actitud un tanto más activa, menos pasiva. Por su relación con la Escala 4 que en este caso está sumergida y muy probablemente negado el resentimiento se puede pensar que en esta combinación percibe que su ajuste psicosexual no es convencionalmente adecuado y en consecuencia se siente marginada calificando su propia conducta como alterada; es posible que existan aquí características de autodevaloración que se confirman con la elevación de las dos Escalas anteriores que se han referido (2 y 0) que dan lugar a una severa autocrítica. Por otro lado la preocupación de la persona por su ajuste psicosexual quizás sea mayor cuando se observe este tipo de combinación, lo que puede propiciar una actitud más colaboradora. Pareciera ser que aquí la capacidad de insight está dirigida más a utilizarse con el fin de la autodevaloración, para así exagerar los problemas en el área de la

integración psicosexual. Las relaciones interpersonales de esta persona es probable que tiendan a ser superficiales, muy sensibles al la crítica por el temor al rechazo y el temor a ser descubierto en sus supuestos desajustes psicosexuales. Pasando a la siguiente Escala de elevación que es la Escala 6 se puede mencionar que se observan leves tendencias a manejar las relaciones interpersonales con desconfianza, suspicacia y sensibilidad; así la persona es desconfiada por lo que sus relaciones nuevamente se confirman que son de naturaleza superficial. Las descargas impulsivas muy probablemente sean predecibles y sean identificables los estímulos ante los cuales se da esta descarga. En cuanto a la Escala 7 se puede observar que la sujeto muestra ligeras tendencias a manifestar la ansiedad; ésta muy probablemente se caracterice por elementos de autoexigencia, de culpabilidad que tanto en la Escala 2 como en ésta refiere una fuerte tendencia a la culpabilidad, en este sentido en esta Escala la culpabilidad se debería a situaciones morales; en tanto que la fuerte culpabilidad que se detecta en la Escala 2 muy probablemente se refiera a la culpa por los errores y los fracasos. La Escala 9 que es la que continua y en combinación con la 2, estaría mencionando que las características depresivas muy probablemente se reflejen de manera física a través de reportes de fatigabilidad, cansancio y dificultad para iniciar el trabajo. Los componentes sensoriales y físicos de la depresión parece ser que se ven asentados. Posteriormente se denota que la paciente muestra una ligerísima preocupación corporal sin relevancia específica (Escala 1). Por otra parte, en la Escala 3 se

observa que la persona pareciera ser que no le interesa integrarse o participar en grupos y este sumergimiento de la Escala 3 pareciera ser que es una forma de comunicar no solamente el desinterés, sino muy probablemente la resignación a no poder encontrar la aprobación afectiva, el compromiso afectivo, la aprobación social y dependencia



afectiva; más que no interes pareciera ser que aquí la sujeto se siente no merecedora de afecto y por lo tanto no realiza ningún comportamiento específico para tenerlo. La Escala más sumergida es la Escala 4, la cual sugiere que está negando sus sentimientos en relación a la familia que son de resentimiento. En cuanto a la elevación de la Escala 8, esta Escala por su altura pareciera ser que empiezan a mostrarse ligeras tendencias de fuga a la fantasía, lo cual complicaría el cuadro, con elementos un tanto esquizoides con predominio de elementos cognitivos que alejarían aún más a esta persona de su relación con los otros y de su contacto con su medio ambiente. (Ver Perfil 3).

GLUCOSA DE SANGRE

Los valores normales se encuentran ubicados en un rango de 80 a 120 mg/dl.

Para esta prueba en la L.B.1 obtuvo un nivel de 132.8 mg/dl, para la L.B.2 149 mg/dl ya para L.B.3 146.62 mg/dl.

Lo anterior indica que los niveles de glucosa aumentaron tanto en L.B.2 como en L.B.3 en relación a los niveles iniciales. Aunque se haya producido una reducción en la L.B.3 con respecto a la L.B.2. Así, a mitad de tratamiento aumentó 16.2 mg/dl (10.87%) y al finalizar el tratamiento aumentó 13.82 mg/dl (9.43%) con respecto al comienzo de éste; y en relación a la medición intermedia los niveles de glucosa aumentaron 2.38 mg/dl (1.6%). Lo cual indica que en relación al inicio del tratamiento se

produjo un aumento en estos en estos niveles, a pesar de que haya ocurrido una disminución en la segunda mitad del tratamiento. De modo que esta persona quedó aún en niveles altos de glucosa clinicamente hablando. (Ver Figura 32).

HB₁ (HEMOGLOBINA GLICATADA)

En un rango de 4.5-7% se puede hablar de una glucosa controlada y mayor de 8.5 es no controlada. En esta prueba en la L.B.1 obtuvo un valor de 4.96 y en la L.B.2 6.56. Lo indica un aumento de glucosa al finalizar el tratamiento (aumentó 1.6 unidades equivalente a 24.39%) colocando al paciente en un nivel dentro de parámetros de glucosa aún controlable aunque más altos. (Ver Figura 33).

Grupo: Pseudotratoamiento.

No. de expediente: P4

Sexo: Masculino

Iniciales: J.G.G. (P4)

Edad: 50 años

Ocupación: Electricista jubilado (1 año de retiro)

Estado civil: Casado

Numero de hijos: 3 hombres y 1 mujer

Vivienda: Casa particular, sola amplia, y cuenta con todos los servicios.

Conformación Familiar : Nuclear

Religión: Católica

Escolaridad: Sexto año de primaria

Referido al servicio por: Terapeuta

Diagnóstico: Diabetes Mellitus no insulino dependiente, dado por un médico del seguro social.

Periodo de evolución: 2 años

Antecedentes Familiares: No los hay

Respuestas a fármacos: Parcialmente positivos, toma una pastilla de eglucón, pero 2 si hay dolor al orinar (pues según él esto le indica su aumentó de glucosa).

Postura del paciente: Considera a su diabetes como algo "normal" y dice "aceptarla"; la califica como un problema moderado. Lo atribuye a su alimentación.

Expectativas: Focalizadas, es decir, espera que se le atienda exclusivamente su problema de diabetes.

BASIC - ID

ANTECEDENTES:

Sus padres siempre vivieron separados, así que creció con su madre quien fingía como su padre y madre a la vez. También con ellos vivían una tía casada con sus tres hijos. A la edad de 12 años conoció a su padre. Y cuando tenía esta edad su madre se juntó con un hombre quien vivía con ellos; de esta relación tuvo dos medios hermanos.

El califica a su infancia como "infeliz", pues dice que había muchos problemas familiares. Su madre le golpeaba para "disciplinarlo", estas palizas eran "cruelles" (él así lo menciona), pues lo hacía con objetos como cordones, palos, etc. en todo el

cuerpo. El menciona que su madre entre otras causas le pegaba si no iba a misa. Por otro lado reporta haber tenido problemas escolares y de conducta; ya que de la escuela fué expulsado 3 veces por "peleonero". Entre los 10-13 años estuvo internado en la granja de Tlalpan por problemas de conducta y de 14-15 años en el tribunal para menores. Ante todo esto se puede entrever fuertes conductas impulsivas y problemas emocionales.

A los 21 años se casa, después de 4 años de noviazgo y actualmente tiene 28 años de matrimonio con 4 hijos.

ACTUALES:

Cuando se enoja presenta conductas impulsivas como gritar y/o decir groserias, los cuales le hacen además sentirse nervioso. Reporta conductas de matar lagartijas con un rifle y esto le produce satisfacción. Por otro lado menciona no soportar los deportes de contacto.

El oír música o leer le hace sentirse calmado y relajado. su imagen más frecuente y placentera es el ir a la playa o de excursión al campo (estar en contacto con la naturaleza).

Las fiestas navideñas le hacen sentirse deprimido. La imagen que tiene de estar a salvo y seguro es: "estar dentro del agua solo"

Cuando llega a tomar alcohol presenta culpa. Se detecta racismo ya que menciona "no soportar a una mujer negra" (se trató de indagar más al respecto, pero no dijo más).

En su casa nunca tuvo información sexual, a los 13 años se enteró de aspectos sexuales por sus amigos

y a esta misma edad se percato de sus impulsos sexuales. Cuando su madre le hablo por primera vez de sexo él tenia 17 años y esta información que le dio fue unicamente sobre enfermedades venereas y sexo oral como una "porquería". Se detecta que de joven tuvo conductas promiscuas.

Lleva una vida sedentaria, es jubilado desde hace un año y actualmente está en su casa. Constantemente se sorprende haciendo listas de cosas por hacer o de cosas por comprar en el mercado. Manifiesta imagenes de "cambiar de rutina".

Se detecta transtornos del sueño del tipo despertar temprano y durante la noche.

Probablemente presenta conflictos con la autoridad pues menciona: "una de las formas en que la gente me lastima es mediante el abuso de autoridad" y "puedo fastidiar a alguien a través de una orden"

En frase incompletas dice sobre sus padres: Una madre debería "dar amor y atención"; un padre debería "aconsejar y dar confianza". Además el dijo que: "no confio en sus padres y éstos no le comprendieron.

En algunas otras frases incompletas dice: "desde que era niño viví con la aventura", "toda mi vida ha sido de cotorreo y diversión"

Recuerda sobre todo:

De 6 a 10 años: a la maestra del catesismo.

De 11 a 15 años: internado en varias escuelas.

De 16 a 20 años: salida de tribunal para menores

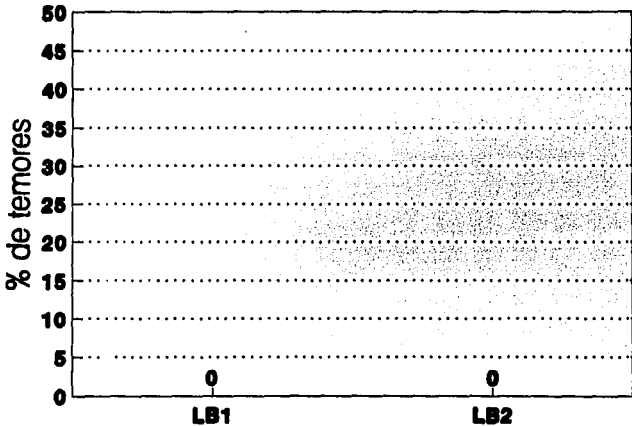
De 21 a 25 años: casamiento e hijos

RESULTADOS DE PRUEBAS

TEMORES LB1

Total: 0, equivalente a 0%.

FIGURA 22



PORCENTAJE DE TEMORES, PARA EL SUJETO P4

TEMORES LB2

Total: 0, equivalente a 0%.

COMPARACION LB1 - LB2

Temores: En el inventario de temores no sufrió ningún cambio, permaneciendo con un puntaje de 0, equivalente a 0%. (Ver Figura 22).

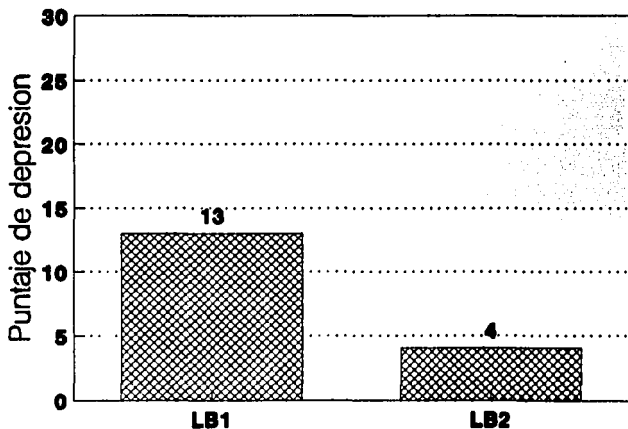
BECK - DEPRESION LB1

Puntuación: 13, lo cual indica: depresión leve.
Siendo el contenido de los reactivos:
siento que no tengo nada que perseguir en el futuro; siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo; no disfruto de las cosas en la misma forma que antes; tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme; me crítico mucho a mi mismo por mi debilidad o mis errores; ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes; no trabajo tan bien como acostumbraba; despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir; me canso más fácilmente que antes; mi apetito no es tan bueno como antes.

BECK - DEPRESION LB2

Puntuación: 4, lo cual indica una depresión nula.
Siendo el contenido de los reactivos: Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes (por su jubilación); estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual; he perdido más de 3 kilos; me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable.

FIGURA 23



DEPRESION SEGUN BECK, PARA EL SUJETO P4.

COMPARACION LB1 - LB2

Depresión En el inventario de depresión se observa una disminución de 9 puntos, comenzando con 13 y terminando con 4; pasando así de una depresión leve a una nula. (Ver Figura 23).

IBT LB1

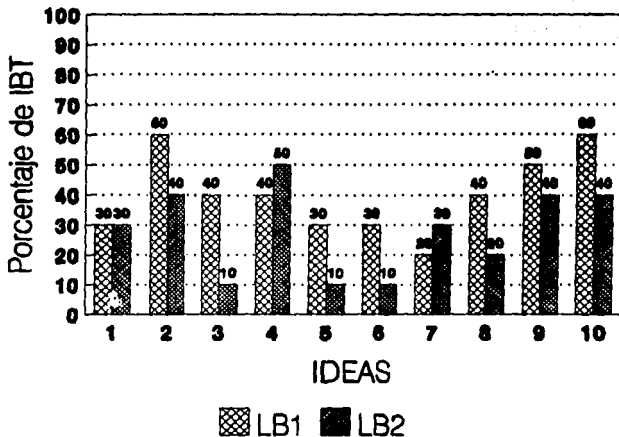
Se detecta una tendencia a creer que debe ser apto y competente en todo lo que hace (2:60%). También dar soluciones perfectas a sus problemas (10:60%). Probablemente tiende a creer que el pasado afecta a su presente y a su vida actual (9:50%). Probablemente no hay fuertes ideas moralistas (3:40%). Quizas experimenta alguna frustración ante situaciones que no resulta como el las desea, pero es capaz de soportarla (4:40%). Es probable que sea una persona independiente para tomar las decisiones importantes en su vida (8:40%). No hay gran necesidad de ser amado y aceptado (1:30%). Tendencia a creer que su bienestar depende más bien de lo que él haga y no aspectos externos a él (5:30%). No se detecta gran aprehensión hacia el futuro (6:30%). Hay tendencias a dar frente a sus obligaciones y problemas (7:20%).

IBT LB2

Se detecta que probablemente hay tendencia a la frustración ante situaciones que no resultan como

él las desea o planea (4:50%); así como una leve tendencia a creer que debe ser apto y competente en todo lo que hace (2:40%); quizás cree que su pasado podría influir en su vida actual (9:40%). Tal vez para él no importa dar soluciones perfectas a sus problemas (10:40%). No se observa gran necesidad de ser amado y aceptado por otros (1:30%). Se observa tendencia a dar frente a sus obligaciones y problemas (7:30%). Es probable que sea una persona

FIGURA 24



IDEAS IRRACIONALES DE 1 A 10. PORCENTAJE IBT, PARA EL SUJETO P4.

independiente para tomar decisiones importantes tal vez con dificultades para solicitar ayuda (8:20%). Se detectan ideas moralistas casi nulas (3:10%). Su locus de control es marcadamente interno, tal vez ilusorio e irreal (5:10%). Su aprehensión hacia el futuro es casi nula (6:10%).

COMPARACION LB1 - LB2

IBT En el inventario de ideas irracionales se observaron los siguientes cambios: disminución en porcentaje de las ideas: 2(20%), 3(30%), 5(20%), 6(20%), 8(20%), 9(10%) y 10(20%); mientras aumentaron los porcentajes de las ideas 4(10%), 7(10%); y por último, permanecieron sin cambio la idea 1.(Ver Figura 24).

ASERCION LB1-LB2.

En el cuadro 7 se muestran los porcentajes para cada una de las categorías de aserción, para LB1 y LB2.

COMPARACION LB1 LB2

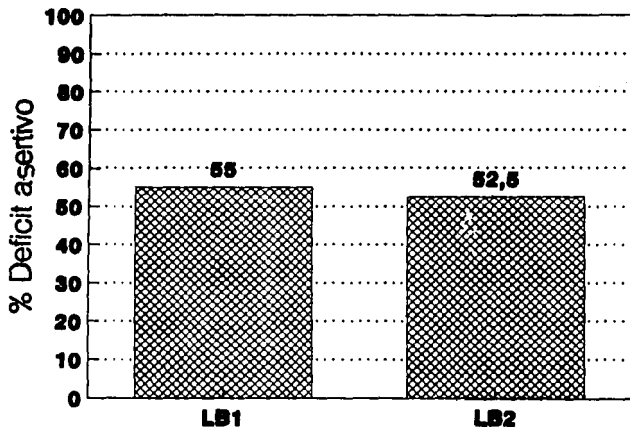
Aserción: Se observa una disminución en el déficit total de aserción (2.5%), en rechazo (5%), con extraños (36.13%), en incomodidad (17.69%), en aproximación con extraños (6.25%), en rechazo con extraños

(26.67%); mientras que aumento en el déficit de aproximación (2.5%), de conocidos (18.92%), en respuesta (14.7%), en aproximación con conocidos (26.32%) y rechazo con conocidos (11.11%). (Ver Figura 25).

CUADRO 7 DEFI CIT ASERTIVO POR CATEGORIAS, SUJETO P4

	LB1	LB2
TOTAL	55%	52.5%
APROXIMACION	27.5%	30%
RECHAZO	27.5%	22.5%
EXTRAÑOS	58.06%	41.93%
CONOCIDOS	32.43%	51.35%
INCOMODIDAD	19.11%	1.47%
RESPUESTA	32.35%	47.05%
APROXIMACION CON EXTRAÑOS	62.50%	56.25%
RECHAZO A EXTRAÑOS	53.33%	26.66%
APROXIMACION A CONOCIDOS	31.57%	57.89%
RECHAZO A CONOCIDOS	33.33%	44.44%

FIGURA 25

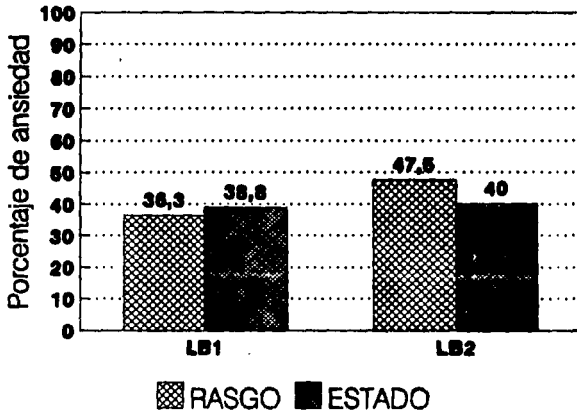


DEFICIT ASERTIVO, PARA EL SUJETO P4.

IDARE Rasgo-Estado LB1

Su ansiedad estado (31 puntos) se mostró 2 puntos (2.5t) más elevada que su ansiedad rasgo (29 puntos).

FIGURA 26



PORCENTAJE DE ANSIEDAD SEGUN RASGO Y ESTADO, PARA EL SUJETO P4.

IDARE RASGO-ESTADO LB2

Su ansiedad rasgo (38 puntos) se mostro 6 puntos (7.5%) más elevada que su ansiedad estado (32 puntos).

COMPARACION

IDARE

Se observan aumentos en los puntajes de ansiedad rasgo de 9 puntos (11.25%) y en ansiedad estado de 1 punto (1.25%). (Ver figura 26)

MMPI

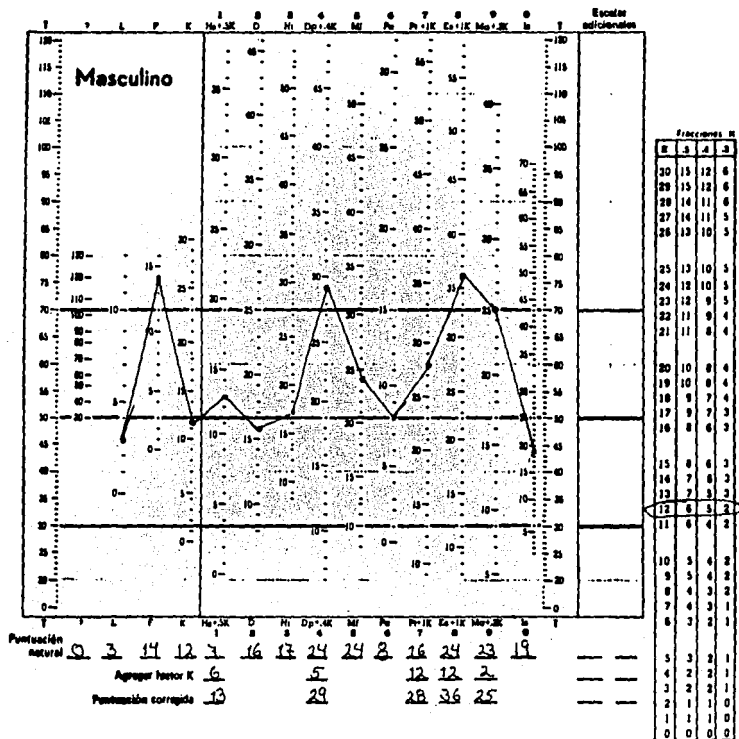
Con base en las Escalas Control específicamente la Escala L, se puede decir que el sujeto se mostro cooperativo en la realización de la prueba, sin mostrar tendencias convencionalistas; más bien con ligeras tendencias a ser un tanto rígido en su autodescripción. En referencia a la Escala F definitivamente esta escala se encuentra muy pronunciada, lo cual indica que el sujeto además de aceptar y reconocer su perturbación psicológica, tensión interna y conflictos emocionales, el sujeto tiende a exagerarlos; sobre todo si se toma en cuenta la configuración de las tres escalas. Lo cual denota claramente una llamada de auxilio y pido de ayuda, esto es, el sujeto siente en la Escala K que no tiene los recursos suficientes y necesarios para hacer frente a los problemas específicos que enfrenta. Así, sus recursos en este sentido se encuentran empobrecidos, de la misma manera el autoconcepto y reducida la capacidad de insight.

Con base en las Escalas Clínicas, la combinación 4-8 podría interpretarse como una ligera tendencia del sujeto hacia las fantasías que se nutren fundamentalmente de impulsos destructivos; es decir, el contenido de estas fantasías muy probablemente son de naturaleza hostil y que estan dirigidos contra lo socialmente establecido o muy probablemente contra la propia familia. Con frecuencia es posible que la persona fantasea con llevar a cabo alguna manifestación destructiva sin que en realidad pueda hacerlo en forma inmediata. Este tipo de individuos pueden describirse como muy egocéntricos, individualistas, resentidos,

mostrandose un tanto hosco y hostil. Estas tendencias parece ser que son exacerbadas por el pronunciamiento de la Escala 9, la cual da mayor energía a este tipo de tendencias. La capacidad de control sobre los impulsos parece ser que es debil, sobre todo por el acompañamiento de la Escala 9, lo que ha de dificultar importantemente las relaciones sociales, por la falta de control de estos impulsos. La capacidad de insight nuevamente se observa que se encuentra bastante reducida. La elevación de la Escala 9 por su parte denotaría que el sujeto además de que exagera estos impulsos, el sujeto muestra una dispersión de actividades sin poderse concentrar ni poder priorizar en alguna de ellas lo cual le hace perder efectividad y aunado a ello la Escala 6, que es una de las más bajas del perfil estaría hablando de la gran conflictiva hostil que este sujeto muestra, sin embargo en esta Escala el sujeto pareciera ser que no reconoce ni acepta la desconfianza que los demás le generan, no reconoce la suspicacia que hay en las relaciones sociales; lo cual le lleva a asumir un comportamiento cuidadoso y precavido con los demás. Pareciera ser que se confirma nuevamente esta combinación 4-8-6 en la cual pareciera ser que el sujeto está mostrando una dificultad para expresar abiertamente su enojo, su hostilidad, su resentimiento con el entorno y la manera de canalizarlos es a través de las fantasías. Fantasías que además lo desconectan de su entorno por un lado, pero por el otro dificultan aún más la canalización adecuada y sana de los impulsos hostiles. De continuar subrayando los rasgos anteriormente descritos, este sujeto es proclive a desarrollar rasgos psicológicos característicos de los aspectos

paranoides. Claramente empieza a mostrar ya rasgos de corte esquizoide. En la Escala 7 se observa una ligera elevación lo cual indica que hay elementos de ansiedad, leves tendencias a preocuparse por su desempeño y un tanto a ser poco tolerante con el desempeño de los demás, y el propio. La Escala que se encuentra en consecuencia en el orden de elevación es la Escala 5 en la cual pareciera ser que el sujeto más bien se orienta hacia un rol, difícil de interpretar por la configuración del perfil, en el que no queda claro si éste es estereotipadamente machista; más bien pareciera ser que es un rol intermedio, pero no queda clara la evidencia de su posición. En cuanto a la Escala 3, el sujeto definitivamente muestra ningún interés por buscar el afecto y la aprobación, con una forma de mostrarse autosuficiente sin necesidad de recurrir a los demás; absolutamente independiente. Pareciera ser que por lo que se ha dicho anteriormente el sujeto se encuentra resentido del entorno que prefiere estructurarse de forma independiente para no tener que recurrir al. Los elementos de autoestima pareciera ser que están negados por su bajísima elevación en la Escala 2 y muy probablemente negados para no tener más elementos para poder sentirse resentido con el entorno. En la Escala 1 el sujeto no muestra datos relevantes acerca de preocupación corporal o somática. En relación a la Escala 0 que está importantemente sumergida se puede decir que el sujeto pareciera ser que a través de múltiples contactos puede lograr en forma manipuladora y explotadora algunos suministros que provienen del entorno social. A pesar de que la Escala muestra la cantidad de contactos sociales que pudiera tener

el individuo, más bien pareciera que el sujeto hace un uso abusivo y explotador de los demás y en esta medida los otros solamente tienen significado de beneficio más que de interacción. (Ver Perfil 4).



GLUCOSA DE SANGRE

Los valores normales se encuentran ubicados en un rango de 80 a 120 mg/dl.

Para esta prueba en la L.B.1 obtuvo un nivel de 182.86 mg/dl, para la L.B.2 183.44 mg/dl ya para L.B.3 193.24 mg/dl.

Lo anterior indica que los niveles de glucosa fueron en aumento hasta finalizar el tratamiento. De modo que a mitad de tratamiento aumentó 0.58 mg/dl (0.32%) y al finalizar aumentó 10.38 mg/dl (5.37%) con respecto al comienzo de éste; y en relación a la medición intermedia aumentó 9.8 mg/dl (5.07%). De tal modo que el mayor aumento se produjo en la segunda mitad del tratamiento. Así, el paciente quedó en niveles todavía altos de glucosa clínicamente hablando. (Ver Figura 32).

HB_{1c} (HEMOGLOBINA GLICATADA)

En un rango de 4.5-7% se puede hablar de una glucosa controlada y mayor de 8.5 es no controlada.

En esta prueba en la L.B.1 obtuvo un valor de 5.25 y en la L.B.2 6.75. Lo cual está indicando un aumento en la glucosa al finalizar el tratamiento (aumentó 1.5 unidades equivalente a 22.23%) colocando al paciente en un nivel dentro de parámetros de glucosa aún controlable aunque más altos. (Ver Figura 33).

Grupo: Control

No. de expediente: C5

Sexo: Femenino

Iniciales: A:G:L: (C5)

Edad: 56 años

Ocupación: bibliotecaria

Estado civil: Unión libre, (separada de su primer matrimonio)

Número de hijos: 3 hombres (del primer matrimonio)

Vivienda: Departamento particular, adecuado al número de personas, cuenta con todos los servicios.

Conformación Familiar: Nuclear

Religión: Cristiana

Escolaridad: Bachillerato terminado

Referido al servicio por: Una amiga

Diagnóstico: Diabetes mellitus no insulino dependiente, dada por un médico del ISSSTE.

Período de evolución: 25 años, comenzó cuando nació su segundo hijo.

Antecedentes familiares: Padre fallecido por diabetes

Respuestas a fármacos: Parcialmente positivos, dos pastillas diarias de tobultamida, pero últimamente se inyecta 2 puntos de insulina. Presenta pie diabético.

Postura del paciente: A su diabetes no la refiere como un problema, y sin en cambio a sus problemas con su pareja los considera moderadamente severos. Atribuye su diabetes a la herencia o a su alimentación, la cual "no cuida".

Expectativas: Desplazadas, es decir espera que se le trate además de su problemas de diabetes, su problemas de relación con su pareja. A éstos con mayor importancia.

BASIC - ID

ANTECEDENTES:

La paciente reporta una infancia "feliz". Al parecer la relación entre sus padres era conflictiva, pues ella menciona que sus padres no dormían juntos y posteriormente cuando ella tenía 10 años se divorciaron. Ella no recuerda discusiones entre ellos. Para disciplinarla su mamá le pegaba con una cuerda húmeda, por "ser traviesa". Su padre sólo le pegó en dos ocasiones. En su hogar no se hablaba de sexo, pero su primer cono-

cimiento al respecto fué por parte de sus padres. Su menarca ocurrió cuando tenía 10 años 8 meses; la cual reporta fué muy "estresante" y fué un choque emocional, ante esta situación ella acudió con su papá. Su padre muere cuando ella tenía 17 años. Las labores del hogar las comenzó a los 12 años.

A su padre lo describe como "un hombre cariñoso, dedicado a sus hijos, enseñaba diferentes cosas; pero cuando sus padres se separaron él cambió mucho". Sobre su madre dice: "era dulce, cariñosa, tenía cambios drásticos de alegría a enojo y podía ser cruel sin proponerselo, y después arrepentirse".

Se casó a los 24 años con el padre de su hijo, con quien duró en matrimonio 7 años; se separaron y luego conoció a su actual pareja, con quien vive en unión libre desde hace 13 años.

ACTUALES:

Actualmente reporta problemas familiares del tipo de mala comunicación entre ella y su pareja y ésta con sus hijos. Esta situación le provoca enojo, depresión y ansiedad. Cuando oye insultos y groserías le causa enojo y podría decir cosas de las que se puede arrepentir.

Es una persona sociable, hace amigos fácilmente y conserva la amistad; es "comunicativa". Ella se siente orgullosa de tener buenas relaciones humanas, pues además

dice que siempre tiene una sonrisa o una palabra para ayudar a otros. Por otro lado reporta temor a la burla, discusiones o al engaño; menciona que se sentiría a salvo y segura en su casa. Presenta imágenes de ir cayendo. Reporta tener temor y respeto por sus padres, aunque con resentimiento.

En algunas de sus frases incompletas menciona: Una madre debería: "guiar a sus hijos, no educar". Un padre debería: "participar en equipo con la madre". Su mejor amigo la describiría como: "que puede contar con ella siempre". Quien no la quiere diría: "que vieja tan pesada y odiosa". Toda mi vida: "ha sido hermosa vivirla aún con resentimiento".

Por otro lado toma café, fuma, y come en exceso muy a menudo. Baila hawaiano dos veces por semana; juega cartas y domino. Presenta trastornos del sueño del tipo despertar temprano frecuentemente y el no poder dormir (insomnio) y sentirse con mucha energía (cuando pasa esto último se pone a hacer cosas en la noche).

Ante su diabetes ella se encuentra preocupada, pues menciona que su padre era diabético y ella presenta, ya complicaciones (pie diabético).

RESULTADOS DE PRUEBAS

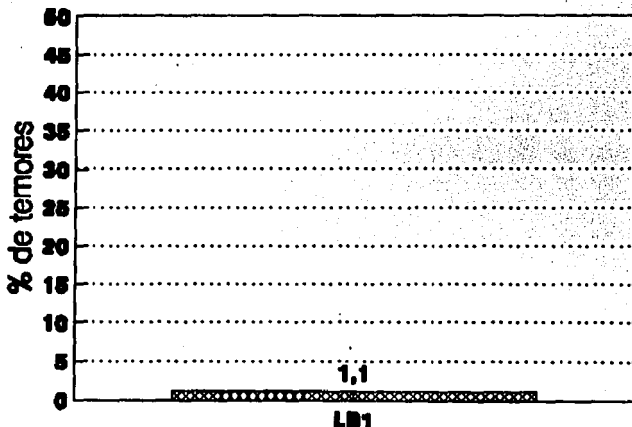
A esta paciente del grupo control unicamente se le pudo evaluar en LB1 en cuanto a pruebas psicológicas; esto debido a que la paciente desrtó del estudio, una vez tomadas las muestras de sangre LB2.

TEMORES

Total: 1, equivalente a 1.1%.

El reactivo subrayado fué el de temor a los murcielagos; lo que no afecta a su vida diaria y por lo tanto no es relevante. (Ver figura 27).

FIGURA 27

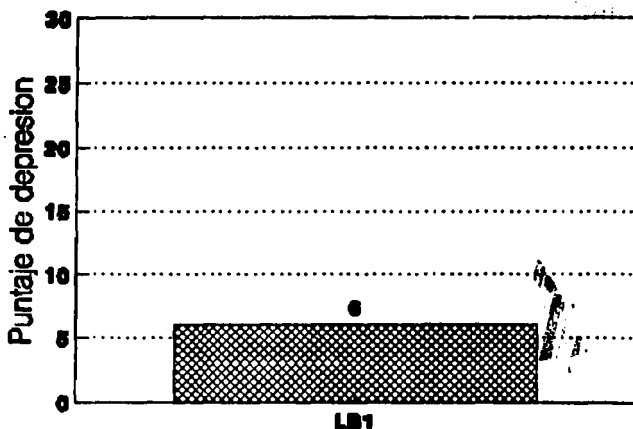


PORCENTAJE DE TEMORES, PARA EL SUJETO C5

BECK - DEPRESION

Puntuación: 6, lo cual indica: una depresión nula.
Siendo el contenido de los reactivos: siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poca atractiva; tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo (considera que es por la edad); ahora despierto más cansada que antes (en ocasiones no duerme), me canso más fácilmente que antes; estoy menos interesada en el sexo ahora (por problemas de pareja). (Ver figura 28).

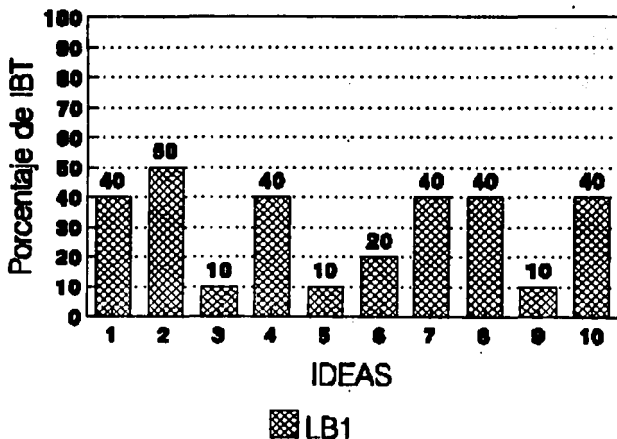
FIGURA 28



DEPRESION SEGUN BECK, PARA EL SUJETO C5.

IBT

Se detecta una tendencia a creer que debe ser competente, apta y eficaz en la mayoría de las cosas que hace (2:50%). Probablemente tiene la capacidad para soportar las frustraciones cuando no marchan las cosas como ella quisiera (4:40%). Tendencia a hacer frente a sus responsabilidades diarias y a afrontar las dificultades de la vida (7:40%). Capacidad para solicitar ayuda a otros cuando la requiere, sin ser dependiente de ésta (8:40%). Probablemente no busca soluciones exactas y perfectas a sus problemas (10:40%). Probablemente

FIGURA 29

IDEAS IRRACIONALES DE 1 A 10. PORCENTAJE IBT, PARA EL SUJETO C5.

no experimenta aprehensión hacia el futuro ni pesimismo (6:20%). No hay necesidad exagerada de ser amada y aprobada por otros (1:40%).

Probablemente no presenta ideas moralistas (3:10%).

No considera que el pasado sea determinante y afecte a su futuro (9:10%) y su locus de control es marcadamente interno, quizás ilusorio e irreal (5:10%). (Ver Figura 29).

ASERCION

En el Cuadro 8 se muestran los puntajes para cada una de las categorías de aserción.

CUADRO 8 DEFICIT ASERTIVO POR CATEGORIAS, SUJETO cs

	LB1
TOTAL	32.5 %
APROXIMACION	17.5 %
RECHAZO	15 %
EXTRAÑOS	32.25 %
CONOCIDOS	24.32 %
INCOMODIDAD	13.23 %
RESPUESTA	25 %
APROXIMACION CON EXTRAÑOS	37.50 %
RECHAZO A EXTRAÑOS	26.66 %
APROXIMACION A CONOCIDOS	26.31 %
RECHAZO A CONOCIDOS	22.22 %

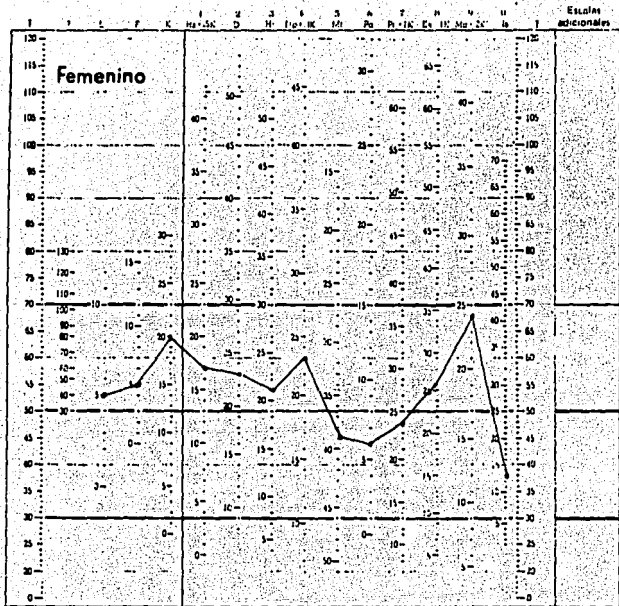
MMPI

Se puede mencionar que en cuanto a las Escalas de Control, en cuanto a la Escala L pareciera ser que la sujeto intento ser muy ligeramente convencionalista sin llegar a perder del todo individualidad, colabora con la prueba sin llegar a manipularla; en tanto que la Escala F la sujeto realmente está disminuyendo o atenuando la importancia de los problemas psicológicos, lo que sobresale en esta configuración es la elevación de la Escala K la cual parece ser que más bien está reflejando más que recursos internos y fuerza yoica, una fuerte defensividad, muy probablemente de naturaleza intelectual.

La principal Escala Clínica que sobresale en este perfil es la Escala 9, la cual estaría indicando que esta persona se dispersa en múltiples actividades con múltiples intereses y con la energía suficiente como para cubrir todos ellos, sin embargo pierde efectividad y concreción; muy probablemente los que inicie no lo termine. En esta misma Escala se puede inmediatamente identificar que la defenza de esta persona ha de ser de naturaleza conductual, de ahí que probablemente sienta que sus recursos son muy efectivos por la gran cantidad de cosas que está haciendo y probablemente muy variadas. Le sigue la Escala 4 la cual refleja el resentimiento, los problemas con la autoridad, con lo establecido sintiendo que está en una posición injusta lo cual es confirmado a través de Escala 5 que posteriormente se mencionará. La combinación de la Escala 4-9 sumada a la baja elevación de la Escala 6 confirman el hecho de que este es un perfil sumamente activador característico de una persona impulsiva, la cual tiene una descarga libre de impulsos hostiles; sin embargo la descarga ha se der en forma impredecible puesto que en la Escala 6 está negando tener todos estos rasgos de suspicacia y vulnerabilidad. Las relaciones interpersonales han de ser muy complicadas en este sentido caracterizadas de multiples conflictos interpersonales, malos entendidos, etc. En relación a la Escala 5 que se mencionaba anteriormente vale la pena decir que la sujeto pareciera ser que está en una situación un tanto masoquista; quizás provoca

FALLA DE ORIGEN

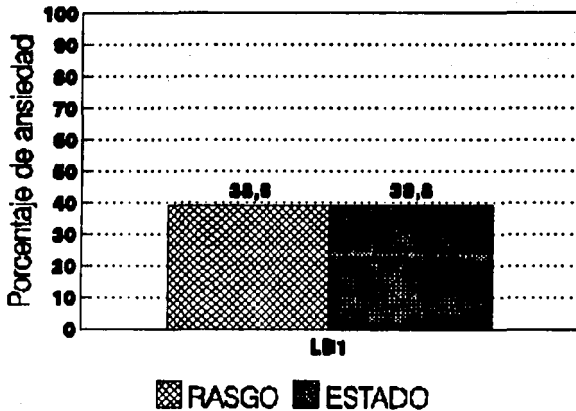
la agresión para jugar el rol de víctima, de alguna manera en un juego masoquista. Los aspectos de sumisión y pasividad son exacerbados tomando rasgos de tientes masoquista. Dentro de las Escalas que siguen a estas elevaciones, se encuentra la Escala 1 donde se observan muy leves tendencias a centrar la atención en el cuerpo, preocupación quizás por algún funcionamiento corporal o quizás por la autoimagen. Hay que recordar que esta Escala tiende a elevarse con el paso de los años como una forma natural. La elevación de la Escala 3 nuevamente está reflejando a una personalidad que pareciera ser que trata de mostrarse un tanto no muy declaradamente dependiente del afecto y de la aprobación de los demás; parece ser que hay una ligera tendencia a mostrarse también autosuficiente e independiente. Los rasgos de sufrimiento humano caracterizados en las Escalas 2 y 7 pareciera ser que están negados. Pareciera ser que el resentimiento y el enojo con el entorno, incluido en ello a la familia, son tan fuertes que en una forma en un tanto orgullosa la persona es incapaz de reconocer síntomas de depresión o de ansiedad. En este momento de la evaluación más bien pareciera que la sujeto se encuentra en un estado eufórico que probablemente sea cambiante, que tenga una característica bipolar y que posteriormente pueda aparecer la fase de la depresión. La paciente se muestra en este momento extremadamente hacia el afuera, lo cual se confirma también a través del sumergimiento de la Escala 0, que muestra mucho interés por el afuera. Nuevamente aquí pareciera ser que los otros están vistos de manera un tanto explotadora, manipuladora, buscando de qué manera se puede sacar ventaja de los demás. Redondeando un poco el caso pareciera ser que aquí los elementos representados en la Escala K de los recursos estuvieran caracterizados por la astucia. Una astucia un tanto indolente en relación a los otros, un astucia ventajosa. (Ver Perfil 5).



Fracciones			
M	S	A	B
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	1
13	7	5	1
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	1	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Puntuación natural	10	5	5	20	3	23	21	15	39	6	4	6	20	13	—	—
Agregar factor K				10			8		20	20	4				—	—
Puntuación corregida	13			33		23		24	26	24					—	—

FIGURA 31



PORCENTAJE DE ANSIEDAD SEGUN RASGO Y ESTADO PARA EL SUJETO C5

IDARE RASGO - ESTADO

Su ansiedad estado (33 puntos) se mostró 2 puntos (2.5%) más elevada que su ansiedad rasgo (31 puntos). (Ver figura 31).

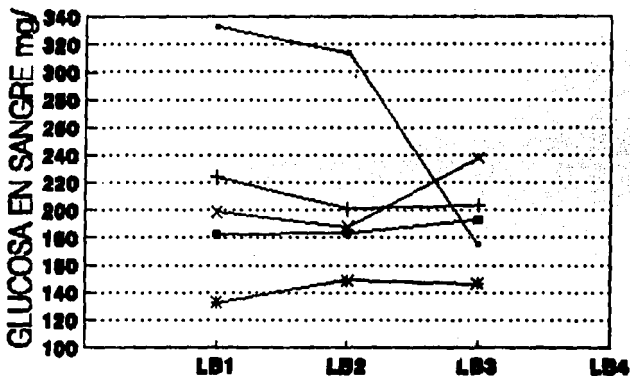
GLUCOSA DE SANGRE

Los valores normales se encuentran ubicados en un rango de 80 a 120 mg/dl.

Para esta prueba en la LB1 obtuvo el nivel de 199.0 mg/dl, para la LB2 188.0 mg/dl ya para la LB3 238.0 mg/dl.

Lo anterior indica que al finalizar el tratamiento hubo un aumento considerable en los niveles de glucosa, aunque en la primera mitad se haya

FIGURA 32



— E1 + E2 * P3 — P4 * C5

GLUCOSA EN SANGRE, PARA SUJETOS: E1, E2, P3, P4, C5.

observado una reducción. De modo que a mitad del tratamiento los niveles de glucosa disminuyeron 11 mg/dl (5.53%), pero al finalizar aumentó 39 mg/dl (16.39%), con respecto al comienzo del tratamiento; y en relación a la medición intermedia los niveles de glucosa aumentaron 50 mg/dl (21%). Lo anterior indica que a pesar de la disminución, que se observó en la primer mitad, que de hecho no colocó a la glucosa en un parámetro normal, el momento que se redujo fué considerable colocando al paciente en niveles verdaderamente altos.

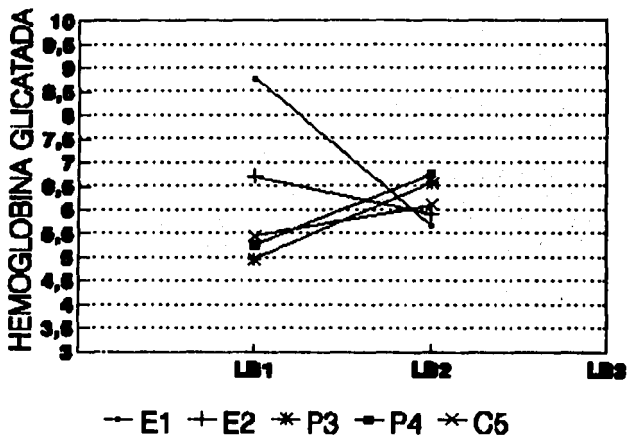
(Ver figura 32).

HB₁ (HEMOGLOBINA GLICATADA)

En un rango de 4.5-7% se puede hablar de glucosa controlada y mayor de 8.5 es no controlada.

En esta prueba en la LB1 obtuvo un valor de 5.44 y en la prueba LB2 6.1. Los datos indican un aumento en la glucosa al finalizar el tratamiento, (aumentó 0.66 unidades, equivalente a 10.82%), quedando el paciente aún en niveles de glucosa controlables aunque más altos. (Ver figura 33).

FIGURA 33



HEMOGLOBINA GLICATADA (HB1), PARA SUJETOS: E1, E2, P3, P4, C5.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

DISCUSION Y CONCLUSIONES

A manera de resumen se desprenden las siguientes conclusiones de los resultados obtenidos:

En cuanto a variables fisiológicas y práctica en casa:

1. Los sujetos que fueron sometidos al grupo de relajación fueron los que tuvieron reducciones en su glucosa y hemoglobina glicatada. Mientras que los de pseudotratamiento y lista de espera aumentaron en estos valores, a pesar de que en un sujeto del pseudotratamiento su glucosa se redujo en la LB3 en comparación a la LB2.

2. En el grupo de relajación se observó que el sujeto que realizó mayor número de sesiones de práctica en casa (E1) fué el que evaluó más bajo sus niveles de relajación tanto en sus prácticas en casa, como en sesiones de tratamiento. Mientras que el otro sujeto (E2), realizó menos práctica y evaluó más alto sus USAS.

3. El sujeto E1 tuvo reducciones mayores en su glucosa y hemoglobina glicatada que el E2.

De lo anterior primeramente se puede afirmar que en este caso la relajación es un tratamiento efectivo para la diabetes, de modo que en parte responde al problema de investigación planteado; coincidiendo con resultados de algunas investigaciones realizadas, en las que se ha encontrado a la relajación efectiva para tratar trastornos mediados por el Sistema Nervioso Autónomo (Shapiro y Surwit, 1976, 1979) y de manera específica para la diabetes (Daniels 1939 citado por Surwit S. et al., 1983; Flower, Budzinsky y Vanderberg 1976; Guthrie M. y Guthrie 1976; Seeburg y Boer 1980 citado por Surwit R.S. et al, 1983; Surwit R.S. y Feingles M.N. 1983; Surwit R.S. et al, 1989; Bradley C. et al, 1979 citado por Dennis C.T. et al 1990.

Sin embargo, a pesar de estos hallazgos es importante mencionar que las investigaciones reportadas han fallado en diversos aspectos metodológicos, por ejemplo, falta de controles

adecuados, el no reportar resultados adecuadamente, combinación de diferentes técnicas con la relajación y por tanto la dificultad de describir la contribución real y específica de la relajación. Y así a falta de controles adecuados no es posible identificar los factores que contribuyen a la efectividad de la técnica, pues puede haber muchas variables no específicas que pueden estar interviniendo, tales como el contacto con el terapeuta, las instrucciones dadas, las expectativas, la experiencia del terapeuta, el tiempo y número de sesiones, etc. Es decir, se requiere de mayor investigación con mayor rigor metodológico en muestras grandes.

En este estudio se intentó controlar una de muchas de las variables no específicas; ésta con respecto al contacto con el terapeuta, y también el uso de grupo de lista de espera. Esto por una parte para salvar algunas de las fallas en otros estudios realizados. Así, sólo en el estudio realizado por Surwit R.S et al., y Feingles M.N. (1983), se usó grupo de lista de espera encontrando mejoría en el grupo experimental. También Surwit R.S. et al. (1989) intenta de alguna manera controlar la variable contacto con el terapeuta a través de dos grupos que reciben cuidados para la diabetes y educación, pero sólo al grupo experimental se le añade la relajación, encontrando disminución en la glucosa en ambos grupos, sólo que el de relajación se mantuvo en un seguimiento de 24 semanas. Así el presente estudio coincide en el anteriormente mencionado en cuanto a la presencia de un grupo que controla contacto con el terapeuta (pseudotratamiento), encontrando coincidencias parciales, ya que un sujeto de dicho grupo disminuyó su glucosa en LB3 en relación a LB2 (la cual aumentó), pero en el otro sujeto de este grupo, su glucosa iba en aumento.

Tal vez en este aspecto, hubiera sido adecuado realizar mayor número de evaluaciones de glucosa durante y después del tratamiento, para averiguar el comportamiento de esta variable a través del tiempo. Posteriormente, se tratará una de las razones por las que no se pudo realizar, ésto fué referente a los recursos.

Debe tenerse en cuenta que el uso de grupos control o de lista de espera trae consigo problemas éticos, que deben ser salvados proporcionando atención a estos sujetos una vez comprobada la efectividad de la técnica. En este caso al sujeto de lista de espera se le dió únicamente el cassette de relajación y se le enseñó a utilizarlo.

Por otro lado, vale la pena tocar el punto de los dos métodos utilizados para la determinación de glucosa. Por una parte se observa que sólo Surwit R.S. et al., (1989) han utilizado determinaciones de hemoglobina glicatada como variable dependiente. En el presente estudio, como ya es sabido, también se utilizó junto con la glucosa en sangre. Al respecto se debe tener en cuenta primero que hay una diferencia importante entre las reducciones que se pudieron haber obtenido y su interpretación clínica. Así, en cuanto a la glucosa en sangre, todos los sujetos, excepto el sujeto P3 en su primera evaluación, mostraron niveles elevados de glucosa clínicamente hablando; aún los del grupo de relajación que fueron los que disminuyeron en relación a la primera evaluación, pero estos también clínicamente hablando terminaron con niveles altos.

Y en cuanto a la hemoglobina glicatada, es claro que en todos los sujetos, excepto el E1, en la primera evaluación, se puede encontrar valores controlables clínicamente hablando, sin embargo, se puede apreciar la dirección que van tomando estos valores en cada grupo.

El hablar de resultados clínicos implica de manera más objetiva y realista, para cada paciente, el estado en que su cuerpo se encuentra en un momento determinado, respecto a su nivel de azúcar sanguínea, lo cual hablaría de normalidad o peligrosidad en que podría encontrarse. Independientemente de si hubo importantes reducciones en sus niveles de azúcar como resultado de X tratamiento, pues para fines clínicos, lo realmente importante es los parámetros en que se encuentran los niveles de azúcar y no tanto el grado de reducción o aumento en éstos.

Con respecto a las diferencias en los resultados en cada una de estas pruebas (glucosa en sangre y hemoglobina glicatada), clínicamente hablando es importante mencionar que la determinación

de glucosa en sangre es mucho más vulnerable que la hemoglobina glicatada, pues aquella puede estar determinada por el tipo de ingesta de alimentos del día anterior y requiere una preparación previa antes de la toma de la muestra, mientras que la otra es mucho más estable, ya que proporciona un índice de la concentración promedio de glucosa en sangre durante 2 a 4 meses precedentes a la toma, el cual no es afectado por cortas fluctuaciones (en tiempo) en la glucosa sanguínea y por consiguiente refleja de manera relativamente precisa el control de la glucosa sanguínea en la Diabetes Mellitus durante los 2 a 4 meses precedentes a la toma de la muestra, y requiere de recolectar solamente una muestra de sangre a cualquier hora del día, sin considerar el tiempo de ingesta de alimentos, por tanto es más útil y recomendable para evaluar resultados de un tratamiento, y guiar en el control de la diabetes. Sin embargo, no se trata de despreciar a la glucosa en sangre, (u otras pruebas más, como por ejemplo la determinación de glucosa en orina, curva de tolerancia a la glucosa, entre otras), ya que es de gran importancia como control diario. Por lo que ambas son necesarias para el control del diabético y se complementan (Romero B., 1989); pues mientras una da información sobre niveles de azúcar en tiempos cortos, permitiendo actuar de manera inmediata, dándole al paciente la posibilidad de monitorear constantemente sus niveles de glucosa sanguínea, evitando así estados de hiperglucemia o hipoglucemia que ponen en riesgo la salud del paciente. La otra prueba por ser más espaciada- en tiempo, permite por un lado tener una cifra más estable y objetiva, y por el otro evaluar la efectividad de la terapia diabética y así guiar para un mejor control y de este modo evitar el riesgo de las complicaciones.

Otro de los aspectos importantes de esta investigación es el que se refiere a la práctica en casa, la cual ha sido utilizada por Flower, et al., (1979); Surwit R.S. y Feingles M.N. (1983) a través de un casete con técnicas grabadas, en donde piden a los sujetos practicar también dos veces al día; sin embargo, estos estudios no reportan adecuadamente dicha práctica en cuanto a su cumplimiento, y ningún estudio examina la relajación subjetiva

(USAS) que se reporta en tales tareas de relajación. El presente estudio ha retomado ambos aspectos, que de hecho no han sido explorados, encontrando que muy probablemente la práctica en casa parece estar determinada por la manera en que se evalúan las USAS, y tal vez exista una correlación importante entre reducciones de glucosa y hemoglobina glicatada por un lado, y número de sesiones de práctica por el otro. Independientemente, tal vez de la manera en que se evalúe dicha práctica, esto es una hipótesis que surge de este trabajo y requiere de mayor investigación con muestras mayores para obtener datos significativos, y así poder llegar a una conclusión.

En cuanto al cumplimiento de tarea, se ha reportado ser muy pobre (La Grone et al 1988), a pesar de que éstas se han visto son útiles para promover el "transfer" de la terapia, ya que permiten la práctica continuada de los conocimientos y habilidades adquiridas en las sesiones de tratamiento observandose que el sujeto con menos cumplimiento obtuvo menos reducción en su glucosa y hemoglobina glicatada. Son varios los aspectos que deben ser considerados en investigaciones futuras respecto a lo que puede estar determinando la práctica en casa, ya que el sujeto de mayor cumplimiento tuvo mayor reducción en su glucosa y hemoglobina, pero se observa que sus USAS fueron evaluadas más bajas que el otro sujeto. Lo cual puede estar hablando de un factor motivacional, en el que el sujeto al verse con índices de relajación bajos, se siente mayormente motivado a practicar que aquel que tiene índices de USAS altos, y tal vez la práctica sea determinante, como ya se mencionó, en las reducciones de la glucosa sanguínea más que las evaluaciones subjetivas, pero éstas a su vez pueden estar influyendo en el número de práctica realizada.

Entre otros factores que probablemente influyen en el número de práctica realizada pueden estar expectativas y creencias en este tipo de terapias o aspectos motivacionales del sujeto y del experimentador, los cuales no se evaluaron y sería conveniente que en investigaciones futuras se usaran controles adecuados y muestras mayores para aclarar este aspecto. Indudablemente, la ventaja de usar diseños con pocos sujetos es que son de fácil implementación,

obviamente su significancia es más clínica que estadística, y no se pueden generalizar los hallazgos a menos que se hagan repeticiones con más sujetos y seguimientos adecuados, y que este estudio es piloto, pionero en el medio mexicano y los hallazgos aquí obtenidos no pueden ser generalizados, pero sí considerados para investigación futura, ya que son alentadores.

Respecto al transfer en este estudio, en definitiva no se puede hacer comentario alguno, ya que no se realizaron lamentablemente evaluaciones a mediano y largo plazo, a pesar de que se intentó promover el transfer a través de algunos procedimientos que Goldstein (1981) recomienda para ello. Por lo que se sugieren estudios con seguimiento para evaluar el "transfer" del tratamiento y su efectividad a largo plazo.

Entre otros aspectos a considerar en investigaciones futuras serán el número de sesiones básicas requeridas y su duración. Así como también averiguar si la relajación tiene mayor valor terapéutico que otras técnicas o si sumada a otra(s) aumenta su valor terapéutico; si el éxito es específico a la relajación e investigar predictores de éxito al tratamiento.

En este orden de cosas, con respecto a las variables psicológicas cabe destacar primero que estas han sido exploradas en varios trabajos con diabéticos. Así, desde el modelo psicósomático que se ha visto influido por el psicoanálisis, el cual propone que tipos de personalidad específica desarrollan trastornos psicósomáticos específicos (Alexander 1950 citado por Surwit et al 1983), haciendo intentos por examinar rasgos de la personalidad del diabético.

Dentro de este marco de la medicina psicósomática, se han definido algunos rasgos de la "personalidad diabética" como son: disminución de la atención, apatía, hipocondriasis, y sobre todo vulnerabilidad a la depresión (Menninger's 1935a, 1935b, citado por Surwit et al 1983). También se ha mencionado inmadurez, pasividad, masoquismo, conflictos de identidad sexual y dependencia (Dunbar, Wolfe y Roich 1936, citado por Surwit et al, 1983).

Este enfoque de la medicina psicósomática ha despertado inquietud por conocer los rasgos psicológicos que subyacen a la

diabetes e incluso, intentos por conocer el perfil psicológico del diabético; a pesar de no explicar el mecanismo por el cual los conflictos pueden traducirse en anomalías endocrinas subyacentes a la diabetes, además este modelo no es útil para el tratamiento de la diabetes.

Por otro lado, en cuanto a depresión, ésta se ha estudiado en poblaciones con algún trastorno físico (Ramos, 1989) y se cree que es más frecuente en éstos que en la población en general (Roding et al, 1986; Schulerg H:C: et al, 1988, citado por Lustman et al, 1988). Y además es una enfermedad incidiosa, con un desarrollo en muchos casos, más severo que en la población en general (Lustman et al, 1988).

Por otro lado, respecto al desempeño cognitivo, se ha evaluado el aprendizaje verbal, razonamiento abstracto y funcionamiento psicomotor complejo, observando que es más pobre, a mayor hemoglobina glicada, aunque no afecta las actividades diarias, pero que podría con el tiempo tener proporciones clínicas de importancia (Raven, G., et al, 1990). También se ha investigado la relación entre ansiedad y control metabólico encontrando alguna relación (Turkat, I., 1982). Se ha intentado elaborar una escala específica para diabéticos sobre el locus de control (Ferraro, L., et al, 1987). Argumentando estos autores alguna relación entre locus de control y nivel educativo. Cabe destacar también los estudios en donde se evalúan aspectos psicofisiológicos que pueden intervenir en la presencia de disfunciones sexuales (Schiavi R: C: et al., 1979).

De lo anterior se pueden apreciar los intentos en diversas direcciones por conocer los aspectos psicológicos que caracterizan al paciente diabético. En este trabajo se ha retomado esta inquietud, y también el interés por observar si una técnica de tratamiento psicológica además de producir cambios en la fisiología, los puede producir en la psicología del diabético, lo cual realmente no se ha explorado.

En cuanto a variables psicológicas más relevantes, detectadas en este estudio, ya sea por su coincidencia entre los sujetos o por su sensibilidad al cambio por el tratamiento de relajación y que

se sugiere considerar en investigación futura, están las siguientes:

a) Los sujetos del grupo de relajación disminuyeron considerablemente su ansiedad estado y rasgo a diferencia de los otros sujetos. Esto concuerda con la literatura, que indica, por un lado, que la ansiedad estado disminuye como resultado de un tratamiento de relajación y así marcando cambios en la propensión a la ansiedad relativamente estable (Díaz-Guerrero et al, 1975); por otro lado también se reportan decrementos en la ansiedad a consecuencia del tratamiento de relajación, en hipertensos (Bali, 1979; Luborsky et al 1982), indicando esto una importante interdependencia entre lo biológico por un lado y lo psicológico por el otro. Mostrando de este modo una disminución en la actividad del Sistema Nervioso Autónomo; además, la ansiedad rasgo es predominantemente más alta que la ansiedad estado; lo cual puede estar hablando de una ansiedad crónica que esté influyendo en el desajuste a nivel orgánico del Sistema Nervioso Autónomo y más específicamente a nivel inmunológico y endocrino. Probablemente, este sea el mecanismo que explique la manera en que se da la interdependencia entre lo biológico y lo psicológico, salvando puntos que la medicina psicosomática, como ya se mencionó, es incapaz de explicar, como es el mecanismo por el cual los conflictos pueden traducirse en anormalidades endocrinas subyacentes a la diabetes y a muchos otros trastornos.

También aquí cabe señalar que si la ansiedad es una variable importante en el control metabólico del diabético, dados los efectos del estrés psicológico, entonces las técnicas en el manejo de la ansiedad deben ser de utilidad, y de hecho, en los resultados se observa que el grupo de relajación disminuyó sus niveles de glucosa y hemoglobina glicatada, así como también sus ansiedad rasgo y estado. Sería importante averiguar en investigación futura si los niveles de glucosa varían de acuerdo a los grados de ansiedad y también si los entrenamientos para disminuir el estrés inciden en estos dos aspectos y evidentemente, para tener resultados conclusivos es necesario trabajar con muestras mucho más grandes.

b) En cuanto a depresión en sólo dos sujetos se encontró nula, de acuerdo al puntaje del Beck, pero según los reactivos se puede pensar en una depresión enmascarada, cónica, en estos sujetos ya que su periodo de evolución es mayor que en los otros. Cabe destacar que en la LB2 los sujetos del grupo de relajación disminuyeron su depresión quedando nula en ambos sujetos. Los sujetos predominantemente coincidieron en subrayar las categorías de trastornos de la imagen corporal, perturbaciones del sueño, fatigabilidad y preocupación somática.

De acuerdo al MMPI todos los sujetos son propensos a la depresión, lo cual concuerda con lo anteriormente dicho respecto a este punto. Y en cuanto a su disminución, Bali (1979) y Luborsky et al., (1982 y 1983) la reportan, como consecuencia de un tratamiento de relajación en hipertensos.

c) Se observa un déficit asertivo importante en los sujetos, presentándose considerablemente más alto en probabilidad de respuesta que en incomodidad, y en LB2 se puede apreciar que esta diferencia se acentúa aún más (probabilidad de respuesta aumenta e incomodidad disminuye). Esto puede estar indicando que los sujetos tienen cierto grado de incapacidad para hacer contacto afectivo y así siendo incapaces de reconocer sus sensaciones físicas ante situaciones de interacción social y por ende siendo incapaces de expresarlas. Probablemente los índices de depresión bajos en algunos de los sujetos esté hablando de falta de contacto con los afectos.

d) En cuanto a temores, no se encontraron datos relevantes o coincidencias entre los sujetos, ya que el porcentaje de temores como se puede apreciar en los resultados, es muy variable entre los sujetos, así como los reactivos señalados. Aunque según el MMPI en tres de los sujetos se observan tendencias a la ansiedad.

e) Se observan ideas irracionales en los sujetos, principalmente del tipo de creer ser inmerecedores de afecto (IBT1); observándose modificaciones muy leves hacia un pensamiento más racional en el grupo de relajación únicamente.

f) En general se observan leves tendencias perfeccionistas en los sujetos, así como frustración ante situaciones de la vida.

g) Se observa un locus de control marcadamente interno, en

cuatro de los sujetos, rayando tal vez en un control ilusorio, el cual según Langer (1975) se refiere a las expectativas de control no realista de las situaciones aleatorias. Su contrapartida son las sensaciones de desesperanza, no justificadas objetivamente en situaciones en las que hay que ejercer un rendimiento. Mientras que por otra parte, en uno de los sujetos es marcadamente externo. Y en la LB2 se observa que disminuye aún más. Cabe destacar que la relajación tiende a bajar el locus de control haciendolo más interno. Por lo que sería conveniente complementar esta técnica con otras que induzcan cambios externos, como aserción por ejemplo; siendo la relajación como un punto de partida para ofrecer al sujeto, posteriormente, una gama más amplia de posibilidades de cambio, las cuales ubiquen al sujeto en un punto de equilibrio saludable.

h) En todos los sujetos se detectan antecedentes de pérdidas y abandonos afectivos en sus historias, a veces múltiples y a muy corta edad (principalmente entre los 0 y 10 años), que quizás sean relevantes para el desarrollo de algún transtorno psicossomático y más específicamente para la diabetes. Ya que cabe recordar que en otros estudios con cefaléicos e hipertensos también se ha encontrado esta variable presente. Así se sugiere realizar trabajos en los que se estudie la configuración y dinámica familiar en relación a este aspecto, y averiguando si la probabilidad de desarrollar algún transtorno psicossomático es mayor si la pérdida, abandono o separación es a más temprana edad, o cuál es el periodo de edad crítico. Resultando de este punto una enriquecedora combinación de enfoques, en donde por un lado, se podría analizar desde una perspectiva experimental del estrés, con el modelo de la cronología de los acontecimientos (Váldez, M., et al., 1985), las pérdidas y abandonos, siendo éstos fuentes importantísimas de estrés que pueden desencadenar transtornos psicossomáticos; y por el otro lado, desde un enfoque clínico se podría analizar desde la teoría del apego (Bowlby, J. 1984), por ejemplo, estudiar de qué manera puede esto afectar el desarrollo del individuo.

i) Los sujetos reportan en su familia de origen una atmósfera sumamente conflictiva y agresiva. Lo cual valdría la pena ser estudiado posteriormente como un elemento más que podría estar

contribuyendo a la presentación de la diabetes.

j) En todos se observan trastornos del sueño, ya sea del tipo despertar temprano, durante la noche o de iniciar el sueño, lo cual está hablando claramente de una depresión.

k) Presentan un estilo de vida sedentario, sin la práctica de ejercicio. Por lo que sería conveniente incluir en el tratamiento integral del paciente diabético dicha práctica.

l) Sólo en uno de los cinco pacientes no se reportan antecedentes heredofamiliares, en el resto alguno de los padres padecía la diabetes. Dicho dato invita a reflexionar sobre la influencia que lo genético puede tener en este trastorno, pero considerando que los estilos conductuales también pueden ser heredados por la familia, y entonces ambos factores cooperan, o quizá alguno tenga mayor peso. Probablemente existe un elemento genético de importancia que puede ser desencadenado al interactuar con muchos otros factores de riesgo que activan el elemento genético latente o quizá estos otros factores de riesgo por si solos sean capaces de provocar la aparición de la diabetes. Sería de gran utilidad realizar estudios retrospectivos que averigüen el peso de estas variables o factores que pueden estar interactuando.

Finalmente, en relación a las variables psicológicas, sería interesante averiguar cómo se influyen mutuamente e interactúan los aspectos psicológicos y fisiológicos en la diabetes, pues es bien sabido que el área psicológica es se ve afectada por la enfermedad, o la presencia de ciertos factores psicológicos complican los síntomas del diabético.

Indudablemente todo lo anterior queda como un aspecto a ser estudiado más exhaustivamente en posteriores trabajos, con la intención de encontrar datos consistentes para la comprensión del diabético. Por lo que se sugiere indagar a fondo este aspecto considerando muestras mayores de sujetos y así tal vez confirmar lo aquí hallado; sobre todo, poder hacer un manejo psicológico amplio del diabético, con base en estos estudios sugeridos y proponer grupos de apoyo al diabético desde una perspectiva holística.

Por otro lado se considera que la diabetes es un trastorno

psicofisiológico complejo en el que su desarrollo y mantenimiento dependen de múltiples factores que interactúan para manifestarse en el trastorno orgánico. Dichos factores incluyen aspectos tales como antecedentes heredofamiliares que son una importante variable que predispone, pero que al interactuar con otros puede o no presentarse la diabetes. Así también, merecen atención la dieta, ejercicio, estilo de vida, y sobre todo el estrés, ya que se ha encontrado reiteradamente que afecta de manera importante al Sistema Nervioso Autónomo, con sus efectos en el sistema neuroendocrino e inmunológico entre otros, siendo así un factor de riesgo a muchas enfermedades, entre ellas la diabetes. Con respecto a la relación estrés-diabetes, cabría, entre otras interrogantes, plantear si el estrés afecta el curso de la diabetes, como lo podría hacer con su inicio, y si el estrés de todos los días afecta los niveles de glucosa; para de este modo prevenir y tratar la diabetes más exitosamente.

Por otro lado, en cuanto a los mecanismos fisiológicos a través de los cuales actúa la relajación, para el tratamiento de la diabetes, aún falta investigación, aunque ya se sabe que actúa a nivel del sistema nervioso autónomo.

Se propone investigar los efectos psicológicos de la relajación en los diabéticos, para averiguar de qué manera además de influir reduciendo la actividad del Sistema Nervioso Autónomo modifica la percepción y afrontamiento al estrés, y este último parecería ser modificado respecto al afrontamiento dirigido a la emoción.

Es importante señalar que la relajación no se propone como método único y exclusivo para tratar a la diabetes; sino que debe interactuar con otro tipo de atenciones que se den al paciente, las cuales pueden ser dieta, ejercicio, quizá terapia individual o familiar, y si es necesario, también intervención farmacológica; siendo de este modo la relajación únicamente preparatoria para un tratamiento integral del diabético. De este estudio se pueden desprender de acuerdo a la evaluación psicológica, algunas sugerencias de técnicas de apoyo que se pueden dar al paciente diabético además de la relajación. Así por ejemplo, se puede

sugerir dar entrenamiento asertivo, con énfasis en tomar contacto con los afectos; reestructuración cognitiva; manejo de la autoestima; técnicas de afrontamiento, por ejemplo.

Se reitera la necesidad de trabajo multidisciplinario entre los diversos profesionales de la salud con la intención de dar al paciente una mejor calidad de vida, procurando en la medida de lo posible su bienestar físico y mental.

Por ello es esencial que se evalúe objetivamente este trabajo y otros, y así ampliar el entendimiento sobre la multitud de aspectos clínicos, fisiológicos y psicofisiológicos, entre otros, de la diabetes, y contribuir a ampliar el conocimiento sobre esto.

El poder utilizar técnicas de relajación en diabetes es un desafío y exitante posibilidad, pero la evidencia aún no es conclusiva.

Finalmente, es de importancia recordar que este estudio es piloto, pionero en el medio mexicano, y por ello el tamaño de la muestra es pequeño y obviamente sería aventurado intentar hacer conclusiones definitivas.

Resulta prudente mencionar los principales alcances y limitaciones de este estudio piloto, para que se consideren posteriormente, ya que estos son los dos factores que en gran medida determinan las conclusiones a las que se pueda llegar.

Así, una de las más importantes limitantes fue el tamaño de la muestra, en parte justificada por ser éste un estudio piloto y por otra parte determinada por limitantes circunstanciales; esto es, en cuanto a recursos, ya que este tipo de estudios es costoso y se requiere de apoyo financiero (sobre todo para la obtención de reactivos); esta carencia de alguna manera no hizo posible tener mayor número de sujetos dentro de la muestra y/o mayor número de evaluaciones a diferentes tiempos. Pues básicamente los reactivos para la hemoglobina glicada se adquirieron de forma particular con un costo aproximado de N\$650.00, para sólo 10 reactivos. Por lo anterior se percibe la necesidad de proponer un programa de apoyo económico por parte de la UNAM, para tesis de licenciatura que no necesariamente están dentro de programas de investigación, pero sí abordan problemas de

importancia mayor como es lo relacionado con la salud.

Otro aspecto importante a mencionar en cuanto a los reactivos es que éstos tiene fecha de caducidad corta (6 meses) y en cierto modo esto causó que los sujetos no se colocaran en los grupos controlando la variable edad pues se iban colocando al azar conforme iban llegando. Esto explica por qué los sujetos más jóvenes quedaron en el grupo de relajación, siendo ellos los que redujeron su glucosa a diferencia de los otros más viejos. Por ello esto sería un aspecto más a considerar en investigaciones futuras, en las que se controlará la variable edad e inclusive periodo de evolución de la diabetes.

Retomando el aspecto de los recursos, cabe señalar que una de las primeras intenciones al diseñar este estudio, fué el de evaluar además de la glucosa, las catecolaminas y así poder establecer más claramente el mecanismo por el cual la relajación actúa en la reducción de la glucosa, y así poder esclarecer el mecanismo psicofisiológico de la diabetes; ya que se ha observado que en situaciones de estrés hay cambios importantes en las catecolaminas y éstas pueden estar influyendo en la tolerancia a la glucosa. Pero no fué posible por falta de recursos, ya que la evaluación de las catecolaminas es aún más costosa y se requiere de equipo más especializado y de condiciones particulares para su determinación.

Por último, de acuerdo a lo anterior, dentro de las principales aportaciones de este trabajo se encuentran las siguientes:

Teóricamente: ampliar el conocimiento respecto a la contribución de la relajación en algunos procesos psicofisiológicos en pacientes diabéticos mexicanos, ya que a través de este trabajo se pudo observar la influencia que la relajación tiene a nivel fisiológico como psicológico, ya que a través de las evaluaciones psicológicas, se pudieron observar cambios en los sujetos a diferencia de los otros que no recibieron el tratamiento de relajación. Así como también se observaron cambios favorables en la bioquímica de los sujetos. Cabe destacar la importancia que tiene el haber implementado un sistema de monitoreo de la práctica en

casa, ya que este aspecto parece indicar la importancia de la variable motivacional en la realización de las tareas y el número de práctica muy probablemente relacionado con la mejoría bioquímica. Por otro lado, se abre un área de discusión respecto a la relación conducta-diabetes y de manera general a los trastornos psicosomáticos; para de este modo provocar investigación que apoye la relación conducta-diabetes; devolviendo al hombre su valor como totalidad en donde lo biológico y lo psicológico están estrechamente unidos e interdependientes. Y dando así la posibilidad de indagar el mecanismo a través del cual la conducta se traduce en trastorno orgánico, como puede ser la diabetes en este caso, o cualquier otro problema como cefalea, hipertensión, úlcera, dermatitis, asma, etc., y así poder dar la posibilidad de un trato holístico a los problemas de salud, en donde indudablemente conocer los antecedentes psicológicos, entre otros, sería de utilidad como estrategia preventiva. Dando énfasis así a los modelos multifactoriales y multidisciplinarios.

Aportación Práctica: probar la efectividad de la relajación en diabéticos mexicanos; aunque se observaron reducciones en los niveles de glucosa de los sujetos del grupo de relajación a diferencia de los otros, cabe reiterar que para este estudio habría sido de gran provecho realizar un seguimiento, ya que se observa que los niveles de glucosa en sangre iban disminuyendo de manera importante, pero clínicamente hablando aún estaban elevados, aunque la hemoglobina se encontraba a un nivel controlable. En sí la idea de este punto es hacer ver que aunque se observó mejoría, es necesario realizar investigación futura con muestras mayores y con seguimiento, para así poder aseverar la efectividad de la relajación como útil en el tratamiento del diabético. Pues los resultados aquí obtenidos no es posible generalizarlos a toda la población mexicana, aunque de alguna manera se está dando la pauta para considerar la posibilidad de ser viable la técnica para esta población, y es evidente que los datos serán aún más confiables con muestras mayores.

En cuanto a **Campo de Acción:** el contribuir a ampliar el campo de trabajo del psicólogo, evidentemente esto abre nuevas y muy interesantes áreas de trabajo al psicólogo, involucrandolo activamente en los

problemas de salud pública; se abre su campo de acción ya que puede trabajar con los pacientes directamente o en investigación. Por otro lado, se contribuye a reafirmar la necesidad de trabajo multidisciplinario para proporcionar al paciente una atención integral, y aunado a lo anterior, por un lado el psicólogo se ve ante la necesidad de trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud reafirmando la necesidad de dejar a un lado las prácticas individuales y parciales, hacia la búsqueda de trabajos integrales que den una visión amplia y completa de los problemas que aquejan a la población.

Por otro lado, las Aportaciones de la Psicología: a otras áreas de desarrollo profesional y científico, puesto que los conocimientos generados, pueden ayudar a comprender mejor la diabetes en cuanto a su inicio, evolución y tratamiento. Y sobre todo, el poder incluir cada vez más al psicólogo dentro del trabajo directo con pacientes enfermos de diabetes u otros trastornos físicos, que tradicionalmente eran de incumbencia única y exclusiva del médico, ésto con sus consecuencias en la manera de conceptualizar y abordar los problemas de salud; desde una perspectiva muy reduccionista considerando unicamente los aspectos biológicos. Sin embargo, con la inclusión de la psicología en áreas como ésta, es posible cambiar desde la forma de conceptualizar los problemas hasta las actitudes mismas de los profesionales que tratan directamente con los pacientes, pues el problema o problemas que éstos presenten se visualizan desde una perspectiva amplia e integradora, sin descartar de ninguna manera los aspectos psicológicos. Y de este modo se abre la posibilidad de un trato más comprensivo al paciente.

Respecto a Investigación: promover la investigación en el área de la salud es también una intención de este trabajo, ya que el área de la salud por parte de la psicología es relativamente nueva y por tanto se requiere de gran cantidad de investigación para tener una visión amplia y conocimiento necesario para enfrentar los problemas que aquejan a la humanidad en cuanto a salud.

Y finalmente en cuanto a Costo, proponer una posibilidad de tratamiento económica, ya que la relajación realmente es una posibilidad económica; pero no se pretende con los datos aquí obtenidos, proponerla como única opción, pero sí se recomienda como adjunta a la terapia del diabético e incluso de muchos otros trastornos, y hasta como un elemento a ser anexado en el estilo de vida de la población, como una manera de prevenir problemas de salud y una forma de preparatoria a un tipo de tratamiento más completo.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA.

- Ader R. Weiner, H. y Baum, A. (Eds.). (1990). *Experimental Foundations of Behavioral Medicine: Conditioning Approaches* (pp. 87-110). New Jersey.
- Agras, S.W. (1988). *Relaxation training in esencial hipertensión: prospects and problemas*. Citado por: Ader R., Weiner, H. y Baum, A. (Eds.) (1990) *Experimental Foundations of Behavioral Medicine: Conditioning Approaches* (p. p. 87-110). New Jersey.
- Alexander F. (1960). *Psychoomatic medicine. Its principles and applications*. New York: Norton. Citado por Suroff, S.R., Feinglos, N.M., Scovern W.A. (1983). *Diabetes and Behavior. A paradigm for Health Psychology*. *American psychologist arch.* 28:262.
- Almaguer, L. M., Díaz, D. O., Pérez, P. L., Perich, A. P., Mañalich, C. R., Castaño, C. M. (1985). *Bacteriuria en pacientes con D.M., frecuencia y factores de riesgo*. *Rev. cubana, Invest. biomed.*, 3(2): 190-8, mayo-agosto. (LLACS abstract).
- Andraisk, F. y Holroyd, K. (1980). *A Test of Specific and Nonspecific Effects in the Biofeedback Treatment of Tension Headache*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol 48 No. 5. p. 575-580.
- Antons, J. (1987). *Control y autocontrol: planes básicos en el tratamiento de la diabetes*. *Carta de la diabetes*. Carta No. 5, Feb-Marzo. Byk Gúden.
- Arrigoni, B. V. (1984). *Diabetes química y enfermedad coronaria*. *Rev. Fac. Cienc. Med. (Córdoba)*; 42 (1): 43-8. (LLACS abstract)
- Avila, H., Caeneuva, E., Fernandez, V., Espinoza, m. A., (1984). *Riesgo de alteraciones del metabolismo en la glucosa en mujeres en fase pregestacional*. *A.C.M. arg. catarin. med*; 13 (2): 145-7. (LLACS abstract)
- Bailey, B.R., Gredy, A.V., Good M. (1990). *Management of a patient with insulin-dependent diabetes mellitus learning biofeedback-assisted relaxation*. *Diabets Educ.* May-Jun; 16(3); p. 201-4.
- Bali, L.R. (1979). *Long-term effect of relaxation on blood pressure and anxiety levels of essential hypertensive males: A controlled study*. *Psychoomatic Medicine*, 41(8), 637-646.
- Barry, A. (1989). *Non-Invasive Treatment of Vasculer and Muscle Contraction Headache: A Comparative Longitudinal Clinical Study*. *Headache Journal*, Vol. 29. No. 1.
- Baum A., Gatchal, R. y Schaeffer M. (1983). *Emotional, Behavioral, and Physiological Effects of Chronic stress at Thore Mile Island*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 51 No. 4. p. 565-572.
- Bayas, R., (1985). *Psicología Oncológica. Prevención y terapéutica Psicológica del cáncer*. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- Bayas R., (1987). *El efecto placebo en psicología de la Salud*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Beatty, E.T. (1976). *Feedback-assisted relaxation training as a treatment for duodenal ulcers*. *Biofeedback and Self-Regulation*, 1, 323-324. (abstract).
- Beatty, E.T. y Haynes, S.N. (1979). *Behavioral intervention with muscle-contraction headache: A Review*. *Psychoomatic Medicine*. Vol. 41, No. 2, March., 165-180.
- Beck, A.T. Beamesderfer A. (1979). *Assessment of depression: the depression Inventory*. *Med. Probl. Pharmacopsychiatry* 7:151-69, 174. Citado por Lustman, P.J. et al. (1988). *Depression in Adults with diabetes*.
- Benson, H., Beery, J.F. y Carol, M. P. (1974). *The relaxation response*. *Psychiatry*, 37, 37-46. Citado por Goldstein, et al., (1981) *Generalización y Transfer en Psicoterapia*.
- Bertelson, H.S., Bartz, A. E., Zimmerman, A.D. (1979). *Treatment program for borderline hypertension among college students: Relaxation, finger temperature, biofeedback and generalization*. *Psychological Reports*, 44, 107-114.
- Blanchard, E.B., Andraisk, F., Jurish, S.E. y Teders, S.J. (1982). *The treatment of cluster headache with relaxation*

and thermal biofeedback. *Biofeedback and Self-Regulation*, 7, 185-191.

Blanchard E.B., Andrasik, F., Evans, D., Neff, D. y Appelbaum K. (1985) *Case Studies and Clinical Replications Series Behavioral Treatment of 250 Chronic Headache Patients: A Clinical Replication Series. Behavioral Therapy* 18, 308-327.

Blanchard, E.B., Andrasik, F., Dobra E., Stevens J., Palmeyer, T., Arena, J., Jorisch, S., Saunders, H.L.(1982). *Sequential comparisons of relaxation training and biofeedback in treatment of three kinds of chronic headache s, the machines may be necessary some of the time. Behav. Res. Ther. Vol. 20. p. 469-481.*

Blanchard, E.B., McCaffrey, Muses, A. y Gerard, M.A. (1987). *A controlled comparison of thermal biofeedback and relaxation training in the treatment of essential hypertension: III. Psychological Changes Accompanying treatment. Biofeedback and Self-Regulation, Vol. 12, No. 3, 227-239.*

Blanchard, E.B., Miller, S.T., Abel, G.G., Haynes, M.R. y Wicker, R.(1979). *Evaluation of biofeedback in the treatment of borderline essential hypertension. Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 89-109.

Blanchard, E.B., Theobald, D.E., Brow, D.A., Silver, B.V. y Williamson, D.A. A (1977). *Controlled comparison of temperature biofeedback and autogenic training with progressive relaxation training in the treatment of migraine headaches. Eighth Annual Meeting of the Biofeedback Society of America, Orlando.*

Blanchard, E.B., Theobald, D.E., Williamson, D.A., Silver, B.V. y Brown, D.A. (1978). *Temperature biofeedback in the treatment of migraine headaches: A controlled evaluation . Archives of General Psychiatry*, 35, 581-588.

Blanchard, E.B., Mc Coy, G.C., Andrasik, F., Acerra, M., Palmeyer, T.P., Gerard, R., Holpurn, M., y Muses, A.(1984). *Preliminary results from a controlled evaluation of thermal biofeedback as a treatment for essential hypertension. Biofeedback and Self-Regulation; 471-495.*

Blaney, P. H. (1977). "Contemporary theories of depression. Critique and comparison", en *Journal of Experimental Animal Behavior*, 1, 69.

Bowlby, J. (1984) *Teoría del Apogo. Paidós, México.*

Bredley, C. (1979) (b). *Psychophysiological effects of stressful experiences and the management of diabetes mellitus. In D.J. Obrons, M.M. Grunberg and J.R. Eiser (Eds). Research in psychology and medicine (Vol. 1) London: Academic Press. Citado por Dennis, C. et al.,(1990). Diabetes Mellitus: A Cognitive-Functional Analysis of Stress. 191-217.*

Brady, J.V. (1958). *Úlceras en monos ejecutivos, en Psicología Contemporánea, Ed. Blume, Barcelona. Citado por Valdés M. y Flores,(1985).*

Brady, J.P., Luborsky, L. y Kron, R.E.(1974). *Blood pressure reduction in patients with essential hypertension through metronome-conditioned relaxation: A preliminary report. Behavior Therapy*, 5, 203-209. Citado por Goldstein, A.P., Kanfer, F.H. (1981). *Generalización y transfer en psicoterapia. Síntesis. ed. Desclée de Brovwer S.A. 455 pp.*

Braud, L. W. (1978). *The effects of frontal EMG biofeedback and progressive relaxation upon hyperactivity and its behavioral concomitants. Biofeedback and Self-Regulation*, 3, 69-89.

Brik, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral medicine*, New York: Grune & Stratton, Citado por Surwit, R.S., et al., (1983) *Diabetes and Behavior: A Paradigm for Health Psychology. American Psychologist*, 38, 255-262.

Budzynski, T.H. (1977). *Clinical implications of electromyographic training. En E. Schwartz y J. Beatty (Eds). Biofeedback: theory and research. New York. Academic Press. Citado por Goldstein A.P., Kanfer, F.H.(1981). Generalización y transfer en psicoterapia. Síntesis. Ed. Desclée de Brovwer. S.A. 455 pp.*

Budzynski, T.H., Stoyva, J. y Alder, C. (1970). *Feedback-induced muscle relaxation: application to tension headaches. J. Behav. Ther. and Exp. Psychiat.* Vol. 1 p. 205-11.

Budzynski, T.H., Stoyva, J.M., Alder, C. y Mullendey, D.J.(1973). *EMG Biofeedback and tension headaches: A controlled outcome study. Psychosomatic. Medicine*, 35, 484-496.

Cabral, L.J. y Scott, D.F. (1976). *Effects of two desensitization techniques, biofeedback and relaxation, on intractable epilepsy: Follow-up study. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 39, 504-507.

Cabrera, M. y Atmore, T. (1980). *Effects of biofeedback and relaxation training anxiety in recovering alcoholics and drug addicts. Biofeedback and Self-Regulation*, 5, 361.

Cabrera, N.G. (1988). *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. Ed. Trilce. México. 263 pp.*

Canales, E.S., Neva, M.D., Ablanedo, A.J., Santos, H. R., Ortiz, L.G., Cruz, R.A. I. (1990). *Algunas consideraciones sobre diagnóstico y tratamiento. Diabetes Mellitus*.

Cannon, W.B. (1932). *The Wisdom of the Body*, Northern, Nueva York. Citado por Valdez, M. y Flores, T. 1985).

Cafedell J.V.(1980). *Libro de la Diabetes. Ed. Jms, Barcelona 340 pp.*

C.D.C.(1985). *Table V. Estimated years of potential life before age 65 and cause-specific mortality, by cause of death. United States. M.M.W.R. 1987; 36: 235. Citado por Vazquez, R.M., Escobedo, P.J. Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social. (1979-1987). Rev. Med. IMSS (Méx.) 1990, 28: 167.*

Coetz, L. (1985). *Tratado de Medicina Interna, 16a ed. Vol 1 Ed. Interamericana, México. 1191 pp.*

Cervilla, J., (1983). *Factores de riesgo en accidentes vasculares cerebrales escolares. Rev. chil. neuropsiquiatría; 21(1): 49-53. (ILACS abstract)*

Cohen, A.S., Berlow, D.H., Blanchard, E.B., Di Nardo, P.A., O'Brien, G.T. y Monte, J.S. (1984). *Combined EMG biofeedback and cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder and panic disorder. Biofeedback and Self-Regulation*, 9, 103-104, (abstract).

Coperlas, E.M. (1969). *Diabetes, la Enfermedad Dulce. Muy Interesante No. 10, Oct. 27-36.*

Counts, D.K., Hollanderworth, J. G., Jr. y Alarcon, J.D. (1978). *Use of electroencephalic biofeedback and cue-controlled relaxation in the treatment of test anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 990-995.

Courney, R.D.(1975). *Electromyograph Feedback as a Relaxation Technique. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 143 No. 6. p. 625-34.

Cox D., Freundlich A., Meyer R. (1975). *Differential effectiveness of electromyograph feedback, verbal relaxation instructions, and medication placebo with tension headaches. J. Consult. Clin. Psychol.* 43, 882-888.

Crowell, D. (1953). *Personality and physical disease. A test of the Dunbar hypothesis applied to diabetes mellitus and thematic fever. General Psychology Monographs*, 48, 117-153. Citado por Dennis, C.T. et al. (1980). *Diabetes Mellitus: A Cognitive-Functional Analysis of Stress* 191-217.

Chavez, A., Belon, G., Zubiran, S. (1963). *Estudio epidemiológico de la diabetes en tres comunidades de la zona henequenera del estado de Yucatan. Rev. Inv. Clín.* 15: 333. Citado por Vazquez, R.M., Escobedo, P.J. (1990). *Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987)*, *Rev. Med. IMSS (Méx.)*, 28:167.

Chesney M.A., Shelton J.L. (1976). *A comparison of muscle relaxation and electromyogram biofeedback treatment for muscle-contraction headache. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 7, 221-226.

Christensen, N.J., Denmark, A. (1974). *Plasma Norepinephrine and epinephrine in Untreated Diabetics, During Fasting and After Insulin administration. Diabetes*, Vol. 23, No. 1.

Christie, A.R. (1973). *Diabetes and hypertensive vascular disease, mechanisms and treatment. Am. J.* 32:692.

Christopher R.N. and Howard, E. (1987). *Cognitive Changes Accompanying Headache Treatment: The Use of a Thought-Sampling Procedure. Cognitive Therapy and Research*, Vol. 11, No. 6, p. 625-652.

Daniels, G.E.(1939). *Present trends in the evaluation of physic factors in diabetes mellitus: A critical review of the experimental, general medical and psychiatric literature of the last five years. Psychosomatic Medicine*, 1, 527-552.

Dasg, K.K., Dashmukh, S.N., Dalvi, C.P. y Vinakar, S.L. (1969). *"Shivasana": A yogic exercise in the management of hypertension. Angiology*, 20, 325-333. Citado por Goldstein, A.P., Kanfer, F.H. (1981). *Generalización y transfer en psicoterapia. Bilbao, Ed. Decada de Brovver S.A. 465 pp.*

Deabler, H.L., Fidal, E. y Dillenkoffter, R.L. (1973). *The use of relaxation and hypnosis in lowering blood pressure.*

American Journal of Clinical Hypnosis, 16, 75-83. Citado por Goldstein, A.P. Kanfer, F.H.(1981). Generalización y transfer en psicoterapia. Bilbao. Ed. Desclee de Brouwer S.A. 455 pp.

Delahunt, J. y Melloop, G.(1987). *Hormone Changes in Stress*. *Stress Medicine*, Vol. 3:123-134.

Demers, R.Y., Neale, A., Wenzloff, N.J., Grosman, K.J., Jaber, L.A.(1989). *Glycosylated hemoglobin levels and self-reported stress in adults with diabetes*. *Behav. Med.* Winter, 16 (4): 167-172. (abstract).

Denkowski, K.M. y Denkowski, G.C. (1984). *Is grupo progresiva relaxation training as effective with hiperactive children as individual EMG biofeedback treatment?*. *Biofeedback and Self-Regulation*, 9, 354-364.

Denkowski, K.M., Denkowski, G.C. y Omizo, M.M. (1983). *The effects of EMG-assisted relaxation training on the academic performance, locus of control, and self esteem of hyperactive boys*. *Biofeedback and Self-regulation*, 8, 363-376.

Dennis C. T., Majoris, A.S. (1990). *Diabetes Mellitus: A Cognitive-Functional Analysis of Stress*. *Diabetes*, 5, 191-217

DERI study Grup. (1989). *Diabetes Epidemiology Research International (DERI). Mortality Study: Total Mortality Results*. *Diabetes*, Vol. 38 Sup. 2.

DERI Study Grup. (1989). *Cause Specific Mortality in IDDM. A preliminary Report from the Diabetes Epidemiology, Research International (DERI) Study*. *Diabetes Mayo*, Vol. 38, Sup. 2.

Demut, S. y Fridman, R. (1987). *Stress and headache: A critical review*. *Stress Medicine*. Vol. 31. p.285-292.

Díaz, G.R. y Spielberg, D.C., (1975). *IDARE: inventario de ansiedad: rasgo-estado. Primera parte: manual e instructivo*. Ed. Manual Moderno. México, D.F. 28 pp.

Díaz, J. (1987). *Insulina humana. Aplicaciones clínicas*. *Medicina Interna de México*, Vol. 3 No. 3. Septiembre.

Dimsdale, J., Young, D., Moore, R., Strauss, W., (1987). *Do Plasma Norepinephrine Levels Reflect Behavioral Stress?*. *Psychosomatic Medicine*, 49:375-382.

Drummond, P.D. (1985). *Cardiovascular reactivity in Borderline hipertensives during Behavioural and orthostatic stress*. *Psychophysiology*. Vol. 22, No. 6, 621-628.

Dunbar, H.F., Wolfe, T.P. y Roich J. (1936). *Psychiatric aspects of medical problems: The psychic component of the disease process (including convalescence) in cardiac, diabetic and fracture patients*. *American Journal of Psychiatry*, 93, 664-669. Citado por Surwit, S.R., Feinglos, N.M., Scovern, W.A. (1983). *Diabetes and Behavior. A paradigm for Health*. *Psychology American Psychologist*; March, 255-262.

Duran, S. y Gutiérrez, A. (1987). "Como Instaurar un tratamiento insulínico". *Carta de la diabetes*. carta No. 4, enero. Byk Gulden.

Ervin, S., Yaal, R., Margo, P. (1988). *Prevalence of the diabetes in Israel, Epidemiologic survey*. *Diabetes Vol. 37*, March. 297-302.

Esparza, L., Tavano, L., Breaña, H., Avila, H., Kerchamer, S. *Factores de riesgo para alteración en el metabolismo de glucosa durante la gestación. (ILACS abstract)*.

Estevez, J., Seligman, M., Gross, J., Azevedo, M., (1986). *Alteraciones oculares en pacientes portadores de diabetes mellitus T.I: factores de riesgo*. *Arg. bras. oftalmol*; 46(6): 179-82. Tab.

Fava, M. y Guasald, G. (1987). *Prolectin and Stress*. *Stress Medicine*, Vol.3:211-216.

Ferraro, A.L., Price, J.H., Deamond, S.M. y Roberts, S.M. (1987). *Development of a diabetes locus of control scale*. *Psychology reports*, Vol 61, No. 3, 763-770.

Ferre, C. (1987). "Colonias de Vacaciones para niños diabéticos". *Carta de la Diabetes*, No. 6. Abril-Mayo. Byk Gulden.

Flowler, J.E., Budzynski, T.M. y VandenBargh, R.L. (1976). *Effects of an E.M.G. biofeedback relaxation program on the control of diabetes: A case study*. *Biofeedback and Self-Regulation*, 1, 105-112.

- Folman, S. y Lazarus, R.S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal and Social Psychology*. Vol. 56, No. 3.
- Ford, M.R., Stroebel, C.F., Strong, P. y Szerek, B.I. (1982). Quietness response training: Treatment of psychological disorders in psychiatric inpatients. *Biofeedback and Self-Regulation*, 7, 331-339.
- Freedman, R. y Papadourf J.D. (1978). Biofeedback and progressive relaxation treatment of sleep-onset insomnia: A controlled, all-night investigation. *Biofeedback and Self-Regulation*, 1, 263-271.
- Friedman, H. y Teub, H.A. (1977). The use of hypnosis and biofeedback procedures for essential hypertension. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 335-347.
- Friedman, H. y Teub, H.A. (1978). A six-month follow-up of the use of hypnosis and biofeedback procedures in essential hypertension. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 184-188.
- Fujimoto, W., Letonett, D., Kinyoun, J., Newell-Morris, L., Shunan, W., Stolov, W., Wahl, P. (1987). Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance Among Second-Generation Japanese-American Men. *Diabetes* Vol. 36, June. 721-729.
- García de Alba, J., González, R.J., Ferrá, R. (1989). Algunos aspectos clínicos epidemiológicos de la diabetes mellitus. *Salud Pública de México*. Sep-Oct. Vol. 31, No. 6, 669-673.
- García, M., McNamee, P., Gordon, T., Kannel, W. (1974). Morbidity and Mortality in Diabetes in the Framingham Population. Sixteen Year Follow-up Study. *Diabetes* vol. 23, No. 2.
- García de los Ríos, A., (1988). Etiopatogenia de la Diabetes Mellitus. *Rev. Sanid. def. nco. (Santiago de Chile)*. 3(1): 7-17.
- García de los Ríos, M., Durruty, A., Tapia, J. (1987). Cetosídeas Diabéticas graves: definición, etiopatogenia, fisiopatología, clínica y laboratorio. *Bof. Hosp. San Juan de Dios*, 34(4): 267-68, Jul-ago. (MEDLINE abstract).
- Gavin L.A. Management of the diabetes mellitus during surgery (MEDLINE abstract 1990).
- Gay, R., Mateo, A.O., Barreto, C.R. (1988). Prevención de la obesidad. *Rev. Cubana Med.* 24(6), 660-668.
- Galger, A. Barta, I. y Hubay, M. (1990). Diabetes and mental state. *Acta Paediatrica Academica Scientifica Hungary*. 1973, 14, 119-128. Citado por Dennis, C. T. *Diabetes Mellitus: A Cognitive-Functional Analysis of Stress*, 191-217.
- Gerich, J., Karam, J. y Forsham, P. (1973). Stimulation of Glucagon Secretion by Epinephrine in Man. *JCE & M*. Vol. 37, No.3; p. 479-81.
- German, R., Meador, P. (1988). Trends in diabetes Mellitus Mortality. *Diabetes*, Vol. 38, sup. 2.
- Gilbert, B.O., Johns, S.B., Silverstein, J., Malone, J. Psychological and physiological responses to acute laboratory stressors in insulin-dependent diabetes mellitus adolescents and nondiabetic control. (MEDLINE 1990).
- Glueck, B.C. y Stroebel, C.F. (1978). Biofeedback and medication in the treatment of psychiatric illnesses. *Comprehensive Psychiatry*, 16, 303-321.
- Goldstein, A. P., Kanfer, F.H. (1981). Generalización y transfer en psicoterapia. *Bilbao*. Ed. Descle de Brevier S.A. 655pp.
- Goldstein, D.E., et al. (1986). Glycated Hemoglobin: Methodologies and Clinical Applications. *Clin. Chem*. 32: 108:64-70. Citado por Romero, B.E. (1989). Determinación de los valores de referencia de hemoglobina glicosada (HbA1) por dos métodos de laboratorio UNAM. *ENEP-Zaragoza*. México. (Tesis de licenciatura).
- Gómez, P.F. (1990). La insulina como parte del tratamiento de la diabetes. 3-5. *Medicina y Cultura*. Mayo/Junio 1990. Año 4, Vol. 4. Núm. 12.
- González, C.A., Pérez, B.J., Nieto, S., Vazquez, C., Gaytan, F.G. (1988). Importancia de las enfermedades crónico-degenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México. *Salud Pública Méx.*: 28:3. Citado por Vazquez, R.M., Escobedo, P.J., (1990). Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987). *Rev. Med. MSS (Méx)*. 28:157.
- Grant, L. et al., (1974). Recent life events and diabetes in adults. *Psychosomatic Medicine*. 36, 121-28. Citado por Dennis,

et al. (1980). *Diabetes Mellitus: A Cognitive-Functional Analysis of Stress*. 181-217.

Gray, J.S. (1982). *The neuropsychology of anxiety. Functions of septo-hippocampal system*. Oxford University Press. Citado por Valdeza, M. y Flores, T. (1985).

Guthrie, D.N., Moeller, T. y Guthrie, R.A. (1978). A report: Biofeedback and its application to the stabilization and control of diabetes mellitus. *Diabetes*, 25. 380 pp.

Hafner, R.J. (1982). Psychological treatment of essential hypertension: A controlled comparison of modification and meditation plus biofeedback. *Biofeedback and Self-Regulation*, 7, 305-316.

Hart, J.D. (1984). Temperature biofeedback, frontal EMG feedback, and relaxation training in the treatment of migraines. *Biofeedback and Self-Regulation*, 9, 84-85. (abstract).

Hawkins, R.C., Doell, S.R., Lindbeck, P., Joffe, V. y Skaggs, S. (1980). Anxiety reduction in hospitalized schizophrenics through thermal biofeedback and relaxation training. *Perceptual and Motor Skills*, 51, 476-482.

Haynes S., Griffin P., Mooney D., Parise M. (1975). Electromyographic biofeedback and relaxation instructions in the treatment of muscle-contraction headaches. *Behav. Ther.*, 8, 672-678.

Hazuda, H., Knapp, J. y Pugh, A. (1983). Sociocultural Status and Diabetes-Related Life-style in Mexican Americans. *Diabetes*, Vol. 32, Sup. 2, Mayo.

Hinkle, L.E. and Wolf, S. (1982). Importance of life stress in the course and management of diabetes mellitus. *Journal of the American Medical Association*, 148, 813-820(a). Citado por Lustman, P. et al. (1981). Acute Stress and Metabolism in Diabetes. *Diabetes Care* Vol. 4, No. 6, Nov-Dic. p. 658-59.

Hinkle, L. E. and Wolf S.A. (1982). A summary of experimental evidence relating life stress to diabetes mellitus. *Journal of Mt. Sinai Hospital*. 19. 837-870 (b). Citado por Lustman, P. et al. (1981). Acute Stress and Metabolism in Diabetes. *Diabetes Care* Vol. 4, No. 6, Nov/Dic. p. 658-59.

Hoehmann R., Villegán G., Borja R., Canelas V., Casanova, D. (1986). Complicaciones oculares en diabéticos: factores de riesgo. *Arch. chil. oftalmol*: 43(2): 207-12.

Hollander, E. (1988). Differentiation of stress-induced hyperglycemia from diabetes mellitus in cerebrovascular strokes by hemoglobin A1 determination. *Gezwanite Inn. Med. Feb*, 43 (4): 83-85. (abstract).

Holm, J.E. Holroyd, K.A., Hursey, R.G. y Penzin, D.B. (1986). The Roles of Stress in Recurrent Tension Headache. *Headache* 26, p. 190-97.

Holmes, T. y Rahe, R. (1978). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218. Citado por Valdeza, M. y Flores, T. (1985).

Husband, D.J. Alberti, K.G. (1983). Stress: hyperglycaemia during acute myocardial infarction: an indicator of pre-existing diabetes? *Lancet* Jul, 2(8343), 178-181. (MEDLINE abstract).

Hutchings D., Rainking R. (1978). Tension headaches: What form of therapy is most effective? *Biofeedback and Self-Regulation*, 7, 183-190.

Inglis J. (1979). Behavioral Science and Behavioral Medicine. *Canadian Psychological Review, Psychological Review Psychologie Canadienne* Vol. 20 No. 3, Julio, p.119-132.

Jacobson, A.M., Menechreck, T.C. Silverberg, E. (1978). Behavioral treatment for Reynaud's disease. A comparative study with long-term follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 135, 844-848.

Jacobson, E. (1979). *Progressive Relaxation*. Chicago, University of Chicago Press, 1983. Citado por Beatty, R. and Haynes, S. Behavioral intervention with Muscle-contraction Headache: A Review. *Psychosomatic Medicine*, March, Vol. 41, No. 2.

James, W. (1985). "What is emotion?", *en Mind*, 9, 188-205, 1984. Citado por Valdeza, M. y Flores, C.

Jevning, R.A. y O'Halloran J.P. (1984). Metabolic effects of transcendental meditation: Toward a new paradigm of neurobiology. In D.H. Shapiro, y Walsh (Eds). *Meditatio: Classic and contemporary perspectives* (p.465'473). Chicago: Aldine

Publication Company.

Jevning R, Wilson A.F., Davidson M.J. (1972): Adrenocortical activity during meditation. *Hum Behav* 10:64-69.

Jevning, R.A., Wilson, A.F., Finkle, H., O'Halloran, J.P., y Walsh, R.N. (1983). Metabolic control in state of decreased activation: Modulation of red cell metabolism. *American Journal of Physiology*, 245, (Cell Physiology 14), e487-491. Citado por Ador, R., Weiner, H. y Baum, A. (Eds). (1980). *Exposiciones de Behavioral Medicine: Conditioning Approaches* (pp. 87-116). New Jersey.

Johansson, G., Leake, M.L., Feder, M. y Karonen.(1982). Examination Stress Decreases Plasma Level of Luteinizing Hormone in Male Students. *Psychosomatic Medicine*. 44:286-94.

Johansson, G., Leake, M., Karonen, S., Feder, M. (1987). Examination stress affects plasma levels of TSH and Thyroid Hormones Differently in Females and Males. *Psychosomatic Medicine* 49:290-298.

Johnson, R.K. y Meyer, R.G. (1974). Phased biofeedback approach for epileptic seizure control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, 185-187.

Keeffe, F.J., Surwit, R.S. y Pfen, R.N. (1980). Biofeedback, autogenic training and progressive relaxation in the treatment of Raymond's disease: A comparative study. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 13, 3-11.

Kenneth, A. y Frank, A. (1978). Coping and self-Control of Chronic Tension Headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. V.40, No.5: 1038-1048.

Kerlinger, F. (1978). Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. Ed. Interamericana. México.

Kessler, I. (1971). Mortality Experience of Diabetic Patients A Twenty-Six Year Follow-up study. *The American Journal of Medicine*. vol. 51 Dic, 715-724.

Keck, M.F. y Mehner, G.D. (1980). Psychiatric aspects of unstable diabetes. *Psychosomatic Medicine*. 1974, 36, 67-68. Citado por Daniels, C.T. et al. *Diabetes Mellitus: A Cognitive-Functional Analysis of Stress*. 1987-217.

Konbit, A., Weorreguar, S. *Abordaje médico-psicológico de familias con pacientes crónicos. (ILACS 7° Ed. Junio 1980).*

Kramodor, R.B. (1981). Cognitive Skills Training versus EEG Biofeedback in the Treatment of Tension Headaches Biofeedback and Self-Regulation. Vol.6, No. 1.

Kukta, A., Mey, C., Patrick, S. (1988). Physical Inactivity, IDDM Complications and Death. *Diabetes*, Vol. 38, Sup. 2. Mayo.

Kronlok, A. (1988). Economic impact of type II Diabetes Mellitus. *Primary Care*, 8:423. Citado por Vazquez R.M., Escobedo, P.J. (1980). Análisis de la mortalidad por Diabetes Mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1975-1987). *Rev. Med. ISS (Méx.)*, 28:157.

Labrador, F.J. (1987). Tratamiento de una taquicardia sinusal por medio de relajación, feedback R.P.G y feedback de la tasa cardíaca. *Congreso de psicología y procesos de socialización*. Albano.

La Grone, R., Jeffrey, T.B., Ferguson, C.I. (1983). Effects of education and relaxation training with essential hypertension patients. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 44, No. 2.

Lender, M. M. (1980) "The psychophysiology of anxiety" en *Handbook of Biological Psychiatry*, M. M. Van Praag, M. H. Lender, O. S. Rasmussen y E. J. Secher (eds.), Marcel Dekker, Inc., Nueva York. Citado por Valdés, M. y Flores, T., 1985.

Langer, E. J. (1975). *The illusion of control*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328. Citado por Lazarus R.S. et al., (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Martínez Rosco. México, 488 pp.

Lasseter K.C., Lavey G.S., Palmer, R.F., Mc. Carthy, J.S. (1972). The effect of sulfaryure drugs on rabbit myocardial contractility, canine Purkinje fiber automaticity, and adenyil cyclase activity from rabbit and human heart. *J. Clin. Invest*; 51:342B.

Latimer, P.R., (1981). Biofeedback and self regulation in the treatment of diffuse esophageal spasm: A single case study. *Biofeedback and Self-Regulation*, 6, 181-180.

Laural C. (1982). Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *IPN*.

- Lazarus, R.S. *Some Principles of Psychological Stress and Their Relation to Dentistry* (in press).
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*, Mac Graw-Hill, Nueva York. Citado Valdés, M. y Flores, T., 1985.
- Lazarus, R.S. y Folkman S.(1985). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roche, . México, 488 pp.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S.(1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer-Verlag, Nueva York. Citado por Valdés, M. y Flores, T., 1985.
- Le Boeuf, A. y Lodge, J.(1980). *A comparison of frontalis EMG feedback training and progressive relaxation in the treatment of chronic anxiety*. *British Journal of Psychiatry*, 137, 278-284.
- Los Ramos, A.F., Ramírez, J., Flores, S.H.(1989). *Estudio sobre egresos hospitalarios de Diabetes Mellitus durante 7 años, a nivel nacional en el Instituto Mexicano del Seguro Social, 1980-1986*. *Rev. Med. IMSS (Méx.)*; 27: 141.
- Loví, L.,(1971). *Society, stress and disease*. Oxford University Press. Citado por Valdés, M. y Flores, T., 1985.
- Luce, P. (1986). *Atherosclerosis y diabetes mellitus revisión bibliográfica*. *Rev. cuba. med.*; 25(12): 1148-76. dic. Tab. (LMACS abstract)
- Lliva, J., Ruiz, L., Postigo, H.E., Macalister, A. (1987). *El problema creciente de las enfermedades no transmisibles, un desafío para los países de las Américas*. *Bol. Of. Sanit. Panam;* 103: 433. Citado por Vázquez, R.M., Escobedo, P.J.(1990). *Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987)*. *Rev. Med. IMSS (Méx.)*, 28:187.
- Love, W.A., Montgomery, D.D. y Mosler, T.A.(1974). *Working paper, No. 1, Nova University, Ft. Lauderdale*.
- Lowenstain, T.J., (1977). *Multimediality feedback and relaxation training in desensitization of one client*. *Biofeedback and Self-Regulation*, 2, 314-315. (abstract).
- Lubertsky, J.P. (1982). *Behavioral versus pharmacological treatments for essential hypertension- a needed comparison*. *Psychosomatic Medicine*, 44, 203-213.
- Luna, F. *Análisis de la situación epidemiológica de la diabetes mellitus (1971-1976)*. *Rev. Rec. Med. Mex.* p. 24-32.
- Lustman, P., Carney, R. y Amedo, H. (1981). *Acute Stress and Metabolism in Diabetes*. *Diabetes Care*, Vol. 4, No. 6. Nov. Dic. p. 658-69.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse, R.E. (1988). *Depression in Adults with diabetes. Results of 6-yrs. Follow-up study*. *Diabetes Care*. Sep. Vol. 11, No. 9.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse, R.E., Cryer, P.E. (1988). *Psychiatric illness in diabetes mellitus: relationship to symptoms and glucose control*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 174: 736-42. Citado por Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse, R.E. (1988). *Depression in adults with diabetes. Results of 6-yrs. Follow-up study*. *Diabetes Care*. Sep. Vol. 11, No. 9.
- Maragliá, G. (1987). *Diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular: prevalencia y riesgo del infarto del miocardio y la hipertensión arterial en la diabetes mellitus*. *Rev. Fund. José María Vargas*; 11(3): 67-73. dic. (MEDLINE abstract)
- Martínez, R., Tobel, J., Cordero, F., Pérez, M., Burucos, J. (1983). *Estudio Ergométrico en la hipertensión y diabetes*. *Análisis sobre 1289 pacientes*. *Medicina (B. Aires)*; 43 (6/1): 605-11. (LMACS abstract).
- Martin, R.P. y Mathews M.A. (1978). *Tension headaches: Psychophysiological investigation and treatment*. *Journal of Psychosomatics Research*. Vol. 22, p. 389-99.
- Maser, J. D., y Seligman, M. E. P. (1977) *Modelos experimentales en psicopatología*, Ed. Alhambra, Madrid, 1983. Citado por Valdés, M. y Flores, t. 1985.
- Mason, J. W., (1968). *"A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenal cortical systems"*, en *Psychosomatic Medicine*, 30, 676. Citado por Valdés, M. y Flores, T., 1985.
- Matarazzo, J.D.(1980). *Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health a psychology*. *American Psychologist*, 35, 807-817.

May, D.S. y Weber, C.A. (1976). Temperature feedback training for symptom reduction in primary and secondary Raynaud's disease. *Biofeedback and Self-Regulation*, 1, 371. (abstract).

Mc Gedy, A., Gerstenmeier, L. (1990). Effect of biofeedback assisted relaxation training on blood glucose levels in type I insulin dependent diabetic. A case report. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, Mar; 21(1); p. 69-76.

Mokhles, R.E., Ehlman, W.J., Montgomery, P.S. Y Barnes, R.H. (1974). The treatment of headache by means of electroencephalographic biofeedback. *Headache*, 13, 164-172.

Molchenbaum, D. (1978). Toward a cognitive theory of the self-control. In G. Schwartz and D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation: Advances in research*. New York: Plenum, Press. Citado por Kremadorf, R.B. (1981). *Cognitive Skills Training versus EMG Biofeedback in the treatment of Tension Headaches Biofeedback and Self-Regulation*. Vol. 6, No. 1.

Molla, F., García de los Ríos, M., Covarrubias, A. (1983). Prevalencia de la Diabetes Mellitus. Una experiencia en grandes ciudades. *Bolet. Of. Sanit. Panam*: 84:169-168. Citado por García de Alba, J., González, R.J., Pardo, C.R. (1989). Algunos aspectos clínicos epidemiológicos de la diabetes mellitus. *Salud Pública de México*. Sep-Oct. Vol. 31, No. 6. 669-73.

Mondés, E. (1984) Diabetes transitoria del lactante. *Pediatría (Santiago de Chile)*; 27(1/2): 17-9. (LEACS abstract).

Menninger W.C. (1935). The inter-relation of mental disorders and diabetes mellitus. *Journal of Mental Science*, 81, 322-57 (a). Citado por Surwit, S.R., Feinglos, N.M., Scovorn, W.A. (1983). *Diabetes and Behavior. A paradigm for Health Psychology*. *American Psychologist*. March, 255-262.

Menninger, W.C. (1935). Psychological factors in the etiology of diabetes mellitus. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 81, 1-13 (b). Citado por Surwit, S.R., Feinglos, N.M., Scovorn, W.A. (1983). *Diabetes and Behavior. A paradigm for Health Psychology*. *American Psychologist* March, 255-262.

Meneses A. (1986). Diabetes y esteroides. *Bolet. Hosp. San Juan de Dios*: 33(3): 162-7, mayo-junio.

Meyerhoff, J.L., Oshanak, M.A., y Meugay, E.H. (1988). Psychologic stress increases Plasma Levels of Prolactin, Cortisol, and POMC-Derived Peptides in Man. *Psychosomatic Medicine*, 50(2):296-303.

Miller, N.E. (1980) A perspective on the effects of stress and coping on disease and health. In S. Levine y H. Ursin (Eds). *Coping and health (NATO Conference Series B: Human factors)*. New York: Plenum.

Miller, E.N. (1978). *Biofeedback and Visceral Learning*. *Ann. Rev. Psychol.*, 29, 373-404.

Miller, N.E. (1969). *Learning of Visceral and Glandular Responses*. *Science* Vol. 163,

Mitch, P.S., McGedy, A. e Irmone, A. 1978). Autogenic feedback training in migraine. A treatment report. *Headache*, 9, 267-270.

Mitchell K.R., White R.G. (1976). Self-management of tension headaches: A case study. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 7, 387-389.

Moncada, L. (1984). *Educar en la diabetes. Guía para educadores*. Ed. Científico-Médica. España. 203 pp.

Moran, G. y Fenagy, P. (1987). Psychoanalysis and diabetic control: A single-case study. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 357-372.

Morrill, E. y Hollandsworth, J. (1986). Norepinephrine Alterations Under Stress Conditions Following the Regular Practice of Meditation. *Psychosomatic Medicine*. Vol 48, No. 3-4, (Mar-Abril). p. 270-277.

Nelson, R.G., Everhart, J.E., Knowler, B. (1988). Incidence, prevalence and risk factors for non-insulin-dependent Diabetes Mellitus. *Primary Care*: 15:227. Citado por Vázquez R.M., Escobedo, P.J. (1990). Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social. (1979-1987). *Rev. Med. ISSS (Méx.)*, 28: 157.

Newman J., Eggert P. (1989). End-Stage Renal Disease Attributed to Diabetes. *Diabetes*, Vol. 38, Sup. 2.

Nigl, A. y Jackson, B. (1980). EMG biofeedback and relaxation as an adjunctive treatment modalities for acute subdiplopia. *Biofeedback and Self-Regulation*, 5, 381-382. (abstract).

Office Guide to Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and Other Categories of Glucose Intolerance. (1990) Diabetes Care, Vol. 13, Suppl. 1, January 3-4.

Ortiz, M.M. y Williams, R.E. (1982). Biofeedback-induced relaxation training as an alternative for the elementary school learning-disabled child. Biofeedback and Self-Regulation, 7, 139-148.

O.M.S. (1985) Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. DIABETES MELLITUS. Organización Mundial de la salud. Serie de Informes Técnicos. España. 125 pp.

O.M.S. (1989) Comité de expertos de la OMS en Diabetes Sacarina. Segundo Informe. Ginebra. OMS 1989. Citado por García del Alba, et al. Algunos aspectos clínicos epidemiológicos de la diabetes mellitus. Salud Pública de México. Sep-Oct, Vol. 31. No. 6. 669-673.

Palacios, P. (1991) El Perfil multimodal del paciente cefaláico. México. (en prensa).

Patel, C. (1973) Yoga and biofeedback in the management of hypertension. The Lancet, 2, 1063-1065.

Patel, C. (1975). Twelve-month follow-up of yoga and biofeedback in the management of hypertension. The Lancet, 1, 83-85.

Patel, C., y Dacey, K.K. (1978). Relaxation and biofeedback techniques in the management of hypertension. Angiology, 27, 106-113.

Patel, C. y North, W.R.S. (1976) Randomized controlled trial of yoga and biofeedback in management of hypertension. The Lancet, 2, 93-95.

Pearce, B.A., Walters, E.D. y Sargent, J.D. (1976) Exploratory observations of the use of an intensive autogenic biofeedback training procedure in a follow-up study of out-of-town patients having migraine and tension headaches. Proceedings of the Biofeedback Research Society Sixth Annual Meeting, 53.

Pepor, E. y Grossman, E.R. (1974). Thermal biofeedback training in children with headache, Fifth Annual Meeting of the Biofeedback Research Society.

Pérez C.A. (1990) Heredity versus environmental in diabetes mellitus. LILACAS (séptima ed. Junio) (abstract).

Peronnet, F., Blier, P., Brisson, G., Diamond, P., Ledoux, M. y Volle, M. (1986) Plasma Catecholamines at Rest and Exercise in Subjects with High and Low Trait Anxiety. Psychosomatic Medicine. Vol. 48, No. 1/2 (Enero/Feb): p. 62-67.

Pettingale, W., Watson, M., Bhakri, H., Jones, H. y Tee, D. (1989) Changes in hormonal, immunological and autonomic measures during the performance of a laboratory "stress" task. Stress Medicine, Vol. 5: 9-15.

Peyrot, M. y Rubin, R. (1989) Determinants of Depression among Diabetic Adults. Diabetes, Vol. 38, Sup. 2.

Pickering, T.G., Marshfield, G.A., Kleinert, H. D., Blank, S. y Laregh, J.H. (1982) Blood Pressure During Normal Daily Activities, Sleep, and Exercise: Comparison of Values in Normal and Hypertensive subjects. JAMA, Febrero 19, Vol 247, No. 7, 992-998.

Pogáts, G. (1986) ¿Es la glibenclamida la única sulfonilurea hipoglucemiante que no es arritmógena en pacientes digitalizados? Diabetes News, 4, p. 1-2.

Pogáts, G., Dubecz, E. (1977) The direct effect of hypoglycaemic sulphonylureas on myocardial contractile force and arterial blood pressure. Diabetologia, 13:515.

Polaino-Lorente, A. (1984) Depresión. Actualización psicológica de un problema clínico, Ed. Alhambra, Madrid.

Pomerleau, O.F., y Brady, J.P. (1979) Behavioral Medicine. Theory and Practice, Williams and Wilkins, Baltimore. Citado por Valdés, M. y Flores, T. 1985.

Qualls, P.J. y Sheehan, P.W. (1981) Electromyographic biofeedback as a relaxation technique. A critical appraisal and reassessment. Psychological Bulletin, 90, 21-24.

Ramos, R.B. (1989) Comparación de índices de depresión entre dos poblaciones: una con dolor de cabeza crónico y una sin dolor. UNAM ENEP-Zaragoza. México. Tesis de licenciatura.

- Raskin, M., Bale, R. y Peake, H.V. (1980) Muscle biofeedback and transcendental meditation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 93-97.
- Raven, G.M., Thompson, L.W., Nahum, D., Haskins, E. (1990) Relationship between hyperglycemia and cognitive function in older NIDDM patients. *Diabetes Care*. Enero Vol 13, No. 1.
- Reed, M. y Sealow, W. (1980). The effects of relaxation instructions and EMG biofeedback on test anxiety, general anxiety and locus de control. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 683-690.
- Reeves, J.L. y Meallas, W.L. (1976) Biofeedback-assisted, cue-controlled relaxation for the treatment of fight phobias. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 105-109.
- Reich, B.A. (1989) Non-invasive treatment of vascular and Muscular Contraction Headaches: A comparative longitudinal Clinical Study. *Headache Journal*. January, Vol. 29, No. 1.
- Reinking, R.H. (1978), Biofeedback as an adjunct to alcoholism treatment. *Biofeedback and Self-Regulation*, 3, 186-187.
- Rickles, W., Onde, L., Dayle, C. (1982). Biofeedback as an adjunct to psychotherapy. D.F. 8, S.R.
- Rivera, J.O. (1987) Interpretación clínica y psicodinámica del MMPI. Ed. Diana, México, 135 pp.
- Rodin, G., Vashart, K. (1986) Depression in the medically ill an overview. *Am. J. Psychiatry* 143:696-706. Citado por Lustman, P.I., Griffith, L.S. y Clous, R.E. (1988). Depression in Adults with diabetes. Results of 8-yr. Follow-up study. *Diabetes Care*, Sep. Vol. 11, No.9.
- Rodríguez, J.S., Arrieto, M.B., Morato, L.H., Armenta, A.B. (1989) Diabetes Mellitus in the Mexican Population: Epidemiologic Differences between Mexican Residents and Mexican-Americans. *Diabetes*, mayo, Vol. 38, Sup. 2. (abstract).
- Rojas M., Figueroa, C. y Palacios, P. (1987) Tratamiento no farmacológico del dolor de cabeza crónico. Trabajo presentado en el IX Congreso de la S.M.A.C. Puebla, Pue. Oct.
- Rogers, M.A., Yamamoto, Ch., King, D.S., Ehsani, A.A., y Holloszy, J.O. (1988). Improvement in Glucose Tolerance after 1 wk of Exercise in Patients With Mild NIDDM. *Diabetes Care*. Vol. 11, No. 8, sep. p. 613-618.
- Romero, B.E. (1989) Determinación de los valores de referencia de hemoglobina glicosada (HbA1) por dos métodos de laboratorio. UNAM ENEP-Zaragoza. México. (Tesis de licenciatura).
- Rowland, N.E., Bellush, L.L. (1989) Diabetes mellitus: stress, neurochemistry and behavior. *Neurosci. Biobehav. Rev.* Winter; 13(4); p. 199-206.
- Ruff, A. J. Diabetes Mellitus. *Medicina y Cultura*. Año 4, Vol. 4, Num. 12. Mayo/Junio. p. 28-30.
- Saper, A.T. (1984) Stress, cortisol, interferon and "stress" diseases. I Cortisol as the cause of "stress" diseases". *Med. hypotheses*. 13(1) Enero, 31-44.
- Sargent J.D., Green, E.E. y Walters, E.D. (1972) The use of autogenic feedback training in a pilot study of migraine and tension headache. *Headache*, 12, 120-125.
- Savold, F. Comments on A.P. (1982) Friedman's Report. *Advances in Neurology*. Vol 33.
- Schlavi C.R. and Hogan, B. (1979) Sexual problems in Diabetes Mellitus: Psychological Aspects. *Diabetes Care*. Enero-Febrero, Vol. 2, No. 1.
- Schuberg, H.C., Burns, B.J. (1988) Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic and treatments research directions. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 10:79-87. Citado por Lustman, P.I., Griffith, L.S. y Clous R.E. (1988) Depression in Adults with diabetes. Results of 8-yr. Follow-up study. *Diabetes Care*, Sep. Vol. 11, No. 9.
- Schwartz, G. E., y Weiss, S.M. (1978) Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249-251.
- Sedlack, K. (1978) EMG and thermal feedback as a treatment for Raynaud's disease. *Biofeedback and Self-Regulation*, 1, 318. (abstract).

- Seeburg, K. y De Beer, K. (1980) *Effects of EMG Biofeedback on Diabetes. Biofeedback and Self-Regulation*, Vol. 5, No. 2.
- Seligman, M. E. P. (1975). *La indefensión*, Ed. Debate, 1981.
- Seyla, H. (1985) "A syndrome produced by diverse noxious agents", *on Nature*, 1936, vol. 132, 32. Citado por Valdés, M. y Flores, T.
- Seyla, H. (1968) *The stress of the life*, Mac. Graw-Hill, Nueva York. Citado por Valdés, M. y Flores, T. 1985.
- Seyla H. (1982) "History and present status of the stress concept", *on Handbook of Stress*, L. Goldberger y S. Breznitz (eds.), Free Press. Citado por Valdés, M. y Flores, T., 1985.
- Shapiro D. (1988) *Hacia una medicina comportamental comprensiva. Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 20, No. 1; p. 27-43.
- Shapiro, A.K. y Merlie, L.A. (1978) *The placebo effect in medical and psychological therapies*. Citado por Garfield y A.E. Bering (Eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis* (2a. ed). N.Y.: Wiley.
- Shapiro, D. y Surwit, R.S. *Biofeedback in O.F: Pomerleau y J.P. Brady (Eds.)*. (1978) *Behavioral medicine: Theory and practice*. Baltimore, Md.: Williams y Wilkins.
- Shenemaker, J.E. y Tasto, D.L. (1975) *The effects of muscle relaxation on blood pressure of essential hypertensives. Behavioral Research and Therapy*, 12, 29-43.
- Skyler, J.S. (1981) *Psychological issues in diabetes. Diabetes Care*, 4, 656-657. Citado por Surwit, S.R., Feinglos, N.M., Scovern, W.A. (1983) *Diabetes and Behavior. A paradigm for Health Psychology. American Psychologist* Mar. 285-282.
- Sophia, S.E. y Whitney, P.S. (1978) *Biofeedback in the Treatment of Psychophysiological Disorders. Biofeedback and Self-Regulation*. Vol. 3, No.4.
- Spiegelberg, H.L. (1974) *Biological aspects of immunoglobulins of different classes and subclasses. Adv. Immunol.* 19, 259. Citado por Todd-Sanford. (1985) *Diagnostico y tratamiento clinico por el laboratorio. Salvat, España. Séptima ed. Tercer tomo*.
- Stephenson, N.L. (1976,a) *Two cases of successful treatment of Raynaud's disease with relaxation and biofeedback training and supportive psychotherapy. Biofeedback and Self-Regulation*. 1, 318 (abstract).
- Stone, R., y DeLoe, J. (1976) *Psychotherapeutic control of hypertension. New England Journal of Medicine*, 294, 80-84.
- Surewitz, F.G. Brighwell, D.R. Waitz, W.D., Othmer, E. (1978): *Cancer, emotions and mental illness. Am. J. Psychiat.* 133: 1306-1309. Citado por Vogel, W.M. (1985) *Coping, Stress, Stressors and Health Consequences. Neuropsychobiology* 13:129-135.
- Surwit, S. R. (1983) *The effects of relaxation in glucose tolerance in non-insulin-dependent diabetes. Diabetes Care*, Marzo-Abril, Vol. 6, No. 2.
- Surwit, S.R., Feinglos, N.M., Scovern W.A. (1983) *Diabetes and Behavior. A paradigm for Health Psychology. American Psychologist* Mar. 285-282.
- Surwit, R.S., Mc Cubbin, J.A., Kuhn, C.M., Cochran, C., Feinglos, M.N. (1989) *Differential glycemic effects of morphine in diabetic and normal mice. Metabolism*. 38(3) Mar. p. 282-5.
- Surwit, R., Mc Cubbin, J., Kuhn, C., Mc Gee, D., Gerstenfeld, D., Feinglos, M. (1986) *Alprazolam Reduces Stress Hyperglycemia in OB-OB Mice Psychosomatic Medicine* Vol.48, No. 3-4.
- Surwit, R.S., Pfien, R.H. y Kenton, C.H. (1978) *Behavioral treatment of Raynaud's disease. Journal of Behavioral Medicine*, 1, 323-335.
- Surwit, R.S., Rees, S. L., Mccaskill, C.C. y Feinglos, M.N. (1989) *Does Relaxation therapy add to conventional treatment of diabetes mellitus? Diabetes*, Vol. 38, Sup. 2.

- Surwit, R.S., Scovern, A. y Feinglos, M. (1982) *The Role of Behavior in Diabetes Care*. *Diabetes Care*, Vol. 5, No.3, Mayo-Junio.
- Surwit, R.S. y Shapiro D. (1977) *Biofeedback and meditation in the treatment of borderline hypertension*. J. Beatty (Ed.) *Biofeedback and behavior: A NATO symposium*. New York: Plenum.
- Surwit, R.S., Shapiro, D. y Feld, J.L. (1978) *Digital temperature autoregulation and associated cardiovascular changes*. *Psychophysiology*, 13, 242-248.
- Surwit, R.S., Shapiro, D. y Good, M.I. (1978) *Comparison of cardiovascular feedback, neuromuscular feedback, and medication in the treatment of borderline essential hypertension*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 252-263.
- Sabo-Kallal, K., Gyiama, A., Luanyf, J. (1990) *Role of emotional factors in diabetes*. *Acta Diabetol. Lat.*, 27(1), Enero-Marzo, p.23-8. (abstract MEDLINE).
- Tasto D., Hinkle J., (1973). *Muscle relaxation treatment for tension headaches*. *Behav. Res. Ther*, 11, 347-348.
- Taylor, C.B., Fargher, J.W. y Nelson, E. (1977) *The effects of relaxation therapy upon high blood pressure*. *Archives of General Psychiatry*, 34, 339-342. Citado por Goldstein, A.P., Kanfer, F.H. (1981) *Generalización y transfer en psicoterapia*. Bilbao Ed. Descle de Brouwer S.A. 455 pp.
- Thercher, et al. (1979) *Behavioral intervention with Musculo-Contraction Headache; A Review*. *Psicoanálisis Médico*, Marzo, Vol. 6, No. 2.
- Tighe, C.I., Simion, P., Costes, M., Chata, M., y Miracu, L. (1987) *The significance of stress in the etiopathogenesis of Type 2 Diabetes Mellitus*. *Stress Medicine*, Vol. 3:277-284.
- Tosé-Sanford. (1985) *Diagnóstico y tratamiento clínico por el hiperestero. Salvat, España, séptimo ed. T. II*.
- Torres F. J., Bahrón G. F. (1988) *La Psicología de la Salud: campos y aplicaciones*. Centro de Estudios Psicológicos. Universidad Veracruzana, Xalapa, México. 78 pp.
- Tschedel, B. (1989) *Aspectos epidemiológicos de la diabetes mellitus: Parte II. Datos del autor. (I.B.A.C.S abstract)*.
- Turket, I.D. (1982) *Glycosylated hemoglobin levels in endous and nonendous diabetic patients*. *Psicoanálisis Médico*, Oct. Vol. 23 No. 10.
- U.A.M.: (1984). *Introducción a la medicina social y a la salud pública*. Ed. Terra Nova. México. 112 pp.
- Urain, H. (1980) *Personality, activation and somatic health*. In S. Levine de H. Urain (Eds.) *Coping and health (NATO Conference Series III Human factors)*. New York: Plenum.
- Valdés, M. y Flores, T. (1985) *Psicobiología del estrés. (Conceptos y estrategias de investigación)*. Martínez Roca, España, 180 pp.
- Valdés, M. et al. (1983) *La enfermedad psicósomática. Modelos y teorías específicas. Medicina Psicosomática. Bases psicológicas y fisiológicas*, Ed. Trilce, México. Citado por Valdés, M. y Flores, T. 1985.
- Vander, s. et al. (1983) *Fisiología Humana*, Ed. Mc. Grow-Hill. México. 468 pp.
- Vazquez, R.M., Escobedo, P.J. (1990) *Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987)* *Rev. Med. IMSS (Méx)*. 28:167.
- Villalpando, S., Hernández, I., Esquivel, S., Ramos, L., Barrón, C., Pérez, E., Ramos, R. (1984) *Growth and Body Composition measured by antropometry in healthy and diabetic children*. *Rev. Invest. Clín. (MEX)*: 36:321-326.
- Vogel, W.H. (1985) *Coping, Stress, stressors and Health Consequences*. *Neuropsychobiology* 13:129-135.
- Wales, J.K., Grant, A.M., Wolff, F.W. (1971) *The effect of tolbutamide on blood pressure*. *J. Pharmacol. Exp.* 197B:130.
- Wallace, R.K., Benson, J., y Wilson, A.F. (1985) *A wakeful hypometabolic physiologic state*. *American Journal of Physiology*, 241, 796-799.

- Warner G, Lance J. (1976). *Relaxation therapy in migraine and chronic headache. Med. J. Aust., 1, 296-301.*
- Wechsler, R. (1987). *La Diabetes: hallazgos revolucionarios. Gaceta Médica Vol. 11 No. 5, mayo, 438-445.*
- Weiss, J. M. (1972). *Factores psicofisiológicos de la tensión y la enfermedad. Psicología Fisiológica, R.F. Thompson (ed.), Ed. Blume, 1978.*
- Wilder, D.S. (1978). *An exploratory study of child migraine using thermal biofeedback as a treatment alternative. Proceedings of the Biofeedback Society of America Ninth Annual Meeting.*
- Wolfrumsookers, I. (1973,b). *The application of verbal instructions and EMG feedback training to the management of tension headache: Preliminary observations. Headache, 13, 74-78.*
- Wolf, C.T., Friedman, S. B., Hofer, M.A. et al. (1984) *Relationship between psychological defenses and mean urinary 17-OHCS excretion rate. Psychosomatic Medicine, 26, 576. Citado por Valdez, M y Flores, T. 1985.*
- Wolpe, J., (1988) *Práctica de la terapia de la conducta. Ed. Trilce México, 360 pp.*
- Woo, E., Mo J. Y., Robinson, Yu. V.T. (1988). *Hyperglycemia is a stress response in acute stroke. Nev., 19 (11), 369-384. (abstract).*
- Wrener, O.R., Wallace, R. K., Charles, B., Jansen, G., Stryker, T., Chalmers, R.S. (1986). *Long-Term Endocrinologic Changes in Subjects Practicing the Transcendental Meditation and T.M-Siddhi Program. Psychosomatic Medicine Vol. 48, No. 1/2 (Ene/Feb), p. 59-66.*
- Wyttke, W., Duker, E., Veupel, R. y Jerry H. (1987). *The neuroendocrinology of stress. Stress Medicine, Vol. 3:217-225.*
- Yates, A.J. (1980). *Biofeedback and Modification of Behavior. New York, Plenum Press.*

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

ANEXOS



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA U.N.A.M.



INVENTARIO DE TEMORES

PROGRAMA DE CLINICA II

A continuación encontrará una serie de cosas y experiencias que pueden causar miedo y otras sensaciones desagradables. Imagínesse frente a cada una de esas situaciones y coloque el número de cada reactivo en alguna de las 5 columnas de la derecha: LA QUE MEJOR DESCRIBA QUE TANTO LE PERTURBA DICHA SITUACION EN SU VIDA ACTUAL.

	1	2	3	4	5
1.- Ruido de aspiradoras.					
2.- Héridas abiertas.					
3.- Estar solo (a)					
4.- Estar en un lugar extraño.					
5.- Voces altas.					
6.- Personas muertas.					
7.- Hablar en público.					
8.- Cruzar las calles.					
9.- Gente que parece loca.					
10.- Caer.					
11.- Automóviles.					
12.- Ser embromado o importunado.					
13.- Dentistas.					
14.- Truenos.					
15.- Sirenas.					
16.- Fracaso.					
17.- Entrar en un lugar donde otros están sentados.					
18.- Lugares altos.					
19.- Mirar hacia abajo, desde edificios altos.					
20.- Gusanos.					
21.- Criaturas imaginarias.					

58.- Sangre de animales.					
59.- Partida de amigos.					
60.- Lugares cerrados.					
61.- Perspectiva de ser operado.					
62.- Sentirse rechazado por otros.					
63.- Aviones.					
64.- Olores a medicina.					
65.- Sentirse desaprobado.					
66.- Serpientes inofensivas.					
67.- Conenterios.					
68.- Ser ignorado.					
69.- Oscuridad.					
70.- Perderse el ritmo cardíaco.					
71.- Hombre desnudo.					
72.- Mujer desnuda.					
73.- Relámpago.					
74.- Médicos.					
75.- Personas deformes.					
76.- Cometer errores.					
77.- Parecer bobo.					
78.- Tener náuseas.					
79.- Perder el control.					
80.- Desmayarse.					
81.- Arañas.					
82.- Ser responsabilizado para tomar desiciones.					
83.- Vista de cuchillos y objetos cortantes.					
84.- Convertirse en enfermo mental.					
85.- Estar con un hombre.					
86.- Estar con una mujer.					
87.- Presentar exámenes escritos.					
88.- Ser tocado por otros.					
89.- Sentirse diferente a otros.					
90.- Silencios en la conversación.					

Nombre del Paciente: _____

Puntuación: _____

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y COLS.

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de Depresión. Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

A. ESTADO DE ANIMO

0. No me siento triste.
1. Me siento triste o melancólico.
 - 2a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 - 2b. Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso.
 3. Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo.
-

R. PESIMISMO

0. No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro.
1. Me siento desalentado con respecto al futuro.
 - 2a. Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro.
 - 2b. Siento que nunca podré salir de mis problemas.
 3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
-

C. SENTIMIENTO DE FRACASO

0. No me siento fracasado.
1. Siento que he fracasado más que la persona promedio.
 - 2a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
 - 2b. Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, sólo encuentro una serie de fracasos.
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona.
-

D. FALTA DE SATISFACCION

0. No estoy particularmente insatisfecho.
- 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
 - 1b. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.
 2. Nunca volveré a obtener satisfacción de nada.
 3. Estoy insatisfecho con todo.
-

E. SENTIMIENTO DE CULPA

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo.
 - 2a. Me siento bastante culpable.
 - 2b. Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo.
 3. Me siento como si fuera muy malo o despreciable.
-

F. SENTIMIENTO DE CASTIGO

0. No siento que me merezca castigo.
1. Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme.

2. Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado
3a Siento que merezco ser castigado.
3b. Quiero ser castigado.
-

G. ODIO A SI MISMO

0. No me siento desilusionado de mí mismo.
1a. Me siento desilusionado de mí mismo.
1b. No me gusta a mí mismo.
2. Estoy disgustado conmigo mismo.
3. Me odio a mí mismo.
-

H. AUTOACUSACIONES

0. No siento que yo sea peor que las demás personas
1a. Me critico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores.
2a. Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal.
2b. Siento que tengo muchos defectos.
3. Siento que no sirvo para nada
-

I. DESEOS AUTOPUNITIVOS.

0. No tengo ninguna intención de dañarme.
1. Me pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo.
2a. Pienso que estaría mejor muerto.
2b. Tengo planes definidos para cometer suicidio.
2c. Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera.
3. Me mataría a mí mismo si pudiera.
-

J. BROTOS DE LLANTO.

0. No lloro más que lo usual.
1. Ahora lloro más que lo que acostumbraba.
2. Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme.
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.
-

K. IRRITABILIDAD

0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho.
1. Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes.
2. Me irrito todo el tiempo.
3. Las cosas que usualmente me irritaban ya no consiguen hacerlo ahora.
-

L. AISLAMIENTO SOCIAL

0. No he perdido interés en otras personas.
1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual.
2. He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que le suceda.
3. He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase.
-

M. INDECISION

0. Tomo decisiones tan bien como antes.
1. Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar

- decisiones.
2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
 3. En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión.
-

N. IMAGEN CORPORAL

0. No siento que me vea peor ahora que antes.
 1. Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo.
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo.
 3. Siento que soy feo o repulsivo a la vista.
-

O. INHIBICION DEL TRABAJO

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - 1a. Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo.
 - 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
 2. Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo.
 3. De plano no puedo hacer nada.
-

P. PERTURBACIONES DEL SUEÑO

0. Puedo dormir tan bien como antes.
 1. Ahora despierto más cansado que antes.
 2. Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir.
 3. No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente.
-

Q. FATIGABILIDAD

0. No me canso más que lo usual.
 1. Me canso más fácilmente que antes.
 2. Me cansa hacer algo.
 3. Estoy muy cansado como para hacer algo.
-

R. PERDIDA DE APETITO

0. Mi apetito es peor que lo usual.
 1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
 2. Mi apetito es mucho peor ahora.
 3. No tengo apetito de nada.
-

S. PERDIDA DE PESO

0. No he perdido mucho peso o ninguno ultimamente.
 1. He perdido más de tres kilos.
 2. He perdido más de cinco kilos.
 3. He perdido más de siete kilos.
-

T. PREOCUPACION SOMATICA

0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual.
 1. Me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable.
 2. Estoy tan preocupado por como o que siento que no puedo hacer nada.
 3. Estoy completamente absorto en lo que siento.
-

U. PERDIDA DE LIBIDO

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo ahora.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
3. He perdido el interés en el sexo por completo.

**INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD
DE GAMBRILL Y RICHLEY.**

Mucha gente tienen dificultad para manejar situaciones en las que la conducta asertiva es necesaria por ejemplo, cuando alguien tiene que rechazar una petición, hacer a otro un cumplido, expresar aprobación o desaprobación, etc.

Por favor, indique su grado de incomodidad o ansiedad en el espacio que hay ANTES de cada situación, utilizando la siguiente escala.

- 1 = NINGUNA INCOMODIDAD
- 2 = UN POCO DE INCOMODIDAD
- 3 = REGULAR INCOMODIDAD
- 4 = MUCHA INCOMODIDAD
- 5 = DEMASIADA INCOMODIDAD

Muy bien. Ahora que ha terminado esta primera parte, lea la lista de situaciones por segunda vez y, DESPUES de cada situación, indique la probabilidad de que ejecute la conducta si llega a presentarse realmente en su vida la oportunidad, así como la probabilidad con que ha respondido si tales situaciones ya han ocurrido. Por ejemplo: si Ud. rara vez se excusa cuando se equivoca, debe marcar un "cuatro" (4) después de esa situación (columna de la derecha). Utilice la escala siguiente:

- 1 = Significa "Siempre lo hago"
- 2 = Significa "Usualmente lo hago"
- 3 = Significa "Lo hago la mitad de las veces"
- 4 = Significa "De vez en cuando lo hago"
- 5 = Significa "Nunca lo hago"

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD
DE GAMBRILL Y REICHLY.

Grado de incomodidad		Situación	Probable respuesta.	
C	E		C	E
—		1R. <u>Rechazar</u> la petición de prestar su automóvil (suponiendo que lo tuviera).	—	
—		2A. Elogiar a un amigo	—	
—	—	3R. <u>Decir no</u> a un vendedor insistente.	—	—
—	—	4A. Pedir un favor a alguien	—	—
—	—	5R. Rechazar una invitación a una reunión.	—	—
—	—	6A. Disculparse cuando se está en un error.	—	—
—	—	7R. Pedir comprensión cuando se tiene miedo.	—	—
—	—	8R. Decirle a un conocido íntimo que ha dicho algo que a Ud. le molesta.	—	—
—	—	9A. Preguntar al tener una duda	—	—
—	—	10A. Admitir ignorancia en alguna área.	—	—
—	—	11R. Rechazar una petición para prestar dinero (suponiendo que lo tuviera).	—	—
—	—	12A. Preguntar cosas íntimas.	—	—
—	—	13R. Callar a un amigo hablantín.	—	—
—	—	14A. Pedir una crítica constructiva.	—	—
—	—	15A. Iniciar una conversación con extraños.	—	—
—	—	16A. Elogiar a una persona que a Ud. le interesa sentimentalmente	—	—
—	—	17A. Pedir una reunión o una cita con alguien.	—	—
—	—	18A. Si una petición inicial suya es rechazada volver a pedir.	—	—
—	—	19A. Aceptar y pedir la aclaración sobre algo que no ha entendido.	—	—
—	—	20A. Solicitar un empleo.	—	—
—	—	21A. Preguntar si ha ofendido a alguien.	—	—
—	—	22A. Decirle a una persona lo que Ud. necesita de ella.	—	—
—	—	23R. Pedir el servicio esperado cuando éste no llega.	—	—

Grado de incomodidad		Situación	Probable respuesta.	
<u>C</u>	<u>E</u>		<u>C</u>	<u>E</u>
—	—	24R. Discutir abiertamente las críticas que le hagan a su conducta.	—	—
—	—	25R. Rechazar cosas defectuosas en tiendas, etc.	—	—
—	—	26A. Expresar su desacuerdo con quien se habla.	—	—
—	—	27R. <u>Rechazar</u> insinuaciones sexuales cuando no se está interesado	—	—
—	—	28R. Decirle a una persona lo injusta que ha sido.	—	—
—	—	29A. Aceptar una cita.	—	—
—	—	30A. Dar a alguien buenas noticias sobre Ud.	—	—
—	—	31R. Rechazar la insistencia para beber.	—	—
—	—	32R. Resistir una petición injusta de alguien a quien ud. estima.	—	—
—	—	33R. Dejar un trabajo.	—	—
—	—	34R. Resistir la insistencia para cambiar su opinión.	—	—
—	—	35R. Discutir francamente las críticas que le hagan a su trabajo.	—	—
—	—	36A. Solicitar el regreso de cosas que prestó.	—	—
—	—	37A. Aceptar cumplidos y elogios.	—	—
—	—	38R. Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo.	—	—
—	—	39R. Decir a un amigo o compañero de trabajo que ha heco o dicho algo que a Ud. le molestó.	—	—
—	—	40R. Pedir a una persona que le molesta en una situación pública, que deje de hacerlo.	—	—

Aproximación Social Respuestas de: o Peticiones.		Respuestas de Rechazo o protectoras	
Extranos y relaciones situacionales	1	2	3
	4 6 10 14 15 17 18 9	5 7 11 23 24 25 27	4
	19 20 21 22 26 29 36	28 31 33 34 35 38 40	5
	37		6
	/16	/15	
	— %	— %	— %
	i —		i —
	r —		r —
			—
Amigos o Relaciones Intimas	2 4 6 9 10 12 14 16	1 3 5 7 8 11 13 24 27	7
	17 18 19 20 21 22 26	28 31 32 33 34 35 38	8
	29 30 36 37	39 40	9
	-		10
	/19	/18	
	—	—	— %
	i —		i —
	r —		r —
	— %		— %

Interacción entre Respuestas Asertivas y diversos niveles de Relación.

/10 A — %

/10 R — %

T — %

P /60 %

r /60 %

INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES

Este inventario pretende investigar la manera en que Ud. piensa y siente acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales Ud. puede estar de acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación hallará los números del 1 al 5. Deberá tachar aquél número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones. La equivalencia de los números con respecto a cada aseveración es la siguiente:

1. Significa COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
2. Significa MODERADAMENTE EN DESACUERDO
- * 3. Significa NI ACUERDO NI DESACUERDO
4. Significa MODERADAMENTE DE ACUERDO
5. Significa TOTALMENTE DE ACUERDO.

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como REALMENTE SIENTA acerca de la afirmación y no como Ud. cree que DEBERÍA SENTIR. Trate de evitar las respuestas con -- número 3, o neutrales, lo más que le sea posible.

- | | |
|--|-----------|
| 1. Es importante para mi que otros me aprueben | 1 2 3 4 5 |
| 2. Odio fracasar en algo | 1 2 3 4 5 |
| 3. La gente que comete errores merece lo que le pasa | 1 2 3 4 5 |
| 4. Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede | 1 2 3 4 5 |
| 5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia | 1 2 3 4 5 |
| 6. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan | 1 2 3 4 5 |
| 7. Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes | 1 2 3 4 5 |
| 9. Todos necesitan depender de alguien para pedirle ayuda y consejo | 1 2 3 4 5 |
| 9. " El que nace para maceta, del corredor no pasa" | 1 2 3 4 5 |
| 10. Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa | 1 2 3 4 5 |
| 11. Me gusta que me respeten, pero no me es necesario | 1 2 3 4 5 |
| 12. Evito cosas que no puedo hacer bien | 1 2 3 4 5 |
| 13. Muchas personas malvadas escapan del castigo que merecen | 1 2 3 4 5 |
| 14. Las frustraciones me molestan | 1 2 3 4 5 |
| 15. Las personas no se perturban por las situaciones, sino por lo que piensan de ellas | 1 2 3 4 5 |
| 16. Siento muy poca ansiedad por "lo que pudiera ocurrir" de peligroso o inesperado | 1 2 3 4 5 |
| 17. Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se me presentan | 1 2 3 4 5 |

- | | |
|--|-----------|
| 18. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes | 1 2 3 4 5 |
| 19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado | 1 2 3 4 5 |
| 20. Hay solución perfecta para algo | 1 2 3 4 5 |
| 21. Quiero que todos me estimen | 1 2 3 4 5 |
| 22. pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo | 1 2 3 4 5 |
| 23. Los que se equivocan merecen ser censurados | 1 2 3 4 5 |
| 24. Las cosas deberían ser mejores de como son | 1 2 3 4 5 |
| 25. Yo cause mis propios estados de ánimo | 1 2 3 4 5 |
| 26. puedo olvidarme de mis preocupaciones | 1 2 3 4 5 |
| 27. Evito enfrentar mis problemas | 1 2 3 4 5 |
| 28. La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma | 1 2 3 4 5 |
| 29. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro | 1 2 3 4 5 |
| 30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida | 1 2 3 4 5 |
| 31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo estén | 1 2 3 4 5 |
| 32. Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario | 1 2 3 4 5 |
| 33. La inmoralidad debe ser fuertemente castigada | 1 2 3 4 5 |
| 34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan | 1 2 3 4 5 |
| 35. Las gentes miserables se han hecho miserables a sí mismas | 1 2 3 4 5 |
| 36. Si no puedo impedir que algo suceda no me preocupo por eso | 1 2 3 4 5 |
| 37. Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo | 1 2 3 4 5 |
| 38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho | 1 2 3 4 5 |
| 39. La gente sobrevalora la influencia del pasado | 1 2 3 4 5 |
| 40. Siempre tendremos algunos problemas | 1 2 3 4 5 |
| 41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo no mío | 1 2 3 4 5 |
| 42. Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago | 1 2 3 4 5 |
| 43. Rara vez culpo a la gente por sus errores | 1 2 3 4 5 |
| 44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten | 1 2 3 4 5 |
| 45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así | 1 2 3 4 5 |

46. No puedo tolerar el probar fortuna	1 2 3 4 5
47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras	1 2 3 4 5
48. Me gusta sostenerme en mis propios pies	1 2 3 4 5
49. Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser	1 2 3 4 5
50. Cada problema tiene una solución perfecta	1 2 3 4 5
51. Encuentro difícil estar en contra de lo que otros piensan	1 2 3 4 5
52. Soy feliz en algunas actividades porque me gustan, sin importarme si soy bueno en ellas	1 2 3 4 5
53. El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena	1 2 3 4 5
54. Si las cosas me molestan las ignoro	1 2 3 4 5
55. Mientras más problemas se tengan, menos feliz será uno	1 2 3 4 5
56. Rara vez me preocupo por el futuro	1 2 3 4 5
57. Rara vez abandono las cosas	1 2 3 4 5
58. Soy el único que puede realmente resolver mis problemas	1 2 3 4 5
59. Rara vez pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora	1 2 3 4 5
60. Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad	1 2 3 4 5
61. Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad para mí	1 2 3 4 5
62. Me molesta que otros sean mejores que yo en algo	1 2 3 4 5
63. Todos son prácticamente buenos	1 2 3 4 5
64. Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero, sin sentirme culpable por ello	1 2 3 4 5
65. Nada es en sí mismo molesto, la molestia depende de cómo se interprete el fenómeno	1 2 3 4 5
66. Me preocupa demasiado por las cosas futuras	1 2 3 4 5
67. Me es difícil hacer tareas desagradables	1 2 3 4 5
68. Me desagrada que otros tomen decisiones por mí	1 2 3 4 5
69. Somos esclavos de nuestra historia personal	1 2 3 4 5
70. Es raro hallar una solución perfecta para algo	1 2 3 4 5
71. A menudo me preocupo por qué tanto me aprueba o desaprueba la gente	1 2 3 4 5
72. Me molesta muchísimo cometer errores	1 2 3 4 5
73. Es injusto que " paguen justos por pecadores "	1 2 3 4 5
74. Me gusta el camino fácil de la vida	1 2 3 4 5

75. La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida 1 2 3 4 5
76. Algunas veces puedo eliminar mis temores 1 2 3 4 5
77. La vida fácil es muy rara vez recompensante 1 2 3 4 5
78. Es fácil buscar consejo 1 2 3 4 5
79. Si algo afectó tu vida alguna vez, siempre lo hará 1 2 3 4 5
80. Es mejor encontrar una solución práctica que una perfecta 1 2 3 4 5
81. Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente hacia mí 1 2 3 4 5
82. Frecuentemente me irrito por pequeñeces 1 2 3 4 5
83. Con frecuencia doy a quien se equivoca una segunda oportunidad 1 2 3 4 5
84. Me disgusta la responsabilidad 1 2 3 4 5
85. hay razón para permanecer acongojado por mucho tiempo 1 2 3 4 5
86. Casi pienso en las cosas como la muerte o la guerra atómica 1 2 3 4 5
87. Las personas son más felices cuando se enfrentan a desafíos o problemas a vencer 1 2 3 4 5
88. Me disgusta tener que depender de alguien 1 2 3 4 5
89. En el fondo, la gente nunca cambia 1 2 3 4 5
90. Siento que debería manejar las cosas en forma correcta 1 2 3 4 5
91. Es molesto ser criticado pero no es catastrófico 1 2 3 4 5
92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien 1 2 3 4 5
93. Nadie es malo, aunque sus actos parezcan serlo 1 2 3 4 5
94. Rara vez me trastornan los errores de otros 1 2 3 4 5
95. El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo 1 2 3 4 5
96. Frecuentemente me descubro planeando lo que haré en ciertas situaciones de peligro 1 2 3 4 5
97. Si algo es necesario, lo hago, por muy poco placentero que resulte 1 2 3 4 5
98. He aprendido a no esperar que algún otro esté muy interesado en mi bienestar 1 2 3 4 5
99. Yo no miro al pasado con remordimientos 1 2 3 4 5
100. No hay nada mejor a un conjunto ideal de circunstancias 1 2 3 4 5

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

CASI NUNCA
ALGUNAS VECES
FRECUENTEMENTE
CASI SIEMPRE

21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Inventario de Autoevaluación
por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HISTORIA CLINICA MULTIMODAL

Fecha: _____

Num. expediente: _____

I. DATOS GENERALES:

1. Nombre: _____
2. Dirección: _____
Delegación: _____
3. Teléfono: (por el día) _____ (por la tarde) _____
4. Edad: _____ 5. Ocupación: _____
6. Sexo: _____ 7. Por quien fué referido: _____

8. Estado civil (encierra en un círculo):

- a) Soltero-a b) Separado-a c) Comprometido-a
d) Viudo-a e) Divorciado-a f) Casado-a
g) Unión libre h) ¿se ha vuelto a casar? _____, (cuántas veces? _____)

9. Tipo de vivienda:

- a) Adecuada (número de habitantes y servicios) SI NO
b) ¿Quiénes la habitan? _____

II. DESCRIPCION DE PROBLEMAS PRESENTES:

- a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas: _____

- b) Por favor, estime la severidad de su(s) problema(s) con base en la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste.

1. levemente inquietante 2. Moderadamente severo
3. Muy severo 4. Extremadamente severo
5. Totalmente incapacitante

- c) ¿Cuándo comenzaron sus problemas? (de fechas si es posible)

- d) ¿A qué atribuye sus problemas? _____

- e) Por favor describa algunos eventos importante que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas _____

- f) Indique de que manera ha intentado resolver sus problemas, señalando los resultados obtenidos _____

- g) ¿Ha estado en terapia alguna vez, o ha recibido alguna ayuda profesional para sus problemas? Si es así, por favor dé nombre, profesión, tratamiento y resultados _____

III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

- a) Fecha de nacimiento: _____
- b) Lugar de nacimiento: _____
- c) Hermanos: Número de hermanos _____ Edades _____
 Número de hermanas _____ Edades _____ (//)
- d) Padre: ¿Vive? _____ si es así su edad es _____
 su ocupación es _____
 su salud es _____
 ¿Murió? _____ si es así dé la edad que tenía él al morir _____ ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió? _____
- e) Madre: ¿Vive? _____ Si es así su edad es _____
 su ocupación es _____
 su salud es _____
 ¿Murió? _____ si es así dé la edad que tenía ella al morir _____ ¿qué edad tenía usted cuando su madre murió? _____
- f) Religión cuando era niño _____ De adulto _____
 Creyente/Practicante _____
- g) Educación: ¿cuál es su último grado escolar? _____
 Indique sus fuertes y debilidades académicas _____

h) Antecedentes: subraye los términos que se apliquen a Ud. durante su infancia.

- 1) Infancia feliz 2) Mojar la casa 3) Problemas emocionales y de conducta
- 4) Problemas escolares 5) Problemas familiares
- 6) Fuertes creencias religiosas 7) Problemas médicos
- 8) Abuso de alcohol 9) Infancia infeliz 10) Tercaudez
- 11) Problemas legales 12) Abuso de drogas
- 13) Terrores nocturnos 14) Comerse las uñas
- 15) Chuparse el dedo 16) Temores o miedos

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO (Rol correspondiente o no a la edad)

- i) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.? _____
 ¿Cuántas horas al día? _____ ¿Qué clases de trabajo ha tenido anteriormente? _____
 Está Ud. satisfecho con su trabajo actual _____ si contesta negativamente por favor explique _____

 ¿Cuál es su ingreso quincenal? _____

¿Cuanto gasta a la quincena? _____
 j) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? _____

 ¿Cuáles son sus ambiciones presentes? _____

ANALISIS MULTINDODAL

La siguiente sección está diseñada para ayudarlo a describir sus problemas actuales con mayor detalle. Esta sección está organizada en siete modalidades: Conducta, sentimientos, sensaciones físicas, imágenes, pensamientos, relaciones interpersonales y factores biológicos.

IV. CONDUCTA:

a) Subraye cualquiera de las conductas que se apliquen a Ud.

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Problemas del comer | 8. Fumar |
| 2. Tomar drogas | 9. Aislamiento |
| 3. Vomitar | 10. Tics nerviosos |
| 4. Conductas extrañas | 11. No conserva el trabajo |
| 5. beber en exceso | 12. Problemas de sueño |
| 6. Intentos suicidas | 13. Correr riesgos |
| 7. Compulsiones | 14. Flojera |
| 15. Desidia | 16. Reacciones impulsivas |
| 17. Pérdida del control | 18. Explosiones temperamentales |
| 19. Fobias, miedos o temores | 20. Conducta agresiva |
| 21. Llorar | 22. Otros |

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO _____

- b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso-a _____
- c) ¿Qué le gustaría hacer más? _____
 ¿Qué le gustaría hacer menos? _____
 ¿Qué le gustaría comenzar a hacer? _____
 ¿Que le gustaría dejar de hacer? _____
- d) ¿Constantemente se encuentra Ud. haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? Si es así diga ¿cuáles son? _____

VI. SENSACIONES FISICAS.

a) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que se apliquen a usted.

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. Mareo | 2. Dolores de cabeza |
| 3. palpitaciones | 4. espasmos musculares |
| 5. Tensión muscular | 6. Breves desmayos |
| 7. escuchar cosas | 8. Ojos llorosos |
| 9. Ruborización | 10. Problemas de la piel |
| 11. Boca seca | 12. Incapas de relajarse |
| 13. Problemas intestinales | 14. Orniqueo |
| 15. Entumecimiento | 16. Malestar estomacal |
| 17. Tics | 18. Fatiga |
| 19. Dolor de espalda | 20. Temblores |
| 21. Dolores de pecho | 22. Disgusto al ser tocado |
| 23. Pérdida de la conciencia | 24. Sudoración excesiva |
| 25. Problemas visuales | 26. Problemas de audición |
| 27. Activado o con energía | 28. Relajado |
| 29. Descansado | 30. Otras. _____ |

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO _____

b) Historia menstrual

Edad al primer período _____ ¿Tuvo información o fue un choque emocional para Ud? _____

¿Es Ud. regular? _____ Fecha del último período _____

duración _____ ¿padece de malestares? _____ ¿cuáles? _____

¿Sus períodos afectan su estado de ánimo? _____

si es así, explique _____

c) ¿Qué sensaciones físicas son especialmente placenteras? _____

¿Cuáles displacenteras? _____

d) Describa cómo manifiesta

	Conductual	Corporal
-enojo.	_____	_____
-alegría	_____	_____
-tristeza	_____	_____
-ansiedad	_____	_____

VII. IMÁGENES. (pueden ser sueños)

a) subraye cualquiera de las siguientes escenas que se apliquen a Ud.

1. imágenes sexuales placenteras
2. imágenes de infancia infeliz
3. imágenes de desesperanza
4. imágenes agresivas
5. imágenes de ser lastimado
6. imágenes no enfrentando problemas
7. imágenes de aliento exitoso
8. imágenes sexuales displacenteras
9. imágenes de soledad
10. imágenes de seducción
11. imágenes de ser amado
12. imágenes hiriendo a otros
13. imágenes que va cayendo
14. imágenes de que es atrapado
15. imágenes en que se burlan de uno
16. imágenes perdiendo el control
17. imágenes de ser perseguido
18. imágenes en que hablan de uno
19. imágenes en que tiene relaciones con diversas personas del sexo opuesto.

20. otras. _____

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO _____

b) ¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia? _____

c) Describa la imagen o fantasía más placentera _____

d) Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro _____

e) Describa los sueños más frecuentes. 3 _____

f) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas? _____

Describalas _____

g) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? _____

¿En qué? _____

VIII. PENSAMIENTOS

a) Subraye cualquiera de los siguientes pensamientos que se apliquen a usted.

- Aa:1. Soy un don nadie
- Aa:2. No valgo nada, sin utilidad
- D :1. La vida es vacía
- D :2. No hay nada que valga la pena
- D :3. La vida es un desperdicio

b) Subraye cada una de las palabras que utilice para describirse.

- | | |
|--------------------------------------|---|
| AC1. ambicioso | Ac2. ingenuo |
| Ac3. sin valor | AC4. valioso |
| AC5. perseverante | A16. poco atractivo (imagen corporal) |
| Ac7. lleno de penas | AC8. no puedo hacer nada bien |
| Ac9. malo | AC10. loco |
| D11. desesperanzado | O 12. culpable |
| Ac13. confuso | AC14. optimista |
| AC15. Considerado | O 16. celoso |
| O 17. sin amor | AC18. bueno para el trabajo |
| A119. atractivo | O 20. conflictivo |
| Ac21. con problemas de memoria | AC22. confiable |
| O 23. envidioso | Ac24. ideas suicidas |
| A125. feo (imagen corporal) | AC26. inteligente |
| Ac27. loco | AC28. con problemas para tomar decisiones |
| Ar29. inútil | AC30. con buen sentido del humor |
| O 31. con pensamientos horribles | AC32. honesto |
| Ac33. degenerado | AC34. sensible |
| Ac35. con problemas de concentración | AC36. seguro |
| Ac37. estúpido | AC38. indeseable |
| Ac39. incompetente | Ac40. inadecuado |
| Ac41. desviado | Ac42. cometo muchos errores |

c) ¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o loca? _____

d) ¿Existen pensamientos que lo molestan una y otra vez? si es así, por favor descríbalos _____

e) Encierre en un círculo el número que más refleje su manera de pensar

1. Total desacuerdo
 2. Desacuerdo
 3. Neutral
 4. Acuerdo
 5. Total acuerdo
- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1.- No debo proporcionar información personal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 2.- Soy víctima de las circunstancias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 3.- Mi vida está controlada por fuerzas externas | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.- No merezco ser feliz | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.- Es mi responsabilidad hacer feliz a otros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

FALLA DE ORIGEN

-Expectativas:

a) En pocas palabras, ¿qué piensa usted que es una terapia psicológica?

b) ¿Qué espera de la terapia psicológica?

c) ¿cómo considera que un psicólogo debiera actuar con sus pacientes?

d) ¿Qué tiempo cree que debiera durar una terapia psicológica?

e) ¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debiera poseer?

f) Complete las siguientes frases:

-Soy una persona que _____

-Toda mi vida _____

-Desde que yo era niño-a _____

-Es difícil para mí admitir _____

-Una de las cosas que no puedo perdonar es _____

-Una ventaja de tener problemas es _____

-Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es _____

IX. RELACIONES INTERPERSONALES.

1. Familia de origen

a) Si Ud. no se crió con sus padres, ¿con quién lo hizo? _____
¿desde qué edad? _____ ¿cuánto tiempo? _____

b) De una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (tanto en el pasado como en el presente) _____

c) Dé una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de ella hacia Ud. (tanto en el pasado como en el presente) _____

d₁) ¿Cuándo era niño le tocó cuidar a sus hermanos? _____
¿desde qué edad? _____

d₂) ¿Cuándo era niño le tocó trabajar? _____

d₃) ¿Cuándo era niño le tocó realizar el quehacer del hogar? _____
¿desde qué edad? _____

d₄) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado? _____
¿por quién? _____

e) Dé una impresión de la atmósfera de su hogar (p.e. el hogar en el que creció). Mencione la compatibilidad entre sus padres y entre

los hijos. _____

f) ¿Fue capaz de confiar en sus padres? _____

g) ¿Sus padres lo comprendieron? _____

h) ¿Básicamente siente amor y respeto por sus padres? _____

i) Si tiene padrastro o madrastra, dé edad de Ud. cuando alguno de sus padres se volvió a casar. _____

j) ¿Existe alguien que haya interferido en su patrimonio, ocupación etc. (padres, parientes, amigos)? _____

k) ¿Quién es la persona más importante en su vida? _____

2. Amistades

a) ¿Hace amigos fácilmente? _____. ¿Conserva la amistad? _____

b) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? _____

¿Cuándo y en qué circunstancias? _____

c) Describa cualquier relación que le proporcione:

- Alegría _____

- Molestia _____

d) Evalúe el grado de comodidad en que generalmente se siente en situaciones sociales (subraye alguno de los términos siguientes)

1. Muy relajado

2. Relativamente confortable

3. Relativamente incomodo

4. Muy ansioso

e) ¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y adecuada? _____

Indique aquellas persona o situaciones con las que tenga problemas de relación: _____

f) ¿Tuvo muchas citas durante su adolescencia? _____

g) ¿Tiene uno o más amigos (as) con quien se sienta comodo (a) compar-tiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? _____

3. Matrimonio o relaciones de pareja

a) ¿Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos? _____

b) ¿Hace cuánto que están juntos? _____

c) ¿Qué edad tiene su pareja? _____

d) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? _____

e) Describe la personalidad de su pareja _____

f) Señale en que áreas se lleva bien con su pareja, para ello encierre en un círculo el número que mejor describa el grado de incompatibilidad o compatibilidad que experimenta en este momento con su pareja.

- 1. incompatible
 - 2. poco compatible
 - 3. regularmente compatible
 - 4. compatible
 - 5. muy compatible
- | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 RESPONSABILIDADES HOGAÑERAS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 CRIANZA DE LOS NIÑOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 ACTIVIDADES SOCIALES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 DINERO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 COMUNICACION | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 SEXO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 PROGRESO ACADÉMICO U OCUPACIONAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 INDEPENDENCIA PERSONAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 INDEPENDENCIA DE LA PAREJA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 FELICIDAD GENERAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO _____

g) ¿Qué tal se lleva con sus parientes políticos y qué opina de ellos? _____

j) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos? _____, si es así indique cuál _____ [Qué edad tenía ud. en el momento de la pérdida? _____

4. Relaciones sexuales

a) Describa la actitud de cada uno de sus padres ante el sexo:

PADRE _____

MADRE _____

b) ¿Se discutía sobre sexo en su hogar? _____

c) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? _____

d) ¿Cuándo se dió cuenta por primera vez de sus propios impulsos sexuales? _____

e) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo?

_____ o (en relación a la masturbación?) _____

si es así, por favor explíquelo _____

f) ¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales? _____

g) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual _____

h) Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora _____

5. Otras relaciones

a) ¿Existe algún tipo de problema con las personas de su trabajo? _____

Si es así, por favor descríballo _____

b) Complete las siguientes frases

-Una de las formas en que la gente se justifica es _____

-Puedo fastidiar a alguien a través de _____

Una madre debería _____

-Un padre debería _____

-Un verdadero amigo debería _____

c) Proporcione una breve descripción de ud. según sería descrito por: su pareja _____

su mejor amigo(a) _____

alguien que no lo quiera a Ud. _____

d) ¿actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto? Si es así, explíquelo _____

I. FACTORES BIOLÓGICOS.

a) ¿Tiene alguna preocupación acerca de su salud? Por favor especifíquelo _____

b) Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiere, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico _____

c) ¿Come en forma balanceada? _____

d) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? _____

e) ¿Practica alguna actividad relajante? _____

f) ¿Realiza regularmente ejercicio físico?. Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? _____

g) ¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así, cuántas veces al día y con qué duración? _____

h) ¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? Si es así, explique por favor: _____

i) Cuántas horas de sueño tiene? _____

j) Elija cualquiera de las situaciones que se apliquen a Ud. tachando en la columna correspondiente:

nunca raras veces frecuente muy a menudo

- 1.- marihuana _____
- 2.- tranquilizantes _____
- 3.- sedantes _____
- 4.- aspirina _____
- 5.- cocaína _____
- 6.- analgésicos _____
- 7.- alcohol _____
- 8.- café _____
- 9.- cigarros _____
- 10.- narcóticos _____
- 11.- estimulantes _____
- 12.- alucinógenos _____
- 13.- diarrea _____
- 14.- constipación _____
- 15.- alergias _____
- 16.- presión alta _____
- 17.- presión baja _____
- 18.- problemas cardíacos _____
- 19.- náuseas _____
- 20.- vómitos _____
- 21.- dolores de cabeza _____
- 22.- dolores de espalda _____
- 23.- no poderse dormir _____
- 24.- despertarse temprano _____
- 25.- despertar durante la noche _____
- 26.- problemas de piel _____
- 27.- poco apetito _____

46 - 50 _____

51 - 55 _____

56 - 60 _____

61 - en adelante _____

GRACIAS POR SU COOPERACION.

OBSERVACIONES DEL TERAPEUTA:



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starkes R. Hathaway y J. Charnley McKinley



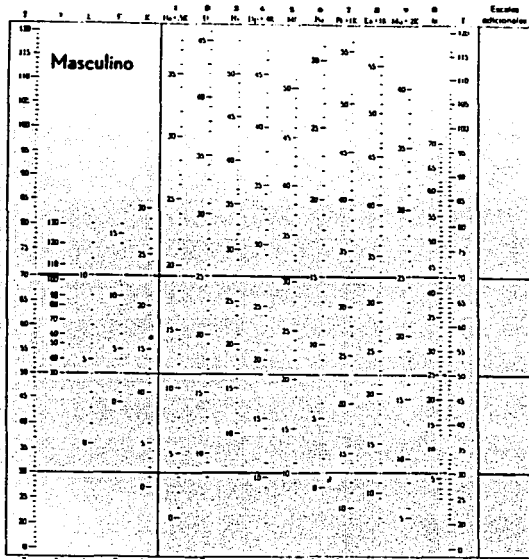
Nombre _____ (Date de nado)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios completos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Relación por _____



Formas II

	1	2	3
30	15	12	6
25	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	5	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	1	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	1	0

NOTAS

FALLA DE ORIGEN

Puntuación natural	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Agrupar factor K	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Puntuación corregida										



D. R. C. editor con licencia por el INSTITUTO EL MANUAL MODERNO S.A. de C.V.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1945, by

FALLA DE ORIGEN

Nombre de nombre		Edad	Sexo	Ocupación	Años escolares cumplidos	Ejecución		Puntaje	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130
131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170
171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190
191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
211	212	213	214	215	216	217	218	219	220
221	222	223	224	225	226	227	228	229	230
231	232	233	234	235	236	237	238	239	240
241	242	243	244	245	246	247	248	249	250
251	252	253	254	255	256	257	258	259	260
261	262	263	264	265	266	267	268	269	270
271	272	273	274	275	276	277	278	279	280
281	282	283	284	285	286	287	288	289	290
291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
301	302	303	304	305	306	307	308	309	310
311	312	313	314	315	316	317	318	319	320
321	322	323	324	325	326	327	328	329	330
331	332	333	334	335	336	337	338	339	340
341	342	343	344	345	346	347	348	349	350
351	352	353	354	355	356	357	358	359	360
361	362	363	364	365	366	367	368	369	370
371	372	373	374	375	376	377	378	379	380
381	382	383	384	385	386	387	388	389	390
391	392	393	394	395	396	397	398	399	400
401	402	403	404	405	406	407	408	409	410
411	412	413	414	415	416	417	418	419	420
421	422	423	424	425	426	427	428	429	430
431	432	433	434	435	436	437	438	439	440
441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
451	452	453	454	455	456	457	458	459	460
461	462	463	464	465	466	467	468	469	470
471	472	473	474	475	476	477	478	479	480
481	482	483	484	485	486	487	488	489	490
491	492	493	494	495	496	497	498	499	500
501	502	503	504	505	506	507	508	509	510
511	512	513	514	515	516	517	518	519	520
521	522	523	524	525	526	527	528	529	530
531	532	533	534	535	536	537	538	539	540
541	542	543	544	545	546	547	548	549	550
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560
561	562	563	564	565	566	567	568	569	570
571	572	573	574	575	576	577	578	579	580
581	582	583	584	585	586	587	588	589	590
591	592	593	594	595	596	597	598	599	600
601	602	603	604	605	606	607	608	609	610
611	612	613	614	615	616	617	618	619	620
621	622	623	624	625	626	627	628	629	630
631	632	633	634	635	636	637	638	639	640
641	642	643	644	645	646	647	648	649	650
651	652	653	654	655	656	657	658	659	660
661	662	663	664	665	666	667	668	669	670
671	672	673	674	675	676	677	678	679	680
681	682	683	684	685	686	687	688	689	690
691	692	693	694	695	696	697	698	699	700
701	702	703	704	705	706	707	708	709	710
711	712	713	714	715	716	717	718	719	720
721	722	723	724	725	726	727	728	729	730
731	732	733	734	735	736	737	738	739	740
741	742	743	744	745	746	747	748	749	750
751	752	753	754	755	756	757	758	759	760
761	762	763	764	765	766	767	768	769	770
771	772	773	774	775	776	777	778	779	780
781	782	783	784	785	786	787	788	789	790
791	792	793	794	795	796	797	798	799	800
801	802	803	804	805	806	807	808	809	810
811	812	813	814	815	816	817	818	819	820
821	822	823	824	825	826	827	828	829	830
831	832	833	834	835	836	837	838	839	840
841	842	843	844	845	846	847	848	849	850
851	852	853	854	855	856	857	858	859	860
861	862	863	864	865	866	867	868	869	870
871	872	873	874	875	876	877	878	879	880
881	882	883	884	885	886	887	888	889	890
891	892	893	894	895	896	897	898	899	900
901	902	903	904	905	906	907	908	909	910
911	912	913	914	915	916	917	918	919	920
921	922	923	924	925	926	927	928	929	930
931	932	933	934	935	936	937	938	939	940
941	942	943	944	945	946	947	948	949	950
951	952	953	954	955	956	957	958	959	960
961	962	963	964	965	966	967	968	969	970
971	972	973	974	975	976	977	978	979	980
981	982	983	984	985	986	987	988	989	990
991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000



 2-3

CLAVE DE RESPUESTA
 CLAVE DE RESPUESTA


 RESPUESTA

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Dr. S. R. Hathaway y Dr. J. C. McKinley
 Traducción y adaptación por el Dr. Rafael Núñez

DR. © sobre revisión por la
 EDITORIAL
 EL MANUAL MODERNO, S.A. de C.V.

CLAVE DE RESPUESTA


 RESPUESTA

Reproduced and reprinted by permission. Copyright © The University of Minnesota and published by The Psychological Corporation, New York. All rights reserved.

HOJA DE AUTOMONITOREO.

Esta hoja pretende llevar un registro diario de sus ejercicios de relajación que usted realizará por lo menos dos veces al día con el cassette de relajación que se le ha proporcionado.

Usted deberá llenar una hoja por semana. En la hoja usted deberá poner la hora en que comenzó a realizar sus ejercicios, el nivel de relajación alcanzado, el cual estará indicado en una escala que va de 0 a 10, el cero estará indicando que usted no pudo relajarse durante su ejercicio y el 10 que alcanzo un alto grado de relajación; de tal modo que a medida que aumenten los números el nivel de relajación alcanzado va en aumento y a medida que disminuyen el nivel de relajación alcanzado va disminuyendo. También deberá indicar que persona(s) le acompañó durante sus ejercicios, si es que la hubo. Estas anotaciones las deberá poner para cada día de la semana y en cada uno de los ejercicios que haga por día.

DIA	HORA	Nivel de relajación										¿QUIEN LE ACOMPAÑO?	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
SABADO													
DOMINGO													
LUNES													
MARTES													
MIERCOLES													
JUEVES													
VIERNES													

Elaboró: Olga Aguilar P.

COMPROMISO DE TERAPIA

Terapeuta: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Yo _____ me comprometo a cumplir con cada una de las tareas y actividades que se me asignen, así como también asistir puntualmente a cada una de mis citas de tratamiento.

Estando de antemano de acuerdo y enterado del tipo de terapia que voy a estar recibiendo y consciente de que es para mejorar mi estado de salud y tener un control sobre mi padecimiento; así como también la importancia que tengo yo como parte activa para llevar con éxito la terapia.

Comentarios:

Firma de
compromiso.

Firma del
terapeuta.

O.A.P.