



175
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

0000318

LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 BAJO LA ÓPTICA
DEL MODELO TRANSTEÓRICO

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

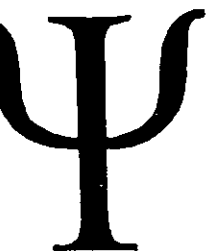
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

CARLOS MURGUÍA PÉREZ

DIRECTOR DE TESINA: MTRO. MARIO E. ROJAS RUSSELL

REVISORA DE TESINA: MTRA. MIREYA GAMIOCHIPI CANO



MÉXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



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 esta 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.

Gracias...

A mis padres, a Alfredo y a toda la familia, por seguir dando tanto.

A la Dra. Blanca de la Rosa, por su fe y amistad.

A Mario Rojas y Mireya Gamiochipi, por guiarme en el camino.

A la Dra. Graciela Rodríguez, por enseñarme acerca de profesionalismo.

A las personas con Diabetes, por su sabiduría.

A quienes olvido, sin quitarles mérito.

*A Dieciocho, Mariano, Renée, al Chango Chico y, por supuesto, al
Chaneque, por motivarme a la vida, al trabajo y al futuro.*

“Lo cierto es que no se puede estar así, con una espada eternamente suspendida sobre la cabeza –dijo Athos. Es preciso salir de esta situación.”

–Alejandro Dumas

Índice

Resumen	1
1. Diabetes Mellitus	2
1.1 Clasificación de DM	2
1.2 Complicaciones asociadas a DM	5
1.2.1 Complicaciones agudas	5
1.2.2 Complicaciones crónicas	6
1.2.3 Enfermedades asociadas a DM	7
1.3 Epidemiología de DM	8
1.3.1 Incidencia de DM	8
1.3.2 Prevalencia de DM	9
1.3.3 Mortalidad asociada a DM	10
1.3.4 Costos asociados a DM	11
1.4 Atención médica a las personas con DM	14
1.4.1 El DCCT	17
1.4.2 El UKPDS	19
1.4.3 El grupo multidisciplinario para la atención a personas con diabetes	22
1.4.3.1 El médico	26
1.4.3.2 El nutriólogo	27
1.4.3.3 El educador en diabetes	29
1.4.3.4 Los interconsultantes	32
2. El psicólogo	34
2.1 Variables psicológicas que afectan el control metabólico.....	36
2.2 La adherencia al tratamiento	39
2.3 La adherencia al tratamiento como un problema de cambio de hábitos	46
2.4 El Modelo Transteórico	48
2.5 El cambio de hábitos en las personas con DM con base en el MT	60
2.5.1 Precontemplación	62
2.5.2 Contemplación	65
2.5.3 Preparación	73
2.5.4 Acción	77
2.5.5 Mantenimiento	87
3. Conclusiones	102
Referencias	106

Resumen

La Diabetes Mellitus (DM) es un padecimiento crónico con un alta prevalencia y costos en México, debido principalmente a que las complicaciones crónico-degenerativas asociadas a ella son incapacitantes, costosas y muy comunes. A pesar de ser un padecimiento en que una gran parte de las acciones que se deben tomar para evitar complicaciones están en manos del paciente, lo más común es que las indicaciones médicas no se sigan correcta ni completamente. La ausencia de un buen nivel de adherencia al tratamiento probablemente sea la causa de la mayor parte de las muertes prematuras y de las incapacidades asociadas a la DM.

Con el afán de contrarrestar los estragos que causa la DM, en la actualidad se sugiere que el paciente con DM sea atendido por un grupo multidisciplinario integrado por un médico endocrinólogo, internista o diabetólogo, un nutriólogo, un educador en diabetes y un psicólogo. Además, giran alrededor del grupo multidisciplinario varios especialistas en calidad de interconsultantes: angiólogo, oftalmólogo, dentista, cardiólogo, entrenador físico y podólogo.

En esta tesina se hablará de la importancia del grupo multidisciplinario, justificándose la estructura propuesta arriba y explicando el papel de cada uno de los integrantes. Además, se explicará someramente por qué están presentes en la lista de interconsultantes los especialistas mencionados. Sin embargo, el tema que será analizado con más detalle es el papel del psicólogo dentro del grupo multidisciplinario.

Se propone que el objetivo principal del psicólogo, como parte del grupo multidisciplinario, es ayudar a que el paciente mejore los niveles de adherencia a los distintos tratamientos, con base en el modelo transteórico (MT; Prochaska y DiClemente, 1982). El MT describe una secuencia de estadios motivacionales en las personas que cambian de hábitos. En los capítulos correspondientes se mostrarán las intervenciones del psicólogo en cada una de las fases por las que atraviesa el paciente. Estas intervenciones procuran aumentar la probabilidad de que el paciente permanezca adherido a un estilo de vida saludable.

Finalmente, se sugieren vertientes de investigación que enriquecerían sus habilidades. El modelo presentado es extrapolable a otros padecimientos crónicos como hipertensión arterial, obesidad y artritis reumatoide, los primeros dos íntimamente relacionados con DM.

1. Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM) es un conjunto de enfermedades que tienen en común niveles crónicamente altos de glucosa en sangre (GS) que se deben a deficiencias en la producción de insulina, en su utilización o en ambas (The expert committee on diagnosis and classification of diabetes mellitus; ECDCDM, 1997). La insulina es una hormona que secreta el páncreas, su función, entre otras, es permitir que la glucosa que circula en el flujo sanguíneo sea absorbida por las células de los músculos, tejido adiposo e hígado.

Los niveles de GS normales son 70 a 110 mg/dl en ayunas, o 70 a 126 dos horas después de cualquier alimento. El diagnóstico de DM se hace cuando se encuentran cifras de GS mayores a 140 mg/dl en ayunas o más de 200 mg/dl en una lectura casual. Para establecer el diagnóstico se necesita confirmar estas cifras y documentar la presencia de los síntomas clásicos de DM (polidipsia, poliuria y pérdida de peso).

1.1 Clasificación de DM

La DM se divide en cuatro categorías, el Tipo 1, antes llamada insulino dependiente (DMID), y el Tipo 2 o no insulino dependiente (DMNID) son las más frecuentes (Pérez-Pastén, 1996). La primera de ellas, el Tipo 1, tiene origen en la combinación de procesos genéticos y autoinmunes que finalizan en la destrucción de las células pancreáticas beta, responsables de la producción de insulina. Por lo tanto las personas con DM tipo 1 tienen una deficiencia absoluta de insulina (ECDCDM, 1997). Por esto solía llamársele "DM insulino dependiente" puesto que para su tratamiento es indispensable que el paciente se aplique dosis variables de insulina a lo largo del día.

El Tipo 2 tiene un fuerte componente hereditario. Varía desde la predominante

resistencia a la insulina con deficiencia relativa en la producción de insulina, hasta un predominante defecto secretorio de la insulina con resistencia a esta hormona (ECDCCDM, 1997).

La resistencia a la insulina es una condición en la cual, por diferentes factores, la insulina produce una respuesta tisular menor a la esperada. Por consiguiente, la resistencia a la insulina condiciona aumento de los niveles de insulina sérica (hiperinsulinemia) para compensar la ineficiencia de la hormona. La hiperinsulinemia, por sí misma, es capaz de producir efectos metabólicos sobre el equilibrio hidroeléctrico, activar procesos de crecimiento y expresión génica que producen daño orgánico, o bien, afectar procesos de coagulación y reparación. El binomio resistencia a la insulina/hiperinsulinemia se asocia a un aumento significativo de la morbi-mortalidad cardiovascular expresada por arteriosclerosis, síndromes isquémicos agudos cerebrales, cardíacos o periféricos, así como a otras patologías. Por su coexistencia y corresponsabilidad fisiopatológica, al binomio hiperinsulinemia/resistencia a la insulina se le ha denominado síndrome metabólico (González, 1999).

Se han identificado varios factores de riesgo asociados a DM tipo 2. Los principales factores de riesgo susceptibles de ser controlados son el sedentarismo y el sobrepeso. Lo más usual es que este tipo de diabetes inicie cuando el paciente pasa de los cuarenta años y sufre de sobrepeso (SSA, 1995). Además, la obesidad contribuye fuertemente a la resistencia de la insulina. Se ha encontrado que el nivel de GS puede ser controlado en muchos casos de DM tipo 2 simplemente con el regreso del sujeto a un índice de masa corporal (IMC) cercano a 25. La cifra de IMC de 25 es el límite entre el peso normal y el sobrepeso.

Por su frecuencia, el tercer tipo de DM es la DM Gestacional. Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o reconoce por primera vez durante el embarazo (ECDCDM, 1997). La DM Gestacional está relacionada con más altos índices de mortalidad perinatal, con hipertensión arterial crónica y con DM tipo 2 en la mujer. Es común que al terminar el embarazo desaparezca DM Gestacional, pero en algunos casos las mujeres son diagnosticadas con DM tipo 2 después del embarazo o con Intolerancia a la Glucosa (en breve se hará referencia en mayor detalle sobre ésta). En nuestro país menos del 5% de las personas con DM tienen la forma Gestacional (Pérez-Pastén, 1996).

Existe otra categoría de DM llamada "Tipos específicos de DM". Esta categoría comprende una serie de defectos de muy diversa índole que derivan en DM. Hay algunos de carácter genético (síndromes de Dawn, Klinefelter o Turner), endocrinológico (enfermedad de Cushing, Acromegalia, Hipertiroidismo, etc.), mediados inmunológicamente (Stiffman, por ejemplo) o inducidos quirúrgicamente o por químicos (ECDCDM, 1997). Por su escasa ocurrencia escapan a los objetivos de este trabajo.

Existen personas cuyos niveles de GS no son tan altos como para hacer el diagnóstico de DM exceden los límites normales. A estas condiciones se les conoce como Intolerancia a la Glucosa e Intolerancia a la Glucosa en Ayuno. La Intolerancia a la Glucosa se define como un valor de GS igual o mayor a 140mg/dl, pero menor a 200mg/dl, dos horas después de una carga oral de glucosa. La primera se diagnostica con niveles de GS en ayuno mayores a 110mg/dl, pero menores a 126mg/dl. Se les puede considerar como estados intermedios entre la homeostasis normal de la glucosa y DM (Pérez-Pastén, 1996). A pesar de no ser entidades clínicas, son condiciones de riesgo para padecer DM, u

otro padecimiento del síndrome metabólico.

1.2 Complicaciones asociadas a DM

DM es en la actualidad la tercera causa de muerte en nuestro país, y en pocos años tal vez se convierta en la primera causa. DM es un padecimiento letal debido a que condiciona estados fisiológicos comprometedores. Las personas con DM pueden sufrir de complicaciones agudas del descontrol metabólico, de complicaciones crónicas y de enfermedades asociadas a DM.

1.2.1 Complicaciones agudas

Las complicaciones agudas se definen como aquellas de carácter grave, aunque de duración corta. De entre ellas, el mayor peligro para los pacientes con DM es la cetoacidosis. La cetoacidosis diabética es una complicación que pone en peligro la vida, pero es reversible. Se caracteriza por alteraciones severas en el metabolismo de las proteínas, grasas y carbohidratos como consecuencia de la deficiencia de insulina (ADA, 1994). La cetoacidosis diabética lleva a las personas que la padecen a tener niveles anormalmente altos de cetonas en la sangre. Las cetonas son productos de desecho del metabolismo de los lípidos que acidifican la sangre.

Las personas con DM tipo 1 están en mayor riesgo para padecer cetoacidosis que las personas con DM tipo 2. Esto se debe a que las personas con DM tipo 1 no cuentan con insulina endógena para contrarrestar el aumento de GS cuando no es administrada suficiente insulina exógena.

Por su parte, las personas con DM tipo 2 corren el riesgo de padecer Coma Hiperosmolar no Cetósico (CHONC). El CHONC es una descompensación aguda en el

metabolismo de carbohidratos que condiciona deshidratación. El CHONC se debe a una insuficiente disponibilidad relativa de insulina, en general debida a la acción de hormonas que bloquean la acción de esta hormona.

La hipoglucemia (menos de 70mg/dl) es otra complicación aguda asociada con el manejo descuidado de la insulina, el ejercicio y la dieta. La hipoglucemia también es una condición que pone en peligro la integridad y la vida de las personas con DM. La hipoglucemia es aversiva para el organismo debido a que priva al sistema nervioso central del aporte adecuado de GS para funcionar. En los niños esta condición tiene un impacto muy importante en el desarrollo cognoscitivo.

1.2.2 Complicaciones crónicas

Los vasos sanguíneos y los nervios son afectados por la hiperglucemia a lo largo de los años. El daño a las estructuras vasculares y/o nerviosas es el común denominador de las complicaciones de DM a largo plazo y se manifiestan en enfermedades cardíacas, enfermedad vascular periférica, neuropatía, oftalmopatía y enfermedad renal. Todas ellas son responsables de reducir considerablemente la calidad de vida de quienes se enfrentan con ellas y son las principales causantes de fallecimiento entre las personas con DM.

Según la ADA (1998) en EU cada año entre 12,000 y 24,000 personas pierden la vista debido a DM, con lo que DM se coloca como primera causa de nuevos casos de ceguera en el grupo de personas de 20 a 74 años. Igualmente, la DM es la principal responsable de los casos de insuficiencia renal terminal (40% del total de casos); se estima que en 1995 27,900 personas empezaron tratamiento contra la insuficiencia renal secundaria a DM. La DM es también la causa más frecuente de amputación de

extremidades inferiores no causadas por algún trauma, puesto que entre 60 y 70% de las personas con DM tienen algún daño en los nervios periféricos. Alrededor de 56,000 amputaciones son efectuadas en personas con DM cada año, de hecho, las personas con DM están en un riesgo 15 a 40 veces mayor de someterse a amputación de extremidad inferior que el resto de la población. Finalmente, la enfermedad del corazón está presente en el 75% de las muertes relacionadas con DM (77,000 anualmente). Quienes padecen DM están en riesgo 2 a 4 veces mayor de tener enfermedad del corazón y derrame cerebral.

Se podría pensar que las personas recién diagnosticadas con DM están libres de complicaciones crónicas, sin embargo, un estudio demostró que cerca de la mitad de las personas recién diagnosticadas con DM tipo 2 ya tienen principios de complicaciones crónicas (UKPDS, 1998a). Esto se debe a que la DM tarda varios años en ser detectada, por lo que, cuando reciben el diagnóstico, ya desarrollaron complicaciones. De aquí deriva la necesidad de campañas de detección temprana de DM.

1.2.3 Enfermedades asociadas a DM

Como ya se vio, DM es un padecimiento debido a la resistencia a la insulina/hiperinsulinemia. Debido a esto, las personas que tienen DM también están en riesgo de padecer otras enfermedades. Algunas de las enfermedades asociadas a la resistencia a la insulina/hiperinsulinemia son: síndrome metabólico, síndrome X microvascular, síndrome de ovarios poliquístico, hipertensión arterial, obesidad central, acantosis nigricans, intolerancia a la glucosa, hipercortisolismo, cirrosis hepática, insuficiencia renal aguda, leuprechaunismo, diabetes lipatrófica y síndrome de Rabson-Mendenhall (González, 1999). Está por demás decir que, cuando estas enfermedades coexisten en la misma persona, sus efectos en el bienestar se sinergizan.

Hasta este momento ya se revisó lo que es DM y cómo se clasifica. Además, se habló de los peligros de las complicaciones agudas y crónicas y de las enfermedades asociadas a la DM. Esta enfermedad reviste interés por ser una enfermedad que en los últimos años se ha convertido en una epidemia.

1.3 Epidemiología de DM

La DM es un padecimiento con una enorme prevalencia en todo el mundo, principalmente en los países menos desarrollados como México. Zimmet (1997) llama a la DM el síndrome del nuevo mundo. Este síndrome del nuevo mundo tiene mucha relación con la hipótesis de que hay un gen ahorrador subyacente a DM. Según esta hipótesis, las personas con este gen serían muy adaptativas en ambientes primigenios de cazadores - recolectores. Pero si las personas poseedoras del gen ahorrador se enfrentan a una situación con suministro de alimentos continuo y escasa exigencia de actividad física, la probabilidad de desarrollar padecimientos del síndrome de resistencia a la insulina/hiperinsulinemia es muy alta. Fueron los datos epidemiológicos más que los genéticos quienes han dado pie a esta hipótesis.

A continuación se presentan las cifras de incidencia, prevalencia, mortalidad y costos asociados de DM. El énfasis está puesto en nuestro país, pero se añadieron algunos otros datos de dimensión global para contextualizar al problema.

1.3.1 Incidencia de DM

De acuerdo a la Secretaría de Salud, en 1998 aparecieron en todo el país 225,442 nuevos casos de DM. Para la semana 31 de 1999 (1 al 7 de agosto) ya se habían acumulado otros 136,299 nuevos casos (SSA, 1999), por lo que para las cifras de 1999 son semejantes

a las de 1998. Solamente en el Distrito Federal, durante la semana 31 de 1999 se detectaron 480 nuevos casos de DM. En Estados Unidos cada año se diagnostican cerca de 625,000 nuevos casos (Amilyn Pharmaceuticals, 1999). Las cifras anteriores se pueden considerar conservadoras, pues muchos casos diagnosticados de DM no son reportados.

1.3.2 Prevalencia de DM

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que en México, para 1997, había 4,170,000 personas con DM aproximadamente. En general, el conjunto de los países en desarrollo suman 99,582,000, y en todo el mundo 154,392,000 (OMS, 1999). El problema de DM se sitúa principalmente en los países menos desarrollados, y en particular en México. Pérez-Pastén (1996) marcó la prevalencia de DM en el mundo entre 3 y 6%, y la de México entre 8 y 10%, alcanzando en algunas comunidades hasta 12%. La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) estableció la prevalencia de DM tipo 2 en la población urbana mexicana de 20 a 69 años en 8.2%; en las comunidades del norte del país la cifra aumentó hasta 9.0%, en las personas de entre 65 y 69 años hasta 26.1%; y en el área metropolitana 6.4% (SSA, 1995). Amilyn Pharmaceuticals (1999) establece la prevalencia de DM –diagnosticada o no diagnosticada— para Estados Unidos en 6%

Algunos de los números arriba mencionados podrían estar equivocados. En la mayoría de las encuestas realizadas existe un cierto número de personas que descubren que tienen el padecimiento en el momento de participar en las mismas. A estos nuevos casos se les llama hallazgos de la encuesta. La DM es una enfermedad al principio asintomática, por lo que se estima que una persona ha padecido ya DM por al menos siete años al momento de ser diagnosticada. En DM, la ENEC reportó que la proporción de personas previamente diagnosticadas y los hallazgos de encuesta era de 1 a 1 (SSA, 1995), mientras

que en Estados Unidos esta proporción es de 2 a 1 aproximadamente (ADA, 1998). Amylin Pharmaceuticals (1999) difiere, reporta que en Estados Unidos la prevalencia de DM tipo 2 diagnosticada es tan grande como la de DM tipo 2 no diagnosticada. Por esto, algunos autores (p.e. Robles, 1999) encuentran conservadoras estas cifras y se inclinan a pensar que el problema de DM es hasta dos veces más grande que lo reportado. Así, si en México en 1997 se estimaban 4,170,000 personas con DM, el número real podría ascender hasta 8,340,000.

1.3.3 Mortalidad asociada a DM

En México, en 1997, la mayor parte de todas las muertes se debieron a las enfermedades no transmisibles. Estas superaron por mucho a las lesiones y a las enfermedades transmisibles. Según la Secretaría de Salud (1999), las enfermedades no transmisibles causaron el 78.2% del total de fallecimientos, las lesiones fueron responsables de 12.9% y las enfermedades transmisibles de 8.9%. Esta tendencia es típica del extremo más moderno de transición epidemiológica y se repite con pequeñas variantes en cada uno de los estados de la República.

En 1997, DM ocupó el tercer lugar como causa más frecuente de mortalidad general en México (SSA, 1999), después de las enfermedades del corazón y los tumores malignos. Sin embargo, la mortalidad asociada a la DM podría ser mayor. Robles (1999) encuentra que una importante porción de las personas que mueren con enfermedades del corazón iniciaron o agravaron su padecimiento por DM. Por lo que tal vez la DM sea la segunda o primera causa de muerte en México. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1995, la primera causa de muerte hospitalaria fue DM con 13, 988 defunciones (IMSS, 1996).

Aún cuando los números antes mencionados engloban a cualquier tipo de DM, es necesario recordar que más del 90% de los casos de DM son DM Tipo 2, mientras que DM Tipo 1 son únicamente al rededor del 5% y cerca del 2% son de los demás tipos de DM (Pérez-Pastén, 1996). En general, el resto de los países comparten la misma proporción. En Estados Unidos, por ejemplo, entre el 90 y el 95% de todos los casos de DM son del tipo 2. Aunque existen países como Finlandia en que la incidencia de DM tipo 1 es de 35.3 por 100,000 personas. Esto es, 50 veces más que la incidencia en Shanghai. Sin embargo, en general, los niños están en un riesgo más alto de padecer DM tipo 1 que cualquier otra enfermedad crónica de la infancia. (Amylin Pharmaceuticals, 1999).

1.3.4 Costos asociados a DM

La Asociación Americana de Diabetes calcula que DM costó aproximadamente USD\$98.2 miles de millones en Norteamérica en 1997 (ADA, 1998). Estos costos se calcularon con base en costos directos e indirectos. Entre los costos directos están el control agudo de glucosa, la prevalencia excedente de complicaciones crónicas asociadas y la prevalencia excedente de condiciones médicas generales. Dentro de los costos indirectos están la mortalidad prematura y la incapacidad (Ver tabla 1).

Tabla 1. Costos asociados a DM en Estados Unidos		
Directos		44.1
	Control agudo de glucosa	7.7
	Complicaciones crónicas	11.8
	Condiciones médicas generales	24.6
Indirectos		54.1
	Mortalidad prematura	17.0
	Incapacidad	37.1
Total		98.2

Tabla 1. Costos de DM en Estados Unidos. Todas las cifras se presentan en miles de millones de dólares norteamericanos. Adaptado de ADA, 1998.

La mayor parte de los costos directos de DM (62%) se deben al cuidado intrahospitalario, 25% a la atención externa de pacientes y 13% al cuidado de enfermería en casa del paciente (ADA, 1998).

Los gastos médicos incurridos por las personas con DM totalizaron USD\$77.7 miles de millones, lo que es igual a USD\$10,071 por persona con DM. Esta cifra es casi cuatro veces el gasto de una persona sin DM: USD\$2,669 (ADA, 1998). Gilmer, Manning, O'Connor y Rush (1997) describen cómo los costos del cuidado de una persona con diabetes se crecen cuando los valores de hemoglobina glucosilada (HbA_{1C}) son mayores o iguales a 8%— un indicativo de mal control glucémico. Además, los costos se elevan también ante la presencia de hipertensión, de enfermedad del corazón y de la combinación de estas dos enfermedades. El costo de la atención a una persona que únicamente tiene DM y mantiene valores de HbA_{1C} entre 6 y 7% es casi la onceava parte del costo de atención de una persona con DM mal controlada (HbA_{1C} de entre 9 y 10%), que tiene enfermedad del corazón e hipertensión arterial. De lo que se deduce que la mayor parte de los recursos destinados a DM están destinados a las personas más descontrolados y que cursan con otro padecimiento.

Se calcula que aproximadamente el 8% del gasto en salud de Estados Unidos se dirige a DM, mientras que la prevalencia de personas diagnosticadas con DM sólo alcanza alrededor del 3%. Estos estimados podrían ser más elevados si incluyeran a las personas atendidas por el servicio para veteranos y las personas con DM no diagnosticadas (ADA, 1998).

El perfil aquí delineado probablemente sea muy semejante en México. El Instituto Mexicano del Seguro Social, por ejemplo, otorgó en 1995 4,558,598 consultas de primera

vez y subsecuentes debidas a DM (IMSS, 1996), lo que necesariamente tiene un costo asociado.

A pesar de lo costoso que es el mal cuidado de DM, no se le está destinando suficiente dinero en investigación en EU. De entre las enfermedades analizadas por Davidson (1998), DM es la segunda en costos de cuidado, después de los desórdenes mentales. Sin embargo, ocupa el decimotercer lugar como receptor de financiamiento para investigación. Davidson (1998) reporta que, debido a la inflación, a políticas de recaudación de fondos y al crecimiento del gasto en investigación en otros padecimientos, se gasta menos en la investigación en DM ahora que en 1987. A pesar de haber reportadas 16 millones de personas con DM en EU y únicamente 750,000 personas seropositivos o con SIDA, la investigación en SIDA recibe mayores recursos que la investigación en DM. Se dedican USD\$1,700 a investigación por cada persona afectada de SIDA o HIV, y solo USD\$20 por cada persona que tienen DM. A pesar de ello, ninguna de las dos tiene cura aún.

La DM, como se puede observar, es un problema muy serio. Es enorme la cantidad de personas que cada año debutan con DM y se suman a la ya de por sí gran cantidad de personas que padecen DM. Todos ellos juntos dan cuenta de una gran proporción de las muertes en México. Los costos que representan los años de vida perdidos, la incapacidad y los cuidados médicos, hacen de ésta una enfermedad extremadamente cara. Colateralmente, el impacto de DM en dimensiones como calidad de vida y felicidad está lejos de ser cabalmente considerado.

1.4 Atención médica a las personas con DM

A pesar del daño que causa y de lo costosa que es, hasta este siglo se le presta atención debida a DM. Esta enfermedad fue descrita por los griegos hace miles de años. Fue desde esa época que se tomó nota de algunos de sus síntomas característicos: poliuria, polidipsia y pérdida de peso, y a veces, polifagia. También fue claro que la orina de las personas aquejadas de este mal era preferida por los insectos. Finalmente se descubrió que esta afinidad de los insectos por la orina de las personas con DM se debía a que ésta tenía un sabor dulce. Así fue como llegó a conocerse como diabetes mellitus. *Diabetes* hace referencia a un grifo, por la tan característica poliuria que presentan las personas con DM y *Mellitus* por el sabor dulce de la orina.

El hecho de haber sido descrita esta enfermedad tan temprano en la historia de la humanidad no ayudó mucho a las personas con DM. El conocimiento que se tenía de ella no iba más allá de algunos síntomas típicos, y el tratamiento era aún más pobre. Los verdaderos mecanismos de acción de la misma eran desconocidos y por lo tanto eran desconocidos los métodos para aliviarla.

Pasaron muchos siglos antes de que se tuviera una visión más clara. El levantamiento de las restricciones a la investigación con el advenimiento de la época racionalista del pensamiento impulsó el conocimiento en DM y los desarrollos tecnológicos. Sin tener una cura para DM todavía, ésta puede ser controlada.

Es hasta principios del siglo XX que el Dr. Elliot Joslin empieza a considerar a DM un problema de salud pública y a combatirla. Basado en restricciones en la cantidad de carbohidratos y aumento de grasas en la dieta, Joslin comenzó a tratar a las personas con DM. Pero hasta ese momento las personas con DM no tenían un buen pronóstico.

A principios de la década de los veinte, Banting descubre el papel de la insulina en la regulación de la GS. Con la llegada de la insulina para el uso clínico las cosas cambiaron. Los pacientes del Dr. Joslin en Boston, así como los del Dr. Zubirán en México, empezaron a tener una esperanza de vida mayor. Sin embargo, esta esperanza de vida era muy corta comparada con la que se tiene hoy en día.

Para las personas con DM tipo 2, las cosas no mejoraron sino hasta la década de los cincuenta, cuando los primeros medicamentos hipoglucemiantes orales fueron utilizados. Estos, sin embargo, eran escasos al extremo y peligrosos. De cualquier forma, los medicamentos nuevos, sumados a la insulina, aumentaron importantemente los años de sobrevida de las personas diagnosticadas con DM.

En la segunda mitad de este siglo se encuentra un despliegue impresionante de tecnología. La insulina homóloga a la humana desarrollada por procesos bioquímicos ha desplazado casi totalmente a las primeras insulinas de origen animal. Además, las insulinas han podido ser modificadas en su estructura molecular para permitir una absorción más lenta o más rápida. De la misma manera, son ahora tres las familias de hipoglucemiantes orales: sulfonilureas, biguanidas y tiazolidinedionas, más los agentes antihiperglucemiantes. En todas las familias hay más de un medicamento diferente y más de un laboratorio produciéndolas.

Existen ahora dispositivos que hacen de la vida con DM una contingencia menos complicada y molesta que antes. Se cuenta ahora con aparatos para medir GS en tiempos cortos y con gran precisión. Próximamente saldrá al mercado un medidor de GS que no requiere de pinchazos en los dedos y puede dar mediciones continuas de GS a lo largo del día. Las jeringas para inyectar insulina son desechables. Además, sus agujas son más

delgadas, cortas y cómodas. Las jeringas pueden ser sustituidas en gran medida por bombas automáticas que despachan insulina constantemente por medio de un catéter. Los medicamentos orales tienen mayores márgenes de seguridad y se cuenta con los medios para solucionar rápidamente problemas antes muy letales como la hipoglucemia severa (p.e. con glucagón inyectable).

Todos estos avances, que corren a la par del aumento en el conocimiento sobre DM, hicieron que hoy en día DM sea un padecimiento menos gravoso de sobrellevar que antes. Además, dejó de ser un verdadero peligro el morir por descompensaciones agudas de DM. Huelga decir que los síntomas de descontrol de GS son ya muy raros. Incluso, en la actualidad el verdadero reto para las personas con DM es vencer las complicaciones crónicas asociadas a ella y lograr una esperanza de vida igual a la de las personas sin DM.

En la última década y media se han llevado a cabo dos estudios importantes, tanto por su extensión como por sus descubrimientos, que dan a las personas con DM la oportunidad de hacer cada vez más estrecha la distancia entre su esperanza de vida y la del resto de la población. El DCCT (Diabetes Control and Complication Trial, 1993) es un estudio longitudinal que estableció definitivamente que los niveles crónicamente altos de GS son los causantes de las complicaciones a largo plazo de DM. Además, delineó el camino para el control adecuado de DM tipo 1. El UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study, 1998a, 1998b, 1998c y 1998d) demostró que también en las personas con DM tipo 2 el control estricto de GS y presión arterial reducen el riesgo de padecer complicaciones crónicas. A continuación se habla en mayor detalle de los resultados de estos dos estudios que dan inicio a una nueva época en el tratamiento de DM.

1.4.1 DCCT

A mediados de la década de los ochenta todavía no se demostraba empíricamente que la hiperglucemia fuese responsable de las complicaciones tardías de DM. Existían modelos animales y datos epidemiológicos que apoyaban esta teoría, pero los estudios clínicos habían tenido modestos resultados. Las personas con DM tipo 1 recibían un tratamiento que se llamó "convencional". Este tratamiento únicamente buscaba desaparecer los síntomas atribuibles a la hiperglucemia, evitar en la medida de lo posible la hipoglucemia y la cetoacidosis diabética y mantener ritmos de crecimiento, desarrollo y peso corporal ideales en niveles normales. Para lograr esto, las personas se inyectaban cantidades establecidas de insulina una o dos veces al día y medían diariamente sus niveles de GS o glucosa en orina. Además, recibían asesoramiento sobre la dieta a llevar y el ejercicio a realizar.

El DCCT se diseñó para probar que los niveles crónicamente altos de GS son los responsables de las complicaciones a largo plazo de DM. Se diseñó un tratamiento que perseguía niveles de GS muy cercanos a los normales (70-120mg/dl preprandial; 180mg/dl posprandial; valor de GS a las 3 a.m. superior a 65mg/dl; y HbA_{1c} menor a 6.05%). Para lograr esto, se administraban diariamente tres o más inyecciones variables de insulina (en su defecto, tratamiento con bomba de insulina). La dosis de cada aplicación de insulina se ajustaba todos los días en función de los resultados de la monitorización de GS, de la dieta ingerida y del ejercicio realizado. Las mediciones de GS se realizaban cuatro veces al día. Quienes eran sometidos al tratamiento intensificado asistían al consultorio del médico tratante una vez al mes y se hacía contacto telefónico con ellos con mayor frecuencia para ajustar y revisar el régimen. A su vez, las personas del tratamiento convencional asistían

con el médico cada tres meses.

Los resultados del estudio fueron concluyentes. El control estricto de los niveles de GS en la personas con DM tipo 1 retrasa de manera efectiva el inicio de la retinopatía, nefropatía y neuropatía diabéticas y disminuye el avance de las complicaciones ya existentes. Las personas en el grupo intensivo lograron valores de GS promedio de 155mg/dl, mientras que las personas del tratamiento convencional 231mg/dl. El tratamiento intensivo redujo el riesgo de aparición de retinopatía diabética en 76% y 54% el riesgo de avance de la complicación. Aunque en el primer año las personas con tratamiento intensivo empeoraron la retinopatía ya existente, se mantuvieron mejor hasta el final del estudio que las personas con el tratamiento convencional. También se redujo el riesgo de padecer y agravar nefropatía en 54% y 43% respectivamente. El riesgo de sufrir neuropatía se redujo 69% y el riesgo de agravarla, 57%.

Finalmente, los riesgos asociados al tratamiento intensificado son el aumento de peso (4.6kg en promedio) y la probabilidad (tres veces mayor) de sufrir hipoglucemia grave.

El DCCT concluye que mantener los niveles de GS cercanos a los normales beneficia a las personas con DM tipo 1. Los beneficios parecen ser mayores a las complicaciones que podrían aparecer, sin embargo hay algunas cuestiones más a considerar. El tratamiento intensificado implica mayores costos económicos que el convencional en el corto plazo. Es necesario contar con un grupo médico bien educado y comprometido con la salud de los pacientes. Pero sobre todo, se requieren niveles mayores de compromiso con el tratamiento por parte de los pacientes.

El tratamiento intensificado de DM parece exceder los alcances de un médico

trabajando solo. En el DCCT participaron junto con el médico, enfermeras, educadores en DM, nutriólogos y otros profesionales de la salud. Es evidente que, si se desean abatir los problemas de salud y económicos relacionados con DM, es indispensable que un grupo atienda a las personas con DM. Es por eso que este trabajo sugiere la integración de un equipo mínimo de cuidado de las personas con DM coordinado por un médico. El equipo se integra con un médico un nutriólogo, un educador en DM y un psicólogo.

1.4.2 El UKPDS

Así como el DCCT demostró que el control glucémico en las personas con DM tipo 1 disminuye el riesgo de complicaciones tardías, el United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS, 1998a y 1998b) intentó lo mismo en las personas con DM tipo 2. Además de evaluar la reducción en el riesgo de complicaciones tardías por el buen control de GS, este estudio comparó la efectividad de diversos tratamientos farmacológicos disponibles entre sí y contra el tratamiento basado únicamente en regímenes de dieta y ejercicio. Para la década de los setenta, cuando se inició este estudio, se sospechaba de la seguridad de algunos tratamientos medicamentosos, por lo que también se les evaluó. En diseños paralelos a éste, se encontró el beneficio del control de la presión arterial en las personas con DM tipo 2 (UKPDS, 1998c y 1998d). Estas últimas investigaciones escapan a los objetivos del presente trabajo, pero a continuación se hablará con más detalle del UKPDS 33 y 34 (1998a y 1998b).

De un grupo de personas con DM tipo 2 recién diagnosticadas se reclutaron a más de 5,000. A todos ellos se les trató por tres meses con dieta y ejercicio. Después de eliminar a los que lograron el control y a quienes presentaron descontrol muy importante, se asignó a un grupo de personas al tratamiento convencional y a otro al tratamiento

intensivo. En cualquier caso se prescribían sulfonilureas (glibenclamida, glipizida o clorpropamida), metformina o insulina. A quienes no respondieran con el tratamiento oral se les añadía insulina o la insulina sustituía al tratamiento original. A todos se les otorgó asesoramiento nutricional y se les programaron citas médicas cada tres meses.

La diferencia principal entre los grupos convencional e intensivo fueron los objetivos de tratamiento. En el primer caso, GS de menos de 270mg/dl, y menos de 108mg/dl en el segundo.

Los resultados mostraron que, al cabo de 10 años, el grupo de tratamiento intensivo promedió niveles de HbA_{1c} de 7.0%, mientras que el grupo convencional promedió 7.9%. Esta reducción en los niveles de GS, que se mantuvo a lo largo del estudio, logró que disminuyera en 25% el riesgo de complicaciones microvasculares (nefropatía y oftalmopatía). Esta reducción en el riesgo de padecer complicaciones alargó en 1.3 años el intervalo libre de complicaciones en el grupo intensivo comparado con el grupo convencional (10 para todas las personas del estudio y 11.3 para los del tratamiento intensivo).

Sin embargo, no hubo diferencias entre los grupos en cuanto a las complicaciones macrovasculares (infarto, angina de pecho, falla del corazón, etc.). Se comprobó que el uso de insulina o de sulfonilureas no aumenta el riesgo de padecer complicaciones macrovasculares con aterogénesis, antiguamente relacionadas con la hiperinsulinemia (por inyecciones de insulina o por uso de sulfonilureas) (González, 1999).

No se encontraron diferencias significativas entre el uso de sulfonilureas o insulina, pero metformina se constituyó como el tratamiento de elección entre las personas obesas con DM tipo 2. Por otro lado, las personas que combinaron tratamientos con sulfonilureas

y metformina tuvieron tasas altas de mortalidad.

Semejante a los resultados del DCCT, las complicaciones asociadas al tratamiento intensivo son la ganancia de peso y el riesgo incrementado de hipoglucemia.

Este estudio mostró, entre otras cosas, lo ventajoso que es procurar la normoglucemia en las personas con DM, en particular asociado con reducciones en la tensión arterial a menos de 130/85 mm/Hg. Sin embargo, careció de objetivos de tratamiento integrales, semejantes a los del DCCT. Es posible que la adición de monitorización de GS más frecuente, control más estricto de la alimentación, el ejercicio y el cuidado más cercano por un grupo de atención a la salud hubiesen conseguido resultados semejantes a los del DCCT. Es notorio que el nivel promedio de HbA_{1c} en las personas con tratamiento intensivo (7.0%) es mucho mejor que al principio del tratamiento (9.1%, semejante al promedio de las personas norteamericanas con DM, [ADA, 1999]).

Para Nathan (1998), el UKPDS estableció algunos parámetros y propició nuevas líneas de investigación. Corroborar la necesidad de perseguir la normoglucemia en pacientes con DM tipo 2 y demostrar las ventajas del tratamiento con metformina son dos logros de este estudio. Pero no fueron aclarados los impactos del control metabólico y la hiperglucemia en la enfermedad cardiovascular. Igualmente, el aumento en la mortalidad entre las personas que combinaron una sulfonilurea con metformina deberá ser analizado a consciencia. La ADA (1999) manifiesta que la mezcla de tratamientos, las características de la población y los pobres análisis estadísticos empleados son causantes de que no se lograra establecer una relación entre los niveles de GS e hiperinsulinemia en las enfermedades cardiovasculares.

Ni el DCCT ni el UKPDS se preocuparon especialmente por la adherencia al

tratamiento. A pesar de ser un poco más estricto, el DCCT careció de un método definido para medir o mejorar la adherencia al tratamiento en cada persona. El nivel de adherencia al tratamiento, sumada a otras variables (e.g. años de diferencia entre el inicio de la enfermedad y su diagnóstico, factores genéticos y factores emocionales), podrían explicar las modestas reducciones en el riesgo de padecer complicaciones crónicas de DM.

Después de analizar estos estudios, que marcan una nueva época en el tratamiento de DM, resaltan dos puntos: ya que DM es una enfermedad hasta la fecha incurable, (1) al menos se puede efectivamente retrasar el daño que causa; y (2), las propuestas del DCCT y UKPDS son factibles de mejorar, para lograr un tratamiento de DM que ofrezca reducir importantemente el riesgo de padecer complicaciones crónicas asociadas.

En este momento ya sólo resta proponer un tratamiento de DM que asimile las riquezas de la experiencia pasada y que añada nuevas ideas prometedoras. A continuación se detallan las características del tratamiento de un grupo multidisciplinario propuesto, poniendo especial atención en la parte que juega el psicólogo dentro del grupo, y principalmente en lo relativo al cambio de hábitos.

1.4.3 El grupo multidisciplinario para la atención a personas con DM

En una reflexión muy sensata, Donaldson y Venkat Nayaran (1998) resaltaron los errores en que incurren los cálculos de costos de DM. Algunas sobresimplificaciones usando los costos promedio de los servicios, sumadas a la falta de sensibilidad a los grupos sociales a la hora de estimar los costos por incapacidad y muerte, podrían deberse al sesgo por la intención de lograr mayor inversión pública en la investigación sobre DM. Estos autores piensan que sería mucho mejor hacer estudios más pequeños en los que no sólo se

determinara el costo de un padecimiento, sino el costo y sobre todo los beneficios de una intervención terapéutica. Es en este tenor en que nace este trabajo, que explica la intervención del psicólogo de la salud en un grupo multidisciplinario que atiende a personas con DM.

Hasta aquí queda claro que DM es un padecimiento muy complejo. Es importante atender a las molestias inmediatas y a las crónicas, así como a las enfermedades asociadas. La Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE por sus siglas en inglés) afirma que "vivir bien con diabetes requiere una adaptación psicosocial positiva, y el efectivo automanejo de la enfermedad" (p. 1, AADE, 1998). Para ello es necesario no sólo prescribir medicamentos, sino hacer cambios en el estilo de vida. Intuitivamente, el tratamiento de elección para DM debería ser aquél que atienda a todas las dimensiones del mismo. La ADA (1999a) recomienda que la atención a las personas con DM debe llevarse a cabo por un grupo coordinado por un médico, "tales equipos incluyen, pero no están limitados a, médicos, enfermeras, nutriólogos y profesionales de la salud mental con experiencia e interés especial en diabetes" (ADA, 1999a; p. S32).

Si se revisa la 2ª edición del libro "Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus Complicaciones" compilado por Lebowitz (1994) se encontrarán una pléyade de especialistas hablando cada uno, desde su punto de vista profesional, de la mejor atención al paciente con DM. Igualmente sucede al revisar, por ejemplo, el "Tratado de diabetología" compilado por Gómez y Rull (1997). La atención multidisciplinaria a DM se está convirtiendo en una cuestión teóricamente prevalente, aunque a la fecha en la práctica todavía es excepcional.

La evidencia también indica que es más conveniente usar los servicios

multidisciplinarios que los tratamientos tradicionales. En un estudio retrospectivo Ho, Marger, Beart, Yip y Shekelle (1997) encontraron que las personas que asistían a una clínica de diabetes con un enfoque multidisciplinario obtenían revisiones de los pies y ojos más completas, mejores resultados de HbA_{1c}, más educación en DM y mejor seguimiento de los resultados del automonitoreo de GS capilar que las personas que asistían a una clínica de atención general.

Las metas del tratamiento a la DM han motivado tanto la creación de las recomendaciones de la ADA (1999a), como la publicación de libros sobre DM con enfoque multidisciplinario, y dirigido la investigación sobre la efectividad de la atención multidisciplinaria a las personas con DM. En la declaración de los estándares de cuidado médico para los pacientes con DM, la ADA (1999a) recomienda a los profesionales de la salud buscar la mayor normalización posible de niveles de GS (medidos a través de la monitorización y HbA_{1c}). Cuando se logra la mayor normalización posible de GS se reducen los riesgos de descompensación debida a cetoacidosis diabética, síndrome hiperosmolar hiperglucémico no cetónico y la mortalidad y morbilidad asociadas. También se logran aliviar los síntomas de visión borrosa, poliuria, polidipsia, fatiga, pérdida de peso, polifagia o vaginitis. Igualmente se reduce el riesgo de desarrollar o de que progresen: oftalmopatía diabética, nefropatía y neuropatía. Finalmente, la normalización de GS está asociada a un perfil de lípidos menos aterogénico.

Lograr normalizar GS reduce el riesgo de complicaciones agudas de DM, minimizan los síntomas de hiperglucemia y hace menor la probabilidad de sufrir complicaciones crónicas asociadas a DM. Se considera que para lograr estos objetivos es necesario que las personas sean tratadas apropiadamente por un médico, que se les eduque

continuamente en DM, sean asistidos por un nutriólogo en el diseño de un plan alimenticio y se integren a un programa regular de ejercicio físico. Además, que sean apoyados por un profesional de la salud mental. A continuación se hablará brevemente del papel que juegan el médico, nutriólogo y el educador en DM dentro del grupo multidisciplinario para atender a personas con DM. Los capítulos de la segunda sección están dedicados a las diferentes tareas del psicólogo en el equipo de atención a las personas con DM.

De acuerdo con De La Rosa (1999), el grupo multidisciplinario para atender a personas con diabetes (GRUMAD) se compone de cuatro profesionales de la salud y se agregan una serie de interconsultantes. Los integrantes del grupo son el médico (endocrinólogo, internista o diabetólogo), el educador en diabetes, el nutriólogo y el psicólogo. Todos estos integrantes giran al rededor del paciente, y en algunas ocasiones, de su familia.

El trabajar en grupo significa "la atención integral otorgada al paciente diabético a través del trabajo en equipo de un grupo de profesionales de la salud con diferentes destrezas y habilidades que mantienen entre sí una adecuada comunicación y coordinación" (De la Rosa, comunicación personal). Igual que la ADA (1999a) y la AADE (1998), De la Rosa subraya la interacción entre el equipo de atención con el paciente. Partiendo del supuesto de que cada profesionista cuenta con habilidades diferentes y específicas para atender a DM, es sólo con el trabajo coordinado que se está en posibilidades de llegar a resultados satisfactorios en la atención de la DM. En la experiencia se ha visto que los resultados inmediatos son, en muchos, casos mejores que los obtenidos por el DCCT y el UKPDS (De la Rosa, Murguía y cols., en preparación). Con el paso del tiempo se sabrá si este tratamiento intensivo y multidisciplinario logra en el largo plazo lo que teóricamente

promete, la minimización de la aparición y progresión de complicaciones crónicas a través de la normoglucemia sostenida.

Al llegar con el grupo de atención, el primer contacto del paciente es con el médico, quien además de coordinar el trabajo del grupo, establece el diagnóstico de DM. Después del diagnóstico, se instauran los tratamientos médico, nutricional y psicológico y el programa de entrenamiento en automanejo de DM (ver figura 1)

1.4.3.1 El médico

En el GRUMAD el médico cumple con dos objetivos principales. El primero es la coordinación del grupo entre sí y con el paciente (De La Rosa, comunicación personal).

Debido a que el médico usualmente es el profesionalista de elección para atender DM, es él quien asume la responsabilidad del tratamiento frente al paciente. Además, por ser el primer contacto con el paciente, tiene la posibilidad de encontrar las áreas principales a tratar por él mismo y por el resto del grupo. Igualmente, al detectar una necesidad en el paciente que escape a los alcances del grupo, es el enlace con los interconsultantes (más adelante se habla con mayor profundidad de quienes son los interconsultantes). Para hacer más completa su función coordinadora, el médico también será responsable de vigilar el buen funcionamiento de todas las partes.

En segundo lugar, el médico se encargará de hacer el diagnóstico de DM (ver figura 1). En función del tipo de DM y los objetivos que persigue el paciente se acordará el tratamiento a seguir. Por lo tanto, el médico es el encargado de supervisar el logro y mantenimiento del control metabólico del paciente. Las principales herramientas del médico para lograr estos fines son los estudios de gabinete y laboratorio, los fármacos y las

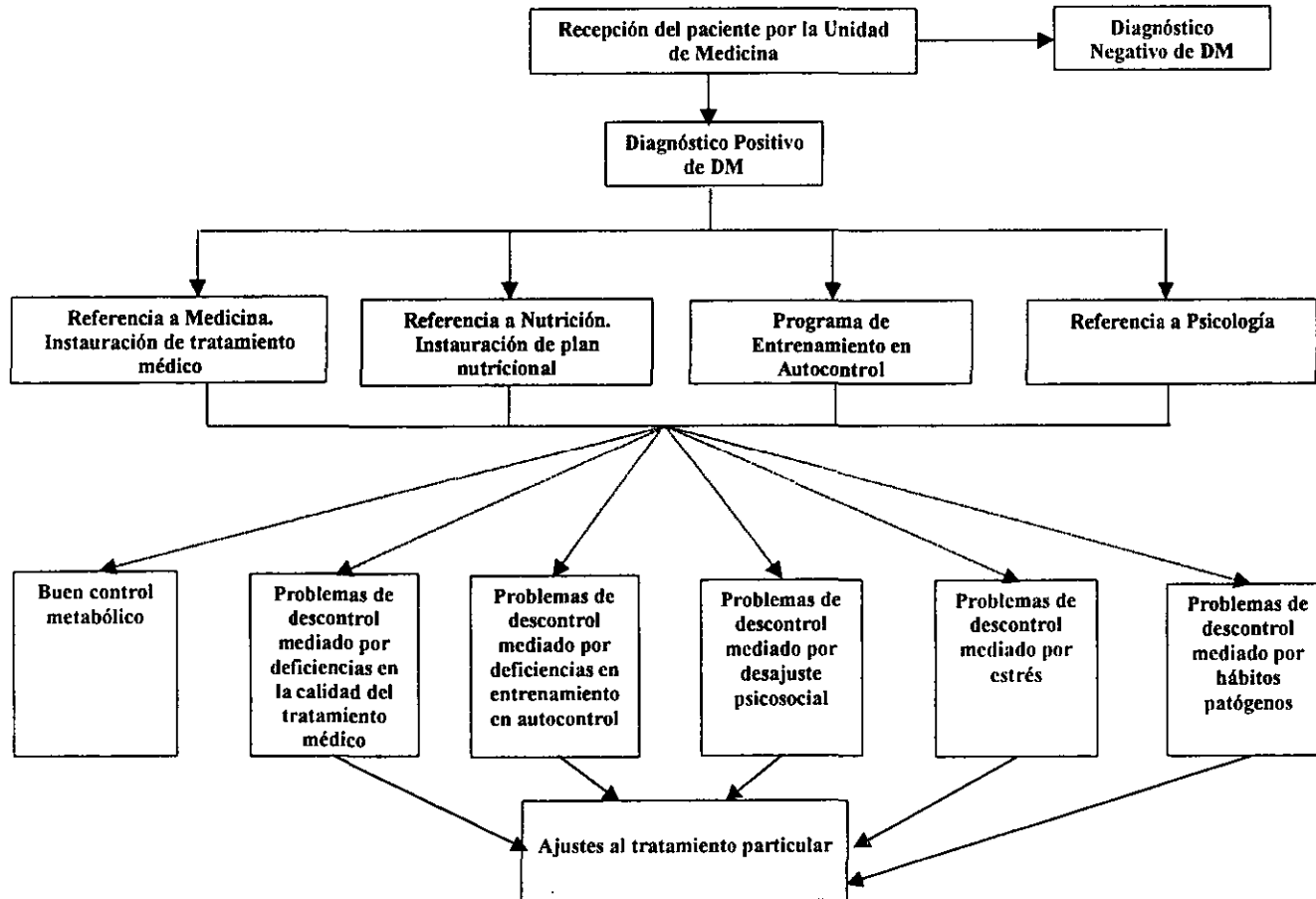
intervenciones quirúrgicas.

Una vez establecido el tratamiento, se espera el control metabólico (que incluye colesterol, triglicéridos, azúcares, y otras variables bioquímicas). Mientras se persigue el control metabólico, el médico busca documentar el estado en que se encuentran los órganos de choque del paciente (De La Rosa, 1999). De esta serie de diagnósticos se siguen decisiones importantes, entre ellas, la precisión del tratamiento nutricional, el derivar a otro especialista al paciente y el buscar corregir padecimientos concurrentes y complicaciones asociadas a DM. Un ejemplo será el paciente con DM que además cursa con infección en las vías urinarias e insuficiencia renal. Colateralmente al logro del control de glucosa que condiciona la infección y la insuficiencia renal, el médico combatirá con fármacos al microorganismo causante de la infección; también decidirá, junto con el nutriólogo y el paciente, los nuevos giros tendrá la alimentación para evitar agravar la insuficiencia; y en su caso, controlará la posible hipertensión arterial que podría empeorar el problema renal.

1.4.3.2 El nutriólogo

El médico suele tener el primer contacto con el paciente. Una vez conseguidos los objetivos de la primera consulta (ver ADA, 1999a), el médico y el paciente se coordinarán con el nutriólogo para establecer el tratamiento nutricional adecuado. Para De la Rosa (comunicación personal), la dieta es "la piedra angular del tratamiento". Se considera que es tan básica la intervención del nutriólogo puesto que de aquí surge el logro y mantenimiento del peso ideal del paciente (véase la primera sección para entender la relación entre el peso corporal y el control metabólico).

Figura 1. Diagrama de flujo de la atención al paciente con DM



El tratamiento nutricional empieza por la determinación del aporte calórico apropiado al paciente y a sus objetivos. El nutriólogo será el encargado de calcular la ingesta calórica del paciente y el gasto diario. Para lograrlo, tendrá en cuenta edad, peso inicial, grado de actividad física, complicaciones y porcentajes de carbohidratos, grasas y proteínas ingeridas por el paciente. Además, junto con el paciente y el médico, el nutriólogo discutirá la posibilidad de la prescripción de medicamentos para controlar algunos padecimientos clave como obesidad y dislipidemias.

El nutriólogo es pues, el encargado de lograr que el paciente tenga una alimentación adecuada. Sin embargo, es muy común que las personas con hábitos alimenticios inadecuados no tengan suficiente con la prescripción médica nutricional para cambiarlos. Es en esta situación que se hace relevante el papel del psicólogo del grupo. En la segunda parte de este trabajo se discutirá con todo detalle la intervención del psicólogo. Por ahora, baste saber que este trabajo propone que la consigna principal del psicólogo es el mejoramiento de la adherencia terapéutica.

1.4.3.3 El educador en diabetes

Una de las herramientas usadas por los psicólogos para mejorar la adherencia al tratamiento es la educación. Elliot P. Joslin, pionero en la atención a las personas con DM, a principios del siglo XX proponía que la educación de las personas con DM no es parte del tratamiento, sino el tratamiento mismo. De igual manera, algunos autores consideran que la base del buen cumplimiento de las prescripciones es la educación del paciente (Falvo, 1994). Esta es la filosofía prevaleciente en la actualidad en el campo de la educación en DM.

La AADE (1998) define a la educación en diabetes como la enseñanza y aprendizaje del cuerpo de conocimiento, las actitudes y las habilidades de automanejo relacionadas con el buen control de la enfermedad. Las metas principales de la educación en diabetes son promover los cambios conductuales necesarios para lograr óptimos resultados de salud, la adaptación psicosocial y la calidad de vida deseada. En pocas palabras, el objetivo de la educación en diabetes es capacitar a los individuos con diabetes en el manejo de las habilidades necesarias para cuidarse por sí mismos.

El encargado de la educación de los pacientes con DM es el educador en diabetes. Un educador en diabetes es un profesional del cuidado de la salud que ha dominado lo principal del conocimiento y las habilidades en las ciencias biológicas y sociales, en comunicación y *counseling* (consejería), y en educación; y que tiene experiencia en el cuidado de las personas con diabetes. El educador en diabetes debe ofrecer educación individualizada basada en una progresión desde las habilidades básicas de supervivencia, hasta la información avanzada para el autocuidado diario (AADE, 1998).

Para la Asociación Americana de Diabetes, la educación significa la capacitación en el automanejo de la enfermedad (ADA, 1994). Los pacientes que reciben esta educación son entrenados en el manejo de los medicamentos, en la determinación de glucosa sanguínea, en la manera de comer, en la manera de hacer ejercicio y la prevención de posibles complicaciones relacionadas con DM. También se puntualiza la habilitación en resolución de problemas especiales: como viajes y enfermedades concurrentes. Estas nuevas habilidades se espera que sean adaptadas a la propia vida del paciente y a los estándares de calidad de vida que sostiene (ADA, 1994).

La lógica subyacente de este enfoque es la delegación de responsabilidades del

médico en los hombros del propio paciente o su familia. Tanto la Asociación Europea del Estudio de Diabetes (1999), como la Federación Internacional de Diabetes (1999) y la Federación Mexicana de Diabetes (Pérez, 1996) comparten esta visión. Anderson (1996; en OPS; p.28) lo justifica con estas palabras "Los médicos pueden aprender a ser expertos en la asistencia del diabético, pero sólo los pacientes pueden serlo en la tarea de gobernar su propia vida".

El enfoque del automanejo de DM es un esquema que se acomoda perfectamente con la visión de un grupo multidisciplinario. La AADE (1998) afirma que los educadores en diabetes deben colaborar con el equipo multidisciplinario de profesionales de cuidado de la salud e integrar sus conocimientos y habilidades para proveer una experiencia educativa comprensiva. En la actualidad se incluyen en los objetivos de tratamiento de las personas con DM el retraso en la aparición de las complicaciones crónicas. La ADA (1994) reconoce que "...el tratamiento intensivo de la diabetes, que exige grandes demandas en el automanejo del paciente, puede prevenir o retrasar las complicaciones a largo plazo de la diabetes" (p.21).

En la práctica, parece que esta visión del tratamiento a las personas con diabetes ha sido exitosa. Además de los reportes del automanejo de DM en los países desarrollados, hay experiencias de países menos desarrollados que han aplicado el mismo modelo. Un estudio de gran escala en América Latina con personas obesas con DM tipo 2 reporta que la educación del paciente es un medio eficaz para optimizar el control de la enfermedad y reducir costos por el requerimiento disminuido de medicamentos (Glagiardino, 1996). En Pakistán, Shera (1992) reconoce la incapacidad para tener el personal adecuado para atender correctamente a las personas con DM, por lo que desarrolló un programa para que

sean los médicos generales quienes promuevan la educación del paciente. Asimismo, Nomo-Onglo (1992) y Hosey (1992) proponen estrategias para la educación de personas analfabetas y semianalfabetas, tan comunes en los países menos desarrollados.

Estos enfoques centrados en la educación del automanejo de la enfermedad en ocasiones se traslapan con los objetivos propios de la Psicología. Pérez-Pastén (1996) considera que se busca que el paciente adquiera conocimientos, desarrolle habilidades y modifique sus actitudes. Reconoce, como la ADA (1994), que es indispensable tomar en consideración variables de orden psicológico. Es por esto que el trabajo del psicólogo y del educador en diabetes deben estar tan coordinados, así como las intervenciones de todos los miembros del equipo de salud entre sí y con el paciente.

1.4.3.4 Los interconsultantes

Un grupo multidisciplinario para atender a personas con DM se integra principalmente por un médico, un nutriólogo, un educador en diabetes y un psicólogo, todos trabajando en forma conjunta con el paciente y su familia. A este grupo se suman una serie de especialistas que únicamente entrarán en funciones en momentos críticos: los interconsultantes.

Los interconsultantes son médicos especialistas en alguna área de la medicina o expertos de otra índole. Estos especialistas están entrenados para responder a las exigencias particulares de algunas personas con diabetes. Los interconsultantes más comúnmente requeridos por las personas con DM son los cardiólogos, los angiólogos, los oftalmólogos, los podiatras y los entrenadores físicos, pues dentro de sus campos de acción se circunscriben las principales complicaciones crónicas de la enfermedad (ADA, 1999a).

2. El psicólogo

Cuando se habla de lo psicológico, se habla de una gama muy amplia de fenómenos, desde las manifestaciones conductuales, los pensamientos, los sentimientos, la imaginación, y, hasta la creatividad. Una de las definiciones más tradicionales de Psicología es la de "ciencia que estudia a la conducta y los fenómenos mentales".

En el área de la salud, y en concreto en la influencia de los factores psicosociales en el control metabólico en personas con DM, la cantidad de fenómenos estudiados es reducida. Sin embargo, la necesidad de considerar también a las variables psicológicas en la atención de la DM es ya una postura aceptada entre los profesionales de la atención a la salud. Tanto las principales asociaciones de personas con diabetes a nivel mundial, como las asociaciones de educadores en diabetes y los expertos en la materia, reconocen la importancia de incidir en las variables psicológicas que condicionan una progresión inocua de DM.

Harris y Lustman (1998) consideraron que el papel del psicólogo en la atención de la diabetes se centra en tres puntos: 1. Procurar conductas inmunógenas; 2. Tratamiento de problemas psicológicos; y 3. Asesorar al equipo médico en cómo incorporar principios psicológicos en el cuidado del paciente para mejorar los resultados clínicos (por ejemplo, los estudios acerca de la influencia de las características del tratante en la adherencia a los tratamientos médicos [DiMatteo, Donald, Hays y cols., 1993], y los Manuales de Entrenamiento en Habilidades Conductuales para Profesionales de la Salud [Rodríguez, 1999 y Rodríguez, 2000]).

Los puntos 2 y 3, independientemente de su importancia, escapan a la importancia

del presente trabajo. El punto 1, la promoción de conductas inmunógenas, se refiere a la provisión de tratamientos que desarrollen nuevas conductas saludables, que fortalezcan las conductas ya existentes, y que extingan las conductas no saludables en tanto se relacionen con el control glucémico mejorado (Harris y Lustman, 1998).

Así, los objetivos del tratamiento psicológico en diabetes son, para todos los pacientes (Harris y Lustman, 1998)¹:

- Mejorar la adherencia al régimen de tratamiento de la DM.
- Promover conductas de afrontamiento pro-diabético (p.e. dieta y ejercicio).
- Extinguir las conductas de alto riesgo a la salud (p.e. fumar y consumo excesivo de grasas).
- Mejorar el funcionamiento familiar en cuanto se relaciona a la comunicación y la solución de problemas relacionados con DM.
- Proveer de soporte para el distrés subclínico relacionado con la diabetes.

Mientras que los objetivos para los pacientes con problemas psicológicos son evaluar y tratar la psicopatología, particularmente la depresión, la ansiedad y los desórdenes de la alimentación, así como referir al paciente para medicación psicoactiva cuando sea necesario (Harris y Lustman, 1998).

A continuación se dedicarán varias páginas al fenómeno de la adherencia al tratamiento y las diversas aproximaciones con que se ha abordado. Una manera de entender a la adherencia al tratamiento es como un problema de hábitos, convirtiéndose así en un caso del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1982) (Doherty, James y Roberts, 2000), que no sólo describe las fases motivacionales de las personas en vía de

¹ Además de los propuestos por Harris y Lustman (1998), otros objetivos del tratamiento para personas con DM son aumentar la percepción de control y mejorar la autoregulación (Domínguez, comunicación personal).

cambio de hábitos, sino que también presenta los procesos que permiten una evolución más sencilla hacia el abandono de los hábitos patógenos. Finalmente, se describen las acciones que, dirigidas por el MT, han demostrado éxito en la promoción de la adherencia al tratamiento.

2.1 Variables psicosociales que afectan el control metabólico

De entre los factores más estudiados están el estrés, la depresión, la personalidad, el temperamento y la funcionalidad familiar.

La influencia que las variables ejerzan sobre el control metabólico es de dos tipos, directa o indirecta (Bishop, 1994). Se habla de influencia directa cuando la variable produce por sí misma el descontrol metabólico, como por ejemplo el estrés. Surwit y Feinglos (en Cox y Gonder-Frederick, 1992) describen el mecanismo fisiológico que subyace al descontrol metabólico en DM. Esta hipótesis reconoce las cualidades bloqueadoras de las hormonas del estrés sobre la insulina, lo que condiciona el aumento en los niveles de GS.

En cuanto a la influencia indirecta, siempre es mediada por otra instancia, como por ejemplo, el nivel educativo. Directamente, la falta de educación no incide en el control metabólico, pero lo hace cuando condiciona conductas de poco cuidado de la salud.

Cabe aclarar que la mayoría de las variables psicosociales estudiadas tienen influencias tanto directas como indirectas sobre la regulación metabólica. Por ejemplo, la baja cohesión familiar produce estrés, por lo que podría generar descontrol metabólico; además, bloquea los mecanismos de regulación que favorecen la mejor adherencia al tratamiento.

De entre los reportes de investigación sobre las variables psicosociales destacan, el de La Greca y Skyler (s. f.) y el de Heltz y Templeton (1990). La Greca y Skyler (s. f.) revisaron los estudios sobre ansiedad, depresión, estresores de la vida, disfunción social y temperamento (nivel de actividad, distractibilidad, reacciones a los estímulos, rutinas y estado de ánimo), así como conflicto, coerción, compromiso y adaptación familiares. Igualmente, Helz y Templeton (1990) analizaron, entre otras variables, los factores de personalidad y estrés.

Con base en el análisis realizado, La Greca y Skyler (s.f.) proponen un modelo que explica como el ajuste psicosocial condiciona al control metabólico (Ver figura 2).

Figura 2. Modelo de variables psicosociales que afectan en control metabólico de DM

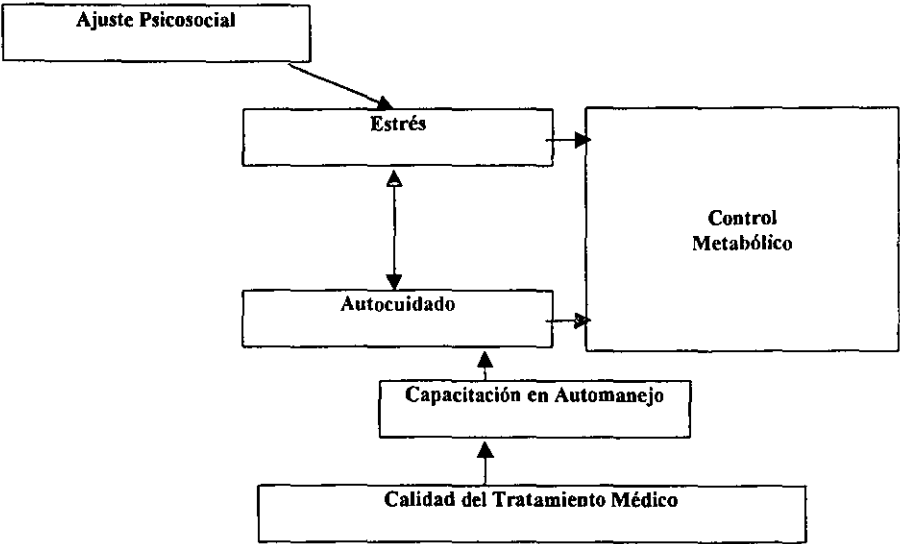


Figura 2. El modelo de factores psicosociales que afectan al control metabólico. Adaptado de La Greca y Skyler (s.f.)

Este modelo propone que hay dos variables directas que determinan el control metabólico: el autocuidado y el estrés; y otras tres indirectas: el ajuste psicosocial, la capacitación en el automanejo del padecimiento y, la calidad del tratamiento.

Los elementos más básicos para entender la relación entre factores psicosociales y control metabólico son la capacitación en el automanejo de la enfermedad y lo adecuado del tratamiento médico. No es factible intentar intervenir en los factores psicológicos para el control metabólico de un individuo sin antes garantizar que tiene un tratamiento adecuado y los recursos para llevarlo a cabo.

En el nivel más alto de complejidad se encuentra el ajuste psicosocial. Como se ha visto en la literatura (Helz y Templeton, 1990), hay evidencia de que el nivel de control metabólico correlaciona con algunas variables psicosociales. Por ejemplo, Grey y cols. (citados por Helz y Templeton, 1990) encontraron dos a tres veces mayor cantidad de glucosa en orina entre los pacientes con mal ajuste psicosocial, que entre los pacientes con buen ajuste.

Pero ni el ajuste psicosocial ni el entrenamiento en automanejo y calidad del tratamiento tienen la capacidad para influir en el control metabólico por sí mismo. Las instancias mediadoras son el autocuidado y el estrés, que afectan directamente el control metabólico. Así, el nivel de ajuste psicosocial sólo podrá afectar el control metabólico del paciente por medio del estrés que produce/reduce o por el nivel de adherencia al tratamiento que condiciona. Helz y Templeton (1990) citan el estudio de Jacobson y cols. que afirma que la autoestima al inicio de la enfermedad predice el nivel de autocuidado en los siguientes 18 meses en niños con DM tipo 1. Lo mismo sucede con el entrenamiento en autocuidado y el tratamiento médico, que generan mejorías clínicas en la medida en que

condicionan niveles más altos de adherencia al tratamiento y reducen el estrés.

El manejo del estrés es una intervención para promover directamente el mejor control metabólico en personas con DM. El estrés, sin embargo, también tiene una influencia indirecta sobre el control metabólico, pues durante situaciones de estrés las personas suelen incurrir en conductas patógenas. Marlatt (1985) afirmó que más del 50% de las recaídas en las personas que cambian de hábitos se relacionan con situaciones de estrés. Por lo tanto el estrés se reviste de especial importancia, tanto por su influencia directa en la regulación metabólica, como por ser una situación particular que dificulta el cambio de hábitos.

En conclusión, el descontrol metabólico está asociado a dos variables extrapsicológicas: la calidad del tratamiento y las deficiencias en el entrenamiento en automanejo; y a tres de orden psicosocial: el desajuste psicosocial, el estrés y los hábitos patógenos (La Greca y Skyler, s.f.). En la siguiente sección se hablará con detalle de la tercera variable psicosocial en el descontrol metabólico, los hábitos patógenos de pobre adherencia al tratamiento.

2.2 La adherencia al tratamiento

Una de las variables de orden psicológico con influencia en el control metabólico de las personas con DM —y por consiguiente con el daño que la DM inflija— es la adherencia al tratamiento (Harris y Lustman, 1998). Existen diversas aproximaciones teóricas a este problema.

Puente (1985) la define como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las

prescripciones recibidas, definición no tan alejada del concepto de “obediencia”, criticado por su verticalidad. En la actualidad no se favorece la concepción del paciente como ser pasivo, que espera las órdenes del experto.

Puente (1985) centra su definición en la ingestión de medicamentos. Con miras clasificar las conductas de no adherencia, propone los errores que puede cometer el paciente: de omisión, de dosis, en el tiempo, de propósito y automedicación. La explicación subyacente a la no adherencia al tratamiento es la equivocación, --en extremo simplista--, que soslaya fenómenos como la motivación (Miller y Rollnick, 1991) y los constructos cognoscitivos relacionados con la enfermedad (Bishop, 1994).

La propuesta de Puente es insuficiente para explicar un fenómeno de la complejidad de la adherencia al tratamiento. Domínguez (1985) usó una definición más amplia que, sin embargo, no describe lo que la adherencia al tratamiento es, sino lo que no es. La falta de adherencia se refiere a la deserción (abandono, separación o distanciamiento) prematura por parte del paciente de la terapia, al igual que la implementación incompleta o parcial de las instrucciones terapéuticas (Domínguez, 1985).

Domínguez (1985), además, citó una serie de dimensiones del fenómeno:

- Iniciar o continuar en un programa terapéutico
- Acudir a las citas de seguimiento o supervisión
- Tomar los medicamentos prescritos
- Modificar, restringir o cambiar actividades en la persona como son el ejercicio físico, el consumo de tabaco y la dieta.

Domínguez (1985) tomó en cuenta a cualquier intervención terapéutica y a los hábitos, junto con la ingesta de medicamentos. El manejo multidisciplinario de una persona con DM conlleva una serie de actos de diversa índole que son necesarios para

lograr el buen control metabólico pues se requieren varias consultas con más de un especialista, así como la asistencia a citas de seguimiento de por vida, además, en la mayoría de los casos, se prescribirán uno o más medicamentos a distintas horas del día. Y será indispensable instaurar un programa regular de ejercicios, así como abandonar algunos hábitos perniciosos (en la alimentación, consumo de cigarro, consumo de alcohol, etc.).

Domínguez (1985) reconocieron que la falta de adherencia al tratamiento no necesariamente se debe a un error, de igual forma, ofrece un espectro más completo de la misma. La terminación del tratamiento puede significar abandono total, distanciamiento temporal o separación de alguna dimensión de las prescripciones. El abandono al tratamiento comúnmente tiene más causas que el simple error que consideraba Puente (1985), pues puede deberse a problemas económicos, a olvido, a barreras físicas y a factores motivacionales.

Faltar a la adherencia terapéutica no implica omitir totalmente al tratamiento, a veces el problema es no utilizarlo con la periodicidad adecuada, y para el caso de DM al menos, en la adherencia al tratamiento no es relevante sólo lo relativo a los medicamentos, sino a la asistencia a las citas subsecuentes y los hábitos dañinos.

A pesar de lo diferentes que pueden llegar a ser las connotaciones de las mismas palabras por dos autores, ambos comparten todavía un rasgo de verticalidad, no tan radical como en el término "obediencia". Sin embargo, todavía reconocen que hay un experto que establece las condiciones, y un consultante que se reserva el derecho de seguir las indicaciones o no.

Un paso más adelante en el respeto a la voluntad del paciente es el término *concordance*, concordancia o acuerdo. Dickinson, Wilkie y Harris (1999) sostienen que

"la Concordancia es una nueva aproximación a la prescripción e ingesta de medicinas. Es un acuerdo alcanzado después de la negociación entre un paciente y los profesionales del cuidado de su salud que respeta las creencias y deseos del paciente en la determinación de si ingerir o no, cuando, y cómo los medicamentos se van a utilizar" (p. 787).

Los conceptos más significativos en esta corriente son la comunicación bidireccional entre paciente y tratante, la capacidad de decisión del paciente y la relación de alianza terapéutica que se genera entre ambos.

La comunicación bidireccional es considerada como la manera óptima de generar un decisiones correctas en el paciente. El médico expone todas las opciones de tratamiento y las características asociadas a cada uno, mientras que el paciente hace preguntas, aclara su situación y presenta las dudas que surgieran, en consecuencia, el médico amplía las opciones, flexibiliza las prescripciones o profundizará en los detalles del tratamiento. En común acuerdo, decidirán cuál es el tratamiento a seguir, cuales son las metas que se persiguen y en qué tiempo se espera conseguirlas, lo que genera una sólida alianza terapéutica que aumenta las probabilidades de adherencia al tratamiento.

Como se puede apreciar, concordancia no es un termino que pueda sustituir a obediencia ni a adherencia al tratamiento. Concordancia se refiere a la manera de elegir el tratamiento a seguir.

Existen definiciones de adherencia al tratamiento que son más sensibles a esta aproximación que las dos primeras. Kristeller y Rodin (1984; en Rodríguez y Rojas, 1999; p. 7) consideran que "la adherencia al tratamiento es el grado en que una conducta (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en su estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la salud. Implica un plan de tratamiento

colaborativo, voluntario y activo, que incorpora las creencias y actitudes del paciente.

Comprende diversas conductas:

1. Propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento
2. Asistencia a citas de seguimiento.
3. Uso correcto de la medicación prescrita.
4. Realizar cambios apropiados en el estilo de vida (dieta, ejercicio, extinción de hábitos).

(Rodríguez y Rojas, 1999).

Tanto Puente (1985) como Domínguez (1985) reconocieron que existe una serie de factores de los que dependía la adherencia al tratamiento. Estos factores se clasificaron como: de orden psicológico, del personal que cuida la salud, del tratamiento y materiales (ver tabla 2).

La falta de adherencia al tratamiento priva al paciente de muchos de los beneficios de los tratamientos, cronifica o agrava su padecimiento y hace necesario el sometimiento a nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Además es costosa para el paciente, el sistema de salud y la comunidad en general (Harris y Lustman, 1998).

A pesar de las inconveniencias de la falta de adherencia al tratamiento, ésta sigue siendo muy prevalente. Blackwell (1986; citado por Puente, 1985; Falvo, 1994; Rodríguez y Rojas, 1999) afirma que entre el 25 y el 50% de los pacientes en consulta externa incurre en fracaso total en la toma de medicamentos. Masek (1982; citado por Rodríguez y Rojas, 1999), Marston (1970; citado por Rodríguez y Rojas, 1999), y Davis (1968; citado por Flavo, 1994) son de la misma opinión. Se estima que el promedio de adherencia al tratamiento en general es de entre 35 y 50%.

Tabla 2. Factores que determinan la adherencia al tratamiento	
a) Psicológicos	
1. Entendimiento de las prescripciones	
2. Discrepancia de prescripciones con normas del sujeto	
3. Concepto de manejo del tiempo del paciente	
4. Capacidad de planeación del paciente	
5. Dolor emocional como resultado de padecer una enfermedad	
6. Modelo cognoscitivo de enfermedad/Rol de enfermo	
7. Evaluación de la gravedad del padecimiento	
8. Grado de cumplimiento en otras áreas	
9. Inercia psicológica	
10. Creencia en el beneficios del tratamiento	
11. Conocimiento acerca de la enfermedad	
12. Satisfacción con el terapeuta	
13. Discrepancia de las expectativas sobre el tratamiento con la realidad	
b) Del personal que atiende	
1. Trato que recibe el paciente	
2. Atención pronta y eficaz	
4. Continuidad de la relación con el terapeuta	
5. Actitud del terapeuta (hacia el tratamiento, el paciente)/Calidez	
6. Capacidad de comunicación con el paciente	
7. Grado de supervisión	
8. Tiempo de espera de la consulta	
9. Instrucciones individualizadas y específicas	
10. Atractivo personal del terapeuta	
11. Refuerzo social por adherencia	
c) Materiales	
1. Recursos económicos para solventar las prescripciones	
2. Apoyo de las personas significativas/Estabilidad familiar	
3. Nivel educativo-social	
d) Del Tratamiento	
1. Especificidad (ej. placebo)	
2. Grado de implementación	
3. Complejidad	
4. Cantidad de cambio que exige	
5. Alivio que le acompaña	
6. Efectos colaterales y aversivos	

Tabla 2. Factores que determinan la adherencia al tratamiento. Adaptado de Puente (1985)

En situaciones más particulares, Sackett y Snow (1979; citado por Rodríguez y Rojas, 1999) reportan que entre 20 y 50% de las personas no asisten a citas programadas, mientras que el 25% no lo hacen en las autodeterminadas. Stimson (1974; citado por Rodríguez y Rojas, 1999) consideran que entre el 20 y el 60% de los medicamentos son mal administrados, de estos el 35% ponen en riesgo la salud de quien sigue esta práctica. Finalmente, Sackett (1979; citado por Rodríguez y Rojas, 1999) considera que los regímenes preventivos tienen entre 10 y 20% peor adherencia que los curativos. La mayor parte del tratamiento de la DM trata de prevenir las complicaciones crónico degenerativas asociadas a ella.

Particularizando en la DM, Rodríguez y Rojas (1999) citan a Cerkoney y Hart (1990), quienes reportan que únicamente 7% de las personas con DM se adhieren a todo lo prescrito. Los datos de Watkins, Roberts, Williams, Martin y Coyle (1967; citados por Rodríguez y Rojas, 1999) indican que, de las personas con DM tipo 1, 80% no se administra correctamente la insulina; 73% no sigue correctamente la dieta; 50% no cuida apropiadamente los pies; y 45% no realiza correctamente la determinación de glucosa en orina. En un estudio reciente, Harris y Lustman (1998) afirman que entre 35 y 75% de las personas con DM no sigue el plan de alimentos, entre 20 y 80% se administra incorrectamente la insulina, entre 30 y 70% registra sin precisión los resultados de GS capilar, entre 23 y 52% cuida inadecuadamente de los pies, y entre 70 y 81% no se ejercita adecuadamente.

La pobre adherencia al tratamiento de DM está asociada con complicaciones crónicas. En México, la DM es la primera causa de ceguera y la tercera de muerte

(SSA, 1999). A pesar de que actualmente la medicina cuenta con los avances tecnológicos para retrasar la aparición y detener la progresión de complicaciones asociadas, la realidad muestra que en México pronto DM será la primera causa de muerte. Es insoslayable la necesidad de contar con un grupo de atención a la salud de las personas con DM que integre a un psicólogo para fortalecer la adherencia al tratamiento, que la considere un problema complejo y no olvide que es un fenómeno desarrollado en un contexto social, en el que los resultados se optimizan al tomar un papel más activo en las decisiones tanto el grupo médico como el paciente.

2.3 La adherencia al tratamiento como un problema de hábitos

A pesar de que todos los miembros del grupo multidisciplinario buscan generar mayor adherencia al tratamiento, una gran parte de la responsabilidad recae en el psicólogo, al ser la adherencia un constructo de orden psicológico². Una manera de conceptualizar el fenómeno de la adherencia al tratamiento es como un problema de hábitos: en un principio el paciente no posee el hábito de administrarse un medicamento, de seguir un programa de ejercicio o de apegarse a un régimen alimenticio (p.e. Barrera, [tesis inédita]). Después de mantener contacto con el equipo de salud —o de sólo recibir instrucciones— debería tener una serie de hábitos ya establecidos.

Para Linton (1982) la personalidad se utiliza para adaptarse al medio en el que se desarrolla. Los rasgos de personalidad que sean útiles en el esfuerzo de adaptación al ambiente tenderán a repetirse. Con el paso del tiempo, la repetición de un patrón conductual se automatiza y se hace ahorrador de esfuerzo y tiempo, hasta el grado de

² Sin embargo, todos los profesionales de la salud, de la misma manera en que generan adherencia a conductas salutógenas y tratamientos médicos útiles, podrían incurrir en promover conductas patógenas y de apego a tratamientos iatrogénicos (Dominguez, comunicación personal).

formarse como un hábito. Linton define a los hábitos como "respuestas automáticas de eficacia ya probada" (p. 95).

Una explicación a que en diversos grupos culturales sean tan extendidos hábitos dañinos de alimentación, sedentarismo y negligencia con el autocuidado (patógenos conductuales en la terminología de Matarazzo [1984]) asociados a DM es que el medio más eficiente para adquirir nuevos patrones conductuales es la imitación.

Miller (1980) y Miller y Rollnick (1991) han declarado que las expectativas frustradas de los profesionales de la salud ante el aparentemente imposible cambio de hábitos en sus pacientes generan una dinámica represiva, que parte de la definición de ciertos pacientes como resistentes y negadores de conflicto, y termina con el diagnóstico de un factor de personalidad subyacente a los problemas de hábitos. Esta aproximación ignora una gran cantidad de factores ambientales, interpersonales e intrapersonales, que determinan los hábitos patógenos.

Junto con las explicaciones de Linton (1982) sobre la dificultad para cambiar los hábitos largamente establecidos, el concepto de Conductas Adictivas acuñado por Miller (1980) explica por qué las personas incurren en conductas que evidentemente dañan a su integridad. Al analizar con detalle a los comedores compulsivos, a las personas sedentarias, a los adictos a sustancias y hasta a los apostadores patológicos (y tal vez incluso, a las personas con hábitos de pensamiento patológicos característicos de la depresión o los trastornos obsesivos), es claro que las conductas problema, en primera instancia, comparten la característica de indulgencia a corto plazo en situaciones altamente reforzantes, a costa de daños a largo plazo.

Estas conductas se han relacionado con el "Circuito del Placer" en el Sistema

Limbico, en el que las endorfinas y la dopamina juegan un papel sobresaliente. La estimulación intracraneal en esta área parece obrar independientemente del estado motivacional del individuo, por lo que no hay un punto de saciedad que detenga las respuestas ante la estimulación (Kandel, Schwartz y Jessell, 1997).

Una conducta que ha sido establecida por muchos años es difícil de cambiar si las condiciones ambientales, inter e intrapersonales que la mantienen no se modifican, e incluso son agravadas por el profesional de la salud. Esta es una situación muy típica de las personas con DM en su interacción con el equipo de atención a la salud que no conoce la dinámica de cambio de hábitos y se desespera ante lo que parece ser un paciente resistente al cambio.

Así pues, el diagnóstico de DM por lo general da comienzo a una época en la que se deben instaurar nuevos hábitos de vida y procurar extinguir algunos otros —a veces, incluso en contra de la falta de entrenamiento del equipo de atención del paciente. La gran mayoría de las personas con DM tienen el tipo 2, por lo que serán casi todos adultos, lo que se corrobora con los datos de la pobre adherencia al tratamiento de las personas con DM y los datos de morbi-mortalidad y enfermedades asociadas a la DM.

2.4 El Modelo Transteórico

Una manera de entender a la no adherencia al tratamiento en personas con DM es como un problema de hábitos. Dentro de la definición propuesta por Miller (1980) de conductas adictivas, se contemplan al sedentarismo y a la ingesta inadecuada, dos de los problemas más serios con que se enfrentan las personas con DM y su equipo de atención a la salud. Estos dos hábitos patógenos seguramente explican una gran parte de las

complicaciones que caracterizan a las personas con DM hoy en día, y son fuente de frustración para muchos profesionales de la salud.

Si se analiza a la adherencia al tratamiento en las personas con DM como un problema de hábitos, se le puede abordar desde el esquema de Prochaska y DiClemente (1982). Este modelo analiza tanto el cambio de hábitos que se da naturalmente como el que es asistido por profesionales de la salud mental, así como incorpora a los procesos que median la transición por las etapas de cambio y las variables que intervienen en la eficiencia de estos procesos.

Este modelo ofrece una visión del fenómeno de cambio de conductas problema independientemente de la naturaleza de las mismas. Su efectividad ha sido demostrada ampliamente en el tratamiento de adicciones, como al alcohol y a la nicotina, y en diversos campos más, como los hábitos alimenticios y de ejercicio, tan trascendentales para el buen tratamiento de las personas con DM. Por la comprensividad que lo caracteriza, y por los contundentes resultados que ha obtenido, el MT promete ser una aproximación que marque un hito en el apoyo al mejoramiento de la adherencia terapéutica en general, pero en particular, en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (Doherty, James y Roberts, 2000).

A continuación se presentan los aspectos más relevantes del MT, la evidencia experimental sobre la eficacia de esta aproximación para cambiar conductas problema y la discusión que sustenta la aplicación del MT para el fortalecimiento de la adherencia terapéutica en pacientes con DM tipo 2.

Prochaska y DiClemente (1982) hicieron notar la gran cantidad de aproximaciones psicoterapéuticas que existían en el mercado hacia finales de los años setenta. Resaltaron que virtualmente todas ellas mostraban éxitos terapéuticos en diversos grados, mientras que

ninguna podía jactarse de ser efectiva con todo tipo de pacientes. En un esfuerzo de análisis y síntesis, propusieron que el común denominador de todas ellas era un conjunto de procesos. Prochaska (1999) definió a los procesos como "acciones abiertas o encubiertas y experiencias que efectúa la persona que desea cambiar su conducta" (p. 1). Estos procesos se vuelven relevantes en diversas medidas para cada una de los modelos psicoterapéuticos clásicos (ver Tabla 3). Así, la mayor parte de las escuelas de corte psicoanalítico y humanista se enfocan en los procesos de concientización, alivio dramático, liberación social

Tabla 3. Los procesos de cambio en el MT

Conscientización. Esfuerzos del individuo para buscar nueva información y lograr entendimiento y retroalimentación acerca de la conducta problema
Contracondicionamiento. Sustitución de alternativas para la conducta problema.
Alivio dramático. Experimentar y expresar sentimientos acerca de la conducta problema y posibles soluciones
Reevaluación ambiental. Consideración y evaluación del cómo la conducta problema afecta a los ambientes físico y social
Apoyo social. Confianza, aceptación y utilización del soporte de quienes se preocupan del paciente durante sus intentos de cambiar la conducta problema
Sistemas de control interpersonal. Evitar las situaciones sociales o personas que facilitan la conducta problema.
Levantar duda. Poner en duda la satisfacción con el hábito problema tras analizar sus pros y contras.
Manejo de refuerzos. Premiarse uno mismo o ser premiado por otros por hacer cambios
Autoliberación. La decisión y el compromiso para cambiar la conducta problema, incluyendo la creencia en la capacidad para cambiar
Autoreevaluación. Reevaluación emocional y cognoscitiva de los valores por el individuo con respecto a la conducta problema
Liberación social. Consciencia, accesibilidad y aceptación por el individuo de las alternativas o estilos de vida libres del problema en la sociedad
Control de estímulos. Control de las situaciones y otras causas que disparan la conducta problema
Uso de sustancias. Uso de medicamentos prescritos o no prescritos u otras sustancias que modifiquen el apetito, el metabolismo o las emociones.

Tabla 3. Definición de los procesos de cambio. Adaptado de Prochaska (1999).

Tabla 4. Fases de cambio del MT

Precontemplación. Es la etapa en la que no hay intención de cambiar la conducta en el futuro venidero.

Contemplación. Es la etapa en la que la gente está consciente de que un problema existe y está seriamente pensando acerca de solucionarlo, pero todavía no se ha comprometido a tomar acciones

Preparación. Es la etapa que combina intención y criterios conductuales. Los individuos en esta etapa están intentando tomar acción en el próximo mes y han tomado acción sin éxito en el pasado año

Acción. Es la etapa en que los individuos modifican su conducta, experiencias o ambiente para solucionar sus problemas. Incluye la mayoría de los cambios conductuales manifiestos y requiere considerable compromiso de energía y tiempo.

Mantenimiento. Es la etapa en la que la gente trabaja para prevenir recaídas y consolidar las ganancias logradas durante la acción. Para las conductas adictivas esta etapa se extiende de seis meses a un periodo indeterminado pasando las acciones iniciales.

Tabla 4. Definición de las fases de cambio. Prochaska (1999)

y autoliberación. Por su parte, las terapias de corte conductual se reclinan más en los procesos de contracondicionamiento, control de estímulos y manejo de reforzamientos. Por otra parte, la psiquiatría monopoliza el uso de sustancias; y las terapias cognoscitivas-conductuales se centran más en los procesos de concientización, liberación social y

autoliberación. En palabras de Miller y Rollnick (1991, p. 4) "La manera en que los psicoterapeutas interactúan con los clientes parece ser cercanamente tan importante como – y tal vez más que– la aproximación específica o la escuela de pensamiento desde la que él o ella opera."

Las fases de cambio representan distintos momentos por los que pasa quien modifica una conducta problema (ver Tabla 4). Las fases descritas por Prochaska y DiClemente (1982) son a la vez descripciones de la conducta típica de personas en estadios motivacionales particulares, como guías sobre la propensión a ser beneficiados por una serie de procesos. Es trascendental conocer la fase por la que cursa un cliente para utilizar los procesos óptimos a la misma, pues, cuando son bien aplicados, facilitan la transición de una fase a la siguiente, y al paso del tiempo, la adquisición de hábitos saludables.

Cabe aclarar que, más que un proceso lineal, el tránsito por las fases de cambio se parece más a una rueda. A la fase de precontemplación sigue la de contemplación, luego preparación, acción y mantenimiento, y finalmente recaída. En el esquema original de Prochaska y DiClemente (1983) se podría entrar y salir de "la rueda de cambio" en cualquier fase, pero el regresar implica caer nuevamente a las fases inferiores (contemplación o precontemplación). La circularidad del modelo se hace más aparente cuando notamos que las fases primera y última, precontemplación y recaída, son adyacentes (Ver Figura 3). Rollnick (1991) afirma que, más que pertenecer a fases discretas, los pacientes se encuentran en un continuo de presteza para cambiar.

A grandes rasgos, los procesos de cambio hacen que la rueda gire. Los procesos propios de la fase de precontemplación (p.e. crear duda) harán que la rueda tienda a moverse hacia la siguiente fase, la contemplación. Del mismo modo, concientizar, proceso

óptimo entre los contempladores, les ayudará a moverse hacia la fase de preparación; así como el apoyo social y el manejo de reforzadores llevará a quienes están en acción hacia el mantenimiento.

A pesar de que el objetivo es que el paciente se quede en mantenimiento indefinidamente, comúnmente los pacientes recaen en varias ocasiones. Prochaska, DiClemente, Velicer y Rossi (1993) han encontrado que las personas que abandonan el hábito de fumar intentaron previamente dejarlo al menos siete veces antes de conseguir el éxito. Valga recordar la muy citada frase de Mark Twain: "Es muy fácil dejar de fumar, yo lo he hecho cerca de cien veces, el problema es permanecer sin fumar".

Figura 3. Esquema de la Rueda del Cambio del MT

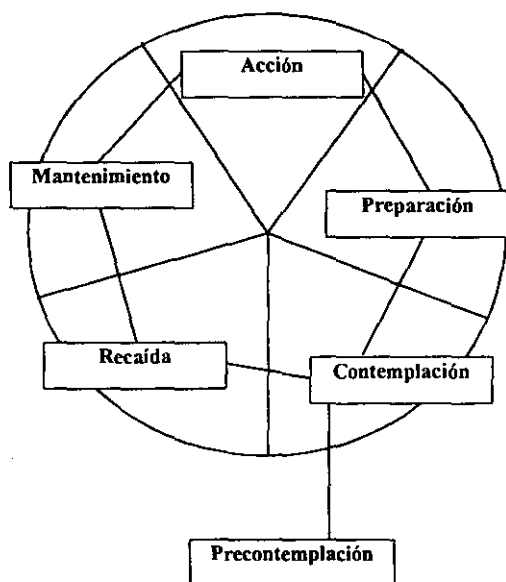


Figura 3. Esquema de la rueda del cambio. Adaptada de Prochaska y DiClemente (1982).

Cada recaída vuelve a integrar al paciente a la rueda del cambio y le deja con un cúmulo de experiencias nuevas que aumentan la probabilidad de que el siguiente intento sea el definitivo en el cambio de hábitos. Se espera que al paso del tiempo, las recaídas se vuelvan menos frecuentes y el tiempo que se permanece en mantenimiento se alargue. A largo plazo, sería óptimo que llegará el momento en el que modificar la conducta problema ya no representara un esfuerzo para el paciente y el problema estuviese superado.

Puesto que en la fase de Precontemplación la persona, además de no intentar cambiar, no se percató de que tiene un problema —esto es, la probabilidad de empezar o mantener el cambio de hábitos es muy baja—, el terapeuta intentará crear duda o conflicto acerca de la entera satisfacción del paciente con la conducta problema, llevándole a que considere los riesgos y problemas asociados a la conducta a ser cambiada (Miller y Rollnick, 1991). Las más tempranas posiciones de Prochaska y DiClemente (1983) eran pesimistas en cuanto a lo que el terapeuta podría hacer para facilitar el paso de las etapas de Precontemplación a Contemplación, pues se reducía a esperar a que algún cambio en el ambiente fomentara la maduración del paciente. Posteriormente, se encontró que la entrevista motivacional era el procedimiento terapéutico propicio para crear duda entre los pacientes en fase de Precontemplación, es decir, para aumentar la probabilidad del cambio conductual (Miller y Rollnick, 1991).

Así como en la etapa de Precontemplación se persigue principalmente crear duda en el paciente, en la fase de Contemplación se añaden el alivio dramático, la concientización y la autoreevaluación para aumentar la probabilidad del cambio de conductas. Estos procesos

buscan cargar el peso de la balanza de los pros y los contras sobre modificar el comportamiento, haciendo que los contras sean más salientes para que así el paciente cuente con la motivación suficiente para moverse hacia las fases de Preparación y Acción.

En la Preparación se busca ayudar al paciente a que se comprometa con el cambio conductual que ya tiene pensado realizar en el corto plazo, es decir, que cristalice sus intenciones. Es imprescindible que al compromiso del paciente se añada el entrenamiento en la solución de problemas enfocado en la selección del curso más propicio de acción para lograr el cambio (DiClemente, 1991). Por lo tanto, los procesos prioritarios son la reevaluación ambiental, la autoliberación, la liberación social y el alivio dramático, procesos que en este grupo de personas hace más factible el cambio de comportamiento.

Al llegar a la fase de Acción se despliegan los esfuerzos para cambiar las conductas, experiencias y ambientes necesarios. Los procesos subyacentes que se estimulan prioritariamente son, además de la reevaluación ambiental, la autoreevaluación, la autoliberación y la liberación social, el uso de sustancias de apoyo, los sistemas de control interpersonal, el control de estímulos, el manejo de reforzamientos y el contracondicionamiento. Con la gran cantidad de procesos de los cuales echar mano en esta etapa, además de la inherente alta probabilidad de cambiar de las personas en acción, no es sorpresa que casi cualquier psicoterapia sea exitosa con estos casos.

Finalmente, en la etapa de Mantenimiento, cuando se procura evitar las recaídas, se hace mayor énfasis en dos procesos ya estimulados durante la etapa de Acción, los sistemas de control interpersonal, el contracondicionamiento y el control de estímulos, además de las técnicas de prevención de recaídas (Marlatt, 1985). Todo lo anterior con el fin de aumentar la probabilidad de que el cambio de hábitos permanezca el mayor tiempo posible.

No hay ningún proceso que sea privativo de alguna de las etapas de cambio. Virtualmente todos los procesos se pueden usar en cualquier momento de la terapia, sin embargo, en cada etapa el cliente es más sensible a algunos de ellos, por lo que la intervención se vuelve muy eficiente si se siguen los lineamientos anteriores (Prochaska y DiClemente, 1983). A lo largo de todas las etapas de cambio más que sustituir procesos se suman unos con otros para aumentar la probabilidad de cambio conductual del paciente.

La mejor manera de entender a las Fases de cambio es como estadios motivacionales. Los estadios inferiores se caracterizan por la probabilidad de modificación conductual. Los Procesos de cambio son, entonces, mecanismos que fomentan el cambio. Esta explicación de los Procesos y Fases de cambio en términos motivacionales remite directamente al concepto de motivación. En palabras de Miller y Rollnick (1991) "...la motivación puede ser definida como la probabilidad de que una persona entrará en, continuará, y se adherirá a una estrategia de cambio" (p. 19).

Esta definición de motivación prescinde de una serie de constructos mediadores y modelos hipotéticos que explican la conducta humana, como la fuerza de voluntad, o el impulso. En lugar de apoyarse en estas entidades, el MT propone que la motivación sea equiparada a la proclividad a cambiar.

Esta definición, sin embargo, adolece de circularidad. Una persona tiene un cierto grado de motivación puesto que se le asocia con una determinada probabilidad de desarrollar una serie de conductas, pero son la presencia —o en todo caso la ausencia— de las manifestaciones conductuales las que demuestran el nivel motivacional.

El principio de parsimonia en ciencia establece que de entre dos explicaciones igualmente poderosas para un fenómeno, siempre se debe escoger a la más sencilla. A

pesar de sus defectos, la definición de motivación de Miller y Rollnick (1991) cumple con su cometido de explicar en términos concretos una serie de fenómenos más difíciles de aprehender invocando a entidades metafísicas como el impulso o la fuerza de voluntad. Finalmente, el concepto de motivación y el MT que se construye alrededor de éste, han tenido éxitos en la demostración empírica.

El MT ha demostrado en una gran variedad de campos éxitos superiores a las intervenciones ya existentes. En uno de sus primeros estudios, Prochaska y DiClemente (1982) encontraron que la prevalencia de los procesos era la esperada en cada una de las etapas de cambio en un grupo de personas que estaban dejando de fumar. Esto comprobó que las personas naturalmente cambian de acuerdo a un orden preestablecido y valiéndose de ciertas herramientas. En un estudio semejante, Pallonen, Fava, Salonen y Prochaska (1992) reportaron los distintos grados de presteza para cambiar el hábito de fumar en una muestra de personas europeas.

Aparte de validar el modelo, se requería evidencia que respaldara la efectividad de la intervención, así que Velicer, Prochaska, Bellis, DiClemente, y cols. (1993) crearon un programa de intervención para los pacientes adictos al tabaco basado en los postulados del MT. Posteriormente, Prochaska, DiClemente, Velicer y Rossi (1993) aplicaron esta intervención en una amplia muestra de pacientes que intentaban cambiar el hábito de fumar. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo a la etapa de cambio que cursaban para ofrecerles una intervención que se adecuara a sus necesidades. Este esfuerzo terapéutico resultó en mejores resultados que los obtenidos por los métodos sugeridos por la Asociación Americana de los Pulmones.

Una vez que quedó establecida la eficiencia del MT, no se hicieron esperar estudios

que ampliarían su aplicabilidad más allá del ámbito del tabaquismo. En cuanto al uso de alcohol, Zweben (1991) reportó resultados alentadores, y puso especial énfasis en el apoyo de la pareja del paciente en el mejoramiento a la adherencia al tratamiento. Asimismo, Allsop y Saunders (1991) reportaron cómo se mejora el tratamiento de pacientes severamente dependientes al alcohol cuando se les atendía con una técnica basada en el MT que fortalecía resoluciones más robustas. Por su parte Cox, Kinger y Blount (1991) pusieron mayor atención al cambio hacia los aspectos satisfactorios de una vida sin alcohol sobre una vida con alcohol, esto es, en palabras de Prochaska y DiClemente, cambiar el peso de la balanza de los pros y los contras. Mientras tanto, Stockwell (1991) aconsejó el camino óptimo para que los profesionales de primer contacto en las instituciones de salud ayuden a sus pacientes a enfrentar las primeras fases de cambio en su intento por dejar el alcoholismo. Finalmente, de entre el resto de trabajos acerca del alcoholismo resalta el de Savage, Hollin y Hayward (1990), en el que se demostró lo exitoso que resultaba la elaboración de manuales impresos que estén dirigidos específicamente a pacientes en una fase particular de cambio cuando es imposible que el profesional de la salud esté en contacto continuo con el paciente. La elaboración de manuales impresos específicos a la fase de cambio también se ha utilizado en las personas con DM (Murguía, 1999).

Las intervenciones basadas en el MT también han sido beneficiosas para otras adicciones. En Holanda, vanBilsen (1991) no sólo cumplieron el objetivo terapéutico de evitar daños ulteriores en los pacientes adictos a la heroína con un modelo de intervención basado en el MT, incluso los clientes solían abandonar definitivamente la adicción. Por su parte, Saunders, Wilkinson y Allsop (1991) reportaron los beneficios de una aproximación basada en el MT para complementar los esfuerzos de una clínica basada en el uso de

fármacos que atendía a pacientes que usan heroína.

Además del campo de las adicciones, el MT ha incurrido en la modificación de otro tipo de conductas. Por ejemplo, la prevención de conductas que pongan en riesgo a la persona para padecer SIDA, enfermedades de transmisión sexual o embarazo (Grimley, Riley, Bellis y Prochaska, 1993; Prochaska, Redding, Harlow, Rossi, y cols., 1994; Baker y Dixon, 1991). También en la predicción del sometimiento a procedimientos de mamografía (Rakowski, Dube, Marcus, Prochaska, y cols., 1992), y el tratamiento de agresores sexuales (Garland y Dogher, 1991).

La mayoría de los estudios arriba citados tienen una población de adultos, sin embargo, Tober (1991) ofreció un recuento de las técnicas más apropiadas cuando los clientes son adolescentes.

Con la evidencia hasta ahora revisada, se puede afirmar que las aproximaciones terapéuticas basadas en el MT son eficientes en un amplio rango de pacientes con variadas conductas problemáticas (véase también el recuento que hacen Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, y cols. [1994], de las 12 conductas problema hasta la fecha atendidas con el MT). Todavía están por ser delimitadas las cualidades íntimas del practicante, del sistema terapéutico y sobre todo del paciente para que un nivel aceptable de éxito pueda ser esperado.

Vázquez (comunicación personal) consideró que en el paciente con diabetes son los hábitos de alimentación y de actividad física los más difíciles de modificar. En al menos tres estudios se ha probado que la terapéutica que sigue los lineamientos del MT es efectiva para modificar la conducta alimentaria (Curry, Kristal, Bowen, 1992; Prochaska, Norcross, Fowler, Follick, y cols., 1992; Prochaska, Velicer, Rossi y cols., 1994), y en otros dos más

se reportaron resultados homólogos con respecto al ejercicio físico (Dishman, 1991; Prochaska, Velicer, Rossi y cols., 1994).

Hasta este momento la evidencia es clara, el MT es teórica y prácticamente conveniente para ayudar a los pacientes a modificar conductas problema de una manera eficiente. Se ha estudiado un amplio rango de conductas en las que el procedimiento es recomendable, incluyendo dos que se consideran entre las más importantes para el tratamiento de los pacientes con DM, los hábitos alimenticios y de actividad física (Doherty, James y Roberts, 2000).

2.5 El cambio de hábitos para las personas con DM con base en el MT

Con base en lo aquí expuesto, es claro que el MT es una aproximación prometedora para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento en las personas con DM. Los casos seleccionados para abordarse con esta aproximación, son aquellos para quienes el principal obstáculo en el camino del buen control de GS sean los hábitos de autocuidado, alimenticios y de actividad física.

Fuera de los problemas de hábitos existen variables de orden psicológico que impiden a una persona una progresión inocua de DM, se incluyen en la aproximación defendida por este trabajo a los problemas de adherencia, mientras que quedarían fuera los problemas de descontrol metabólico mediados por el estrés, por el desajuste psicosocial, por falta de un tratamiento adecuadamente prescrito o por deficiencia en el entrenamiento en automanejo (La Greca y Skyler, s.f.). Además, sería un caso especial la interacción entre estrés y conductas adictivas, como los hábitos que se ven fortalecidos por la ansiedad (en el estilo evitativo de las fobias) y el estrés generado por el cambio de hábitos. Es, por

supuesto, difícil separar al componente meramente habitual del componente meramente estresógeno en cualquier situación de desajuste metabólico mediado por variables psicosociales.

Los problemas típicos del ajuste psicosocial y el estrés pueden ser comprendidos por el MT, como en el caso de la baja autoestima, caso prototípico de variable psicosocial que condiciona el descontrol metabólico. Se le puede considerar como un conjunto de hábitos de pensamiento relacionado con evaluaciones del sí mismo devaluadas que se han vuelto automáticas. Ante cualquier situación, el sujeto tenderá a responder con pensamientos de orden derrotista sin analizar más detalladamente. En el caso del estrés, es ya una frase hecha considerar que el estilo de vida actual es "estresante". Todas las personas lo identifican y lo sufren, mas se sienten incapacitadas para abatirlo. La respuesta de estrés se ha vuelto tan común, que poca gente se preocupa por buscar técnicas para controlarlo hasta que no causa estragos suficientemente importantes (paso de precontemplación a contemplación).

Sin embargo, el objetivo de este trabajo no es traducir toda la psicología al MT. La presente aproximación no se presta a ser solución hegemónica, sino componente de una aproximación más compleja en la que sean contemplados tanto los problemas de ajuste psicosocial como los relacionados con el estrés. A continuación se analiza el mejoramiento de la adherencia al tratamiento en las personas con DM. Se pone especial énfasis en los problemas alimenticios y de actividad física. Se presupone que su naturaleza es habitual, por lo tanto se hace una cronología apegada a las fases de cambio propuestas por Prochaska y DiClemente (1983). En cada fase se presentan los procesos más recomendables y algunos ejemplos de cómo se pueden implementar en la práctica estos procesos para

facilitar la evolución motivacional (Ver figura 4).

2.5.1 Precontemplación

En la experiencia del autor, las personas con DM que solicitan atención a la salud han pasado ya la etapa de Precontemplación.

Sin embargo, con la técnica de Entrevista Motivacional (EM) pueden ser abordadas las personas que sean contactadas en momentos muy recientes al diagnóstico y/o en incapacidad para ver que tienen algunos hábitos que les causan problemas al padecer DM, esto es, a las personas en la fase de Precontemplación.

La fase de Precontemplación está caracterizada por la incapacidad para percibir como problemáticos los propios hábitos patógenos. En el caso de la DM, lo más común son los hábitos alimenticios y de actividad física inadecuados. La técnica de EM procura lograr que las personas en Precontemplación avancen a Contemplación a través del proceso de levantar o crear duda, es decir, que sean habilitadas para reconocer la necesidad de cambiar algún o algunos hábitos.

La EM tratará de generar un ambiente de aceptación incondicional hacia el paciente, con base en el cual se explorarán las ventajas y desventajas que conlleva seguir apegado al hábito pernicioso. Quien dirija la EM hará recuentos de estas ventajas y desventajas, normalmente relacionadas con áreas de interés en la vida del paciente. Aprovechando esta práctica, el entrevistador reforzará las verbalizaciones que se encaminen a abandonar el patógeno conductual y extinguirá las que promuevan su permanencia.

Figura 4. Diagrama de flujo de la atención al cambio de hábitos

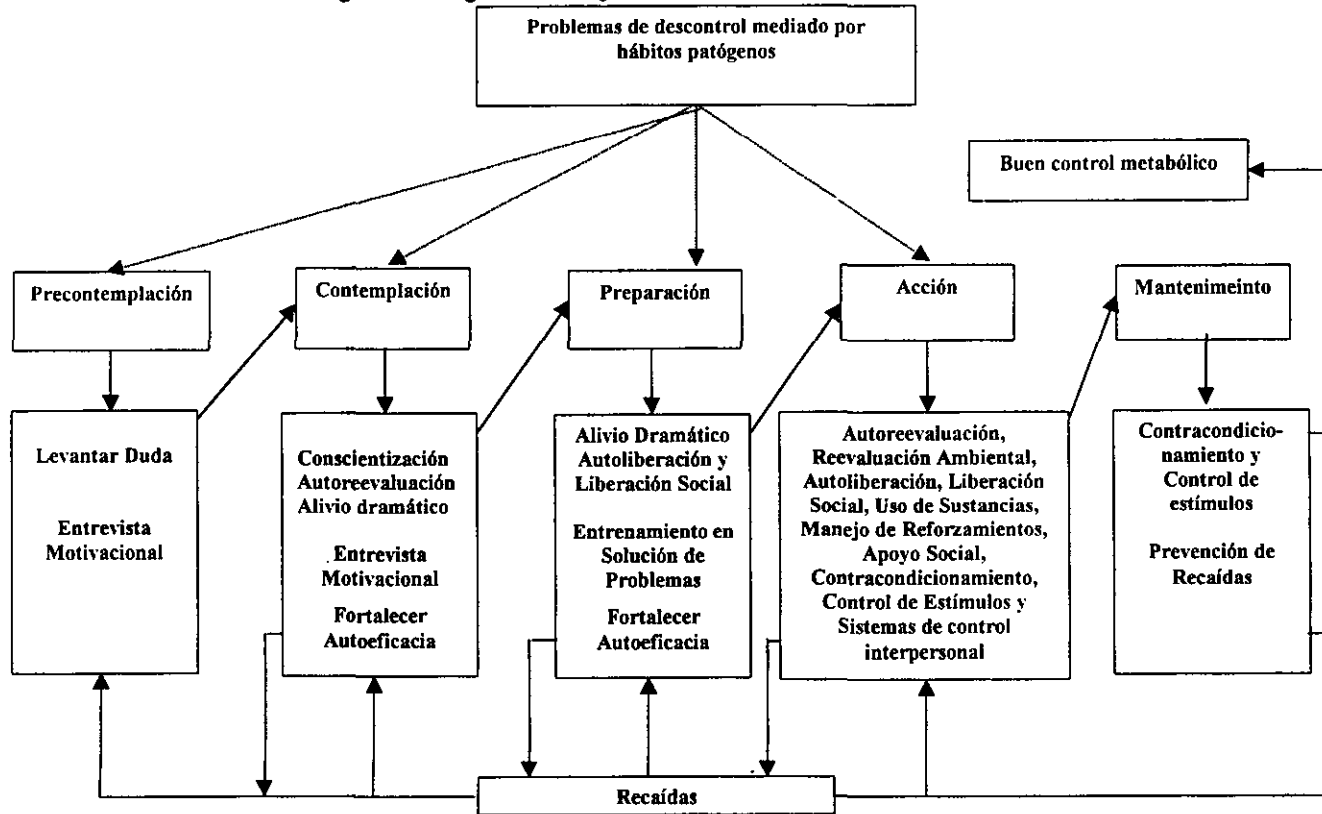


Figura 4. Muestra los distintos estadios motivacionales en que puede estar un paciente en cambio de hábitos y la prescripción del tratamiento psicológico

Lo esencial en este procedimiento es generar disonancia cognoscitiva, o en palabras de Prochaska (1999), levantar o crear duda. Se teoriza que una persona está en fase de Precontemplación porque no percibe ningún problema relacionado con sus hábitos. La persona puede seguir en este estado indefinidamente si no hay nada que le produzca disonancia. Las posiciones clásicas de Prochaska y DiClemente (1982) sostenían que la única manera de salvar este obstáculo sería a través de un evento aversivo de ocurrencia natural en la vida del paciente que le ayudara a madurar. Cuando el entrevistador organiza y regresa al paciente la información que él mismo le dio, ayuda al rompimiento de la homeostasis cognoscitiva. Se hacen entonces evidentes los problemas asociados con el hábito patógeno y es así como se genera la disonancia cognoscitiva sin necesidad de un evento mayor de la vida. Esto es, el terapeuta muestra al paciente las inconveniencias del patógeno conductual junto con las razones para conservarlo, logrando así poner en tela de juicio la defensa del estilo de vida pernicioso antes indiscutible.

La disonancia cognoscitiva (Festinger, citado por Myer, 1995) es una condición inherentemente aversiva que moviliza a las personas a realizar acciones para disminuirla. Puede ser entendida como ansiedad que nace de la incompatibilidad dentro de los sistemas cognoscitivos. Las cogniciones suelen aglomerarse en estructuras cognoscitivas que son activadas al ponerse en funcionamiento cualquiera de los elementos que la integran. En estas estructuras suele predominar un principio de consonancia, es decir, que en general todas las cogniciones tienen un mismo sentido (Javieres, 1996). Por ejemplo, un cúmulo de cogniciones relacionadas con el sedentarismo en una persona en precontemplación. Habrá una mayoría de creencias que favorecen la indulgencia en dormir más por las mañanas o que resalten los perjuicios del ejercicio en un ambiente muy contaminado; así como

algunos pensamientos que reconozcan los beneficios a la salud que acarrea el ejercicio regular. Una manera de mantener el nivel de disonancia cognoscitiva al mínimo será restando valor a los pensamientos del segundo tipo frente a los del primero. Al mostrar a una persona en Precontemplación con respecto a los hábitos alimenticios que come más que la mayoría, que ha venido aumentando de tallas últimamente, que se cansa más que antes y que ha aumentado la presión arterial y niveles de colesterol en sangre, es posible que se cree disonancia cognoscitiva (siempre y cuando los datos sean salientes para la persona). No se puede considerar al mismo tiempo que se tienen problemas de salud, estética y relaciones sociales asociados con los hábitos alimenticios y que no hay ningún problema, es decir, el paciente pone en duda la posición original característica de la fase de Precontemplación.

Cuando la EM logra mostrar al paciente de una manera ordenada que al mismo tiempo hay razones para conservar los hábitos patógenos como para modificarlos, entonces se genera en él un cambio motivacional, o sea, se ampliará la probabilidad de abandonar el hábito patógeno (Miller y Rollnick, 1991). Se logra que una persona sea más susceptible de cambiar cuando es capaz de percibir la magnitud de los inconvenientes de tener el hábito patógeno en cuestión. En palabras de Prochaska y DiClemente (1983), la persona habrá pasado de Precontemplación a Contemplación

2.5.2 Contemplación

Con el paso de Precontemplación a Contemplación se logra un gran avance terapéutico. Es más probable que busque ayuda quien cree tener un problema, reconoce que su alimentación le está causando dificultades estéticas, familiares y de salud, que quien no ve en su conducta alimenticia parte del problema de obesidad que padece.

El Modelo de las Creencias en Salud (MCS) afirma que las conductas preventivas en salud se despliegan en función de la vulnerabilidad percibida a la enfermedad y la severidad percibida de las consecuencias de la misma (Bishop, 1994). La mayor parte de las conductas patógenas en DM manifestarán el daño que causan en un periodo de tiempo largo. Por lo tanto, se puede considerar que la parte de la atención a las personas con DM que busca modificar los hábitos patógenos es de naturaleza prioritariamente preventiva. Se buscan tanto el bienestar inmediato del paciente, como evitar —o al menos retrasar— la aparición de las complicaciones crónicas.

El MCS considera que tendrán mayor posibilidad de movilizarse quienes, por un lado, se sientan muy vulnerables a las complicaciones crónicas; y por el otro, quienes las consideren como más graves. Un ejemplo típico es el del paciente especialmente preocupado por el estado en que se encuentra el funcionamiento de sus riñones, quien reporta que sus dos padres padecieron diabetes, y que uno de ellos murió con insuficiencia renal terminal.

Una vez creada la amenaza percibida a las complicaciones crónicas, se evalúan los beneficios que podría traer la conducta preventiva contra las barreras para realizarla. Así, una persona con DM que piensa estar en riesgo de perder la vista, y considera esto muy grave, se verá orillado a sopesar beneficios y frustraciones asociados con seguir puntualmente una dieta baja en calorías. Se supone que si los beneficios son mayores que los inconvenientes no cejará en su empeño. En este modelo existen también los factores modificadores: las variables demográficas y sociopsicológicas, por una parte, y las claves para la acción por la otra.

Las personas que se encuentren prioritariamente en la fase de Contemplación suelen

percibir que hay un problema con sus hábitos, sin embargo se manifiestan incapaces e indispuestas a modificarlo y son especialmente sensibles a los procesos de Concientización, Autoreevaluación y Alivio dramático. Pero en cierta medida, todavía lo son al levantamiento o creación de duda.

La Concientización son los esfuerzos del individuo para buscar nueva información y ganar mayor entendimiento y retroalimentación acerca del hábito problema. La Autoreevaluación se refiere a la evaluación cognoscitiva y emocional de los valores relativos al hábito problema. El Alivio Dramático es la experiencia y expresión de sentimientos acerca del hábito problema y las soluciones potenciales.

Estos tres procesos tienen gran continuidad con el levantamiento de duda, en el que se empiezan a vislumbrar los inconvenientes del patógeno. En los dos primeros se aumenta el conocimiento, especialmente en la áreas emotiva, conductual y cognoscitiva, de las consecuencias del mismo. Se puede decir, en palabras del psicoanálisis, que se está haciendo consciente lo inconsciente; en palabras de Festiger, que se está aumentando la disonancia cognoscitiva; en términos del MCS, que se desarrolló la amenaza percibida a las complicaciones crónicas; o en palabras de Prochaska y DiClemente, que se está aumentando la motivación.

Dentro del proceso de Concientización podemos identificar dos variantes: la retroalimentación y la educación (Prochaska y DiClemente, 1982). La educación es la información dada al paciente generada por los eventos del ambiente. La retroalimentación es la información generada por los propios actos y vivencias del cliente. La EM, el fomento de autoeficacia y el uso de un aparato personal para medir GS se inscriben dentro del segundo grupo, mientras que la Educación en Diabetes en el primero.

El levantar duda, como ya se vio, ayuda en Precontemplación a percibir a los hábitos como un problema. En la fase de Contemplación la EM busca que el paciente identifique las habilidades con las que cuenta para enfrentar el problema de hábitos y solucionar positivamente la disonancia cognoscitiva.

Una parte central de los planteamientos del MT es que todas las personas cuentan con las habilidades necesarias para solucionar los problemas que se presenten. Estas habilidades se usarán siempre y cuando se disponga de suficiente tiempo para ensayar los repertorios de respuestas. Cualquier adulto que vive en una comunidad, necesariamente se ha enfrentado a conflictos con las instituciones, costumbres y demás miembros de su grupo, que en gran medida le han obligado a disciplinarse, en otras palabras, a modificar sus hábitos. En cada nueva exigencia de adaptación se han creado y desarrollado las habilidades necesarias para el cambio de hábitos. La tarea de la EM es hacer salientes las estrategias exitosas del pasado.

Bandura encontró que los éxitos pasados son una parte del concepto de autoeficacia, que predice, en gran medida, el desempeño en tareas específicas y que se refiere a los juicios personales de qué tan bien uno puede organizar e implementar patrones de comportamiento en situaciones que pueden contener elementos nuevos, impredecibles y estresantes (Bandura, 1981; en Schunk y Carbonari, 1984). Esto es, qué tan capaz se siente uno para enfrentarse exitosamente al reto que se le presenta.

La autoeficacia puede determinar a qué ambientes enfrentarse, evitando los que superan las capacidades percibidas; cuánto esfuerzo se le dedica a una actividad y por cuánto tiempo; y hasta los estados emocionales que se vivan. La fase de Contemplación tiene un gran componente de baja autoeficacia. Una persona en contemplación sabe que

tiene que cambiar sus hábitos, pero no se siente capaz de lograrlo.

Así como los éxitos pasados son una buena fuente de información sobre autoeficacia, se reconoce que también lo son los siguientes (Schunk y Carbonari, 1984):

- Ejecución de logros,
- Experiencias vicarias,
- Persuasión social e
- Índices fisiológicos

La primera se refiere a la experiencia que se ha adquirido al enfrentarse a retos, cuantos más se han logrado completar con éxito, mayor es la percepción de autoeficacia. Las experiencias vicarias se refieren a la elevada autoeficacia que se percibe cuando se ve a alguien con características muy semejantes a las propias tener éxito ante una tarea. La tercera, persuasión social, es la información que se recibe de los demás sobre las propias capacidades. Finalmente, los índices fisiológicos son fuentes de evidencia de que la tarea a la que se está enfrentando uno es complicada, y tal vez imposible de lograr.

La ejecución de logros es la variable más poderosa modificando los niveles de autoeficacia en una persona, mas por sí misma, no es capaz de predecir la autoeficacia del sujeto. Lo más importante es la manera en que el paciente procese la información con la que cuenta, tanto la que se refiere a la situación como a sí mismo. Algunas de las claves que guían este procesamiento de información son las siguientes:

- Dificultad percibida de la tarea
- Inversión del esfuerzo
- Circunstancias situacionales
- Patrones de resultados
- Características del modelo
- Credibilidad de quien ejerce la persuasión

Primero, el logro de una tarea más difícil es fuente de mayor autoeficacia que el

logro de una meta sencilla. Segundo, logros con menos esfuerzo invertido son mayormente agrandadores de la autoeficacia que los que requirieron mayor esfuerzo. Tercero, la consumación de metas gracias a las ayudas externas es menos eficaz ayudando al fortalecimiento de la autoeficacia, que si se lograra por los propios esfuerzos. Cuarto, un fallo en una serie larga de éxitos es menos significativa que un fallo en una serie menor. Quinto, cuanto más parecido sea el modelo en experiencias y en características a uno, más fácilmente su éxito promoverá un más alto sentido de autoeficacia. Sexto, cuanta mayor credibilidad goce quien trate de persuadir a la persona ante los ojos de ésta, mayor será su posibilidad de aumentar su autoeficacia.

Los métodos de fortalecimiento de la autoeficacia caen, en gran medida, dentro del rubro de Conscientización descrito por Prochaska (1999).

Una gran parte de la intervención con las personas en Contemplación es dedicada a fortalecer la autoeficacia con base en las estrategias exitosas usadas en el pasado. Durante este proceso pueden salir a la superficie estrategias que funcionaron en algunos ambientes, pero no en otros. Es necesario ser sensibles a las semejanzas y diferencias entre el problema viejo y el presente para evaluar la factibilidad de la transferencia de esa estrategia.

Para Lazarus y Folkman (1984) existen dos grandes maneras de enfrentar una situación estresante: con estrategias que se enfocan en el problema o con estrategias que se enfocan en las emociones. La pertinencia de cualquiera de los tipos de estrategias está definida por el problema que se trata de solucionar. A un problema con solución en la esfera de influencia de la persona, es mejor enfrentarlo con alguna estrategia enfocada en el problema; mientras que un problema fuera de esta esfera de influencia, es mejor abordarlo

con estrategias enfocadas en la emoción. No es lo mismo enfrentar el problema de la falta de instrucción en actividad física, que se puede solucionar tomando cartas en el asunto, que el problema de aceptar la cronicidad de DM.

Tanto los esfuerzos por mejorar la autoeficacia como por escoger las mejores estrategias a desarrollar, son parte de un proceso más amplio de educación. Por lo tanto, el grupo multidisciplinario buscará identificar a las personas en esta fase y facilitar el proceso. La mayor participación en este momento es la de educación en diabetes.

Los educadores en DM procurarán que el paciente consiga la información que necesita en el formato más propicio.

Un aparato personal para monitorizar GS es en esta situación de gran utilidad. Es muy común que las personas logren encontrar la relación que guardan los niveles de GS con la alimentación que tienen, el ejercicio que practiquen y el medicamento que utilizan una vez que usan un monitor de GS. Obviamente, se optimiza el beneficio de esta práctica cuando va acompañada del entrenamiento en el buen uso del aparato y la información sobre las variables importantes a registrar y los significados de los datos obtenidos.

A pesar de que la carga más grande en este momento es para el educador en DM, el resto de los miembros del equipo también cumplen funciones muy importantes en este estadio. El nutriólogo puede guiar a los pacientes sobre el efecto de cada alimento en los niveles de GS, así como el médico sobre la función de los medicamentos y, el entrenador físico sobre el ejercicio. El psicólogo puede colaborar con la educación del paciente informándole sobre la relación de la conducta y las emociones con el control glucémico; pero sobre todo, informando al grupo de atención sobre el estado motivacional del paciente y colaborando con recomendaciones sobre el estilo de intervención a seguir y los procesos

óptimos de los cuales echar mano.

El tercer proceso saliente para la fase de contemplación es la Autoreevaluación, que definió Prochaska (1999) como la evaluación emocional y cognoscitiva de sus valores por el individuo con respecto a la conducta problema. Este proceso es también importante en las fases de preparación y acción.

En las personas en fase de contemplación el proceso de Concientización de sí mismos y del problema que los aqueja promueve al proceso de Autoreevaluación. Cuando el paciente se da cuenta de que la condición médica que padece se ve agravada por algunas conductas, el valor asignado a ellas cambia. Si antes un paciente se identificaba a sí mismo como un gran comedor, esto vira a ser un valor negativo.

La reflexión principal alrededor del cambio de valores surge, en muchos pacientes, de la amenaza de pérdida de la vida. La muerte hace a muchas personas ver en una nueva perspectiva qué es lo importante. Cuando se confronta la importancia de la imagen pública de ser un gran comedor contra la posibilidad tangible de padecer complicaciones relacionadas con DM se abren dos modificaciones importantes en el estadio motivacional. La primera es negar que es un problema, esto es, regresar a la fase de precontemplación; y el segundo es el desarrollo de una nueva escala de valores, en la que la propia salud tendrá un lugar preponderante. El proceso de Autoreevaluación de los valores es saliente también en la fase de Preparación.

Ante estas reflexiones se potencia el proceso de Alivio Dramático. Lazarus y Folkman (1991) lo contemplan como una estrategia enfocada más a la emoción que a la solución del problema. Al estilo de la psicoterapia de Rogers, el psicoterapeuta o la persona con quien se lleva a cabo el proceso de alivio dramático se convierte en un espejo

en quien el paciente refleja sus emociones. Al expresar los sentimientos acerca del hábito problema se gana conocimiento, lo que fortalece la autoeficacia. Al mismo tiempo, se desarrollan estrategias con altas probabilidades de éxito en el cambio de hábitos, coadyuvantes en el avance en las fases motivacionales.

Cuando se generó una nueva jerarquía de valores con base en el nuevo conocimiento de uno mismo, del hábito problema y de la enfermedad, se logra un nuevo estado motivacional. Cuando se consigue reconocer que hay un problema que es menester solucionar, y en particular, que se cuenta con los recursos propios para intentarlo, la probabilidad de cambiar los hábitos problemáticos aumenta, esto es, se transita de la fase de Contemplación a Preparación.

2.5.3 Preparación

Preparación es la fase en la que los individuos están intentando tomar acción en el próximo mes y han tomado acción sin éxito en el año pasado (Prochaska, 1999).

Si la fase de Contemplación se transitó con éxito, entonces se generó un compromiso de cambiar en un lapso no mayor a 30 días. Los procesos de Alivio Dramático, Concientización y Autoreevaluación fueron bien dirigidos si el paciente deja de ver el problema de hábitos como obstáculo infranqueable y nace en él la decisión de lograr un cambio. La manifestación de esta transformación es el nacimiento de la intención de empezar el programa de cambio de hábitos en el corto plazo.

Las personas en preparación suelen usar las estrategias de Alivio Dramático (igual que en la fase anterior), Reevaluación Ambiental, Autoliberación y Liberación Social. Los dos retos en este momento son procurar que el compromiso creado se lleve a cabo en su

momento y preparar al paciente para enfrentar la fase de acción que sigue a continuación.

Puesto que esta es una etapa de preparación para empezar el cambio de hábitos en la que se combinan tanto la intensión inmediata para entrar en acción, como el fracaso en el pasado, el proceso de Alivio Dramático es saliente. Una parte importante del proceso de alivio dramático, revisado ya en la sección anterior, es experimentar y expresar sentimientos acerca del cambio de hábitos. Dentro de este proceso se ventilan el temor por lo que se avecina y la frustración por los fracasos pasados, además se cotejan las fortalezas y debilidades propias percibidas contra las que los demás ven. Asimismo, se empiezan a trazar las estrategias para que esta vez sea diferente erradicar al hábito pernicioso. El paciente en fase de Preparación se verá beneficiado por personas cercanas que le den la oportunidad de ejercer el proceso de alivio dramático. Además, puede incluso ser ésta una oportunidad para ser expuesto a ideas novedosas sobre la mejor manera de enfrentar el cambio de hábitos.

Un profesional de la salud bien entrenado aprovechará esta contingencia para fortalecer la autoeficacia del paciente, empezando por evaluarla. Si bien no se pueden modificar las experiencias pasadas del paciente, sí se pueden reconceptualizar. Al ser socializado con el MT, la persona en preparación comprenderá que los fracasos en el pasado le han preparado para enfrentar mejor el intento por venir.

Por otro lado, la segunda variable determinadora del nivel de autoeficacia, las experiencias vicarias, también pueden ser inducidas por el psicólogo, poniendo especial atención en aquellas en las que tanto el modelo, como la situación al paciente sean las más cercanas a la situación actual. Se tiene la opción de recomendar la charla con personas desconocidas al sujeto —tal vez pacientes en una fase más adelantada— u otros

significativos para él.

El tercer factor de importancia es la persuasión social. Este es el momento óptimo para desplegar todas las experiencias del paciente en que las personas significativas en su vida le incitaron a abandonar el hábito patógeno.

Finalmente, los índices fisiológicos, si bien pueden ser tratados con desensibilización sistemática, también pueden ser usados como señales. En el primer caso, el tratamiento con desensibilización sistemática logrará disminuir las manifestaciones de estrés asociadas con las situaciones de riesgo (Wolpe, 1958; en Bishop, 1994), logrando que sean percibidas como menos peligroso y, consecuentemente, aumentará el nivel de autoeficacia. Por otro lado, se pueden aprovechar estas manifestaciones de ansiedad como señales para desplegar los patrones conductuales ensayados en el entrenamiento en solución de problemas.

Una de las aproximaciones más pertinentes en las personas cursando por Preparación es el entrenamiento en solución de problemas, con el que es necesario hacer una planeación, saber qué se quiere obtener y proponer una serie de acciones a seguir. De entre las medidas discutidas, se escoge la que tiene mayores posibilidades de éxito y es la más viable. Finalmente, se crea un mecanismo de evaluación de los logros que retroalimentará al sistema para buscar estrategias cada vez más eficientes y más capaces de enfrentar las vicisitudes que se presenten.

En el caso de quien busca mejorar los hábitos de ejercicio, en este momento se evaluarán los horarios en que le sea más cómodo hacerlo. Asimismo, se identificará cuál es el que reporta más beneficios y le sitúa en menor riesgo físico, se buscarán plazas y compañeros adecuados, y se adquirirán los insumos necesarios.

Con base en los logros obtenidos a través del proceso de Autoreevaluación se facilitará la concreción del nuevo hábito salutógeno. Para continuar con el ejemplo del ejercicio, los valores que están detrás del deseo de hacerlo serán probablemente superiores a los valores que le mantenían en el sedentarismo. Por ejemplo, aunque sigue siendo importante levantarse tarde, ya no está por encima de tener un mejor control de GS, y como consecuencia se promueve la reevaluación ambiental.

Prochaska (1999) definió la Reevaluación Ambiental como las consideraciones y evaluaciones de la manera en que el problema conductual afecta el ambiente social y físico. Continuando con el aumento en la disonancia cognoscitiva, se comparan --ya desde la experiencia-- la calidad de los lugares y las personas asociadas al hábito pernicioso.

Así, se da pie a que aparezca la Liberación Social, es decir, la percepción, disponibilidad y aceptación por el individuo de estilos de vida alternativos y libres del problema de hábitos en la sociedad (Prochaska, 1999). Por un lado, el nuevo ambiente con personas con hábitos saludables representa presión grupal para apegarse a un estilo conductual, además de servir como grupo de apoyo con experiencias particulares en el problema conductual.

Finalmente, se pondrá en funcionamiento la Autoliberación, definido por Prochaska (1999) como el comprometerse y haber escogido un estilo de vida libre del problema de hábitos, incluyendo las creencias en la habilidad para cambiar. En este punto se hace relevante notar la evolución del cambio motivacional. En las fases iniciales se cursa por una fuerte consonancia cognoscitiva que mantiene el *status quo* pernicioso, hasta que algo o alguien logra levantar o crear duda y desatar un problema al desarrollar disonancia cognoscitiva en el paciente. A partir de ahí cobran importancia, por un lado, todos los

problemas asociados con el hábito patógeno, y por el otro, las fortalezas propias y los apoyos del ambiente con que se cuenta para combatirlo. Así nace la resolución para tener un nuevo estilo de vida y se planean los medios para conseguirlo. En este ambiente nacen tanto los propósitos de año nuevo como aquellos con mayor probabilidad de éxito.

Se habrá transitado exitosamente por la fase de Preparación si se estableció una fecha de inicio para el cambio de hábitos y se logró apegarse a ella. Los procesos salientes para las personas en preparación son alivio dramático, reevaluación ambiental, autoliberación y liberación social, que permiten fortalecer la autoeficacia y abren la posibilidad a una nueva vida, lo que elicit el momento de empezar con el cambio conductual. Es entonces cuando se inicia la fase de Acción.

2.5.4 Acción

Acción se define como la etapa en que los individuos modifican su conducta, experiencias o ambiente para solucionar sus problemas de hábitos (Prochaska, 1999). Esta fase es muy rica en variedad de procesos: Autoreevaluación, Reevaluación Ambiental, Autoliberación, Liberación Social, Uso de Sustancias, Manejo de Reforzamientos, Apoyo Social, Contracondicionamiento, Control de Estímulos y Sistemas de control interpersonal (Prochaska y cols., 1993). Lógicamente, ante esta gran disponibilidad de procesos diferentes, muchas de las psicoterapias exitosas se valen de alguno o algunos de estos procesos. Los iniciadores de escuelas de psicoterapia cuentan usualmente con un gran número de personas en lista de espera y porcentajes de éxito terapéutico significativas. Es posible que estas personas cursen por la fase de acción, por lo que sólo están esperando a

que se les encamine por un proceso de esta fase –cualquiera que éste sea— para lograr el alivio. Las aproximaciones que prototípicas son las cognoscitivas conductuales y las conductuales, que buscan identificar a un problema y darle solución.

Cuando la motivación es suficientemente alta, se lleva a cabo el cambio de hábitos. Después de no percibir el problema, de percibirlo, pero como insalvable, y de hacer el compromiso de cambiar a corto plazo, al fin este se lleva a cabo. Esta es la etapa de Acción, cuando se realiza la modificación de los patógenos conductuales que se gestó previamente.

Autoreevaluación es la reevaluación emocional y cognoscitiva de los valores por el individuo con respecto a la conducta problema (Prochaska, 1999), es decir, la modificación de valores hacia la mayor congruencia con el nuevo estilo conductual. Se puede entender como el punto máximo de disonancia cognoscitiva. Es tal el malestar producido por esta, que se llevan a cabo esfuerzos encaminados a modificar la conducta patógena para obtener de nuevo consonancia cognoscitiva, pero ahora con otro sentido. Asimismo, tiene un componente de autoeficacia, pues existe la convicción de que se puede enfrentar el reto de cambiar la conducta y salir airoso, lo que se puede traducir como un cúmulo de actitudes diferentes con respecto al problema. Ahora se tienen una evaluación positiva del cambio de hábitos y se cuentan con una nueva jerarquía de valores en la que la conducta problema es incompatible, por lo que se desea eliminar.

Muchas terapias de corte cognoscitivo consideran importante la clarificación de los valores. Lo más típico es que el terapeuta traduzca las acciones y pensamientos del paciente al mismo formato de los valores para confrontarlos con los valores previamente establecidos. La consejería, en ciertos momentos, parte de un grupo de valores

preestablecidos que son impuestos al cliente, así como las terapias cognoscitivas suelen valorar alto a la racionalidad y la coherencia.

La nueva jerarquía de valores propicia la modificación conductual. Una vez clarificados los nuevos valores, la nueva conducta emana casi naturalmente. Con estos nuevos valores crece la sensación de liberación, como si los viejos valores estuviesen atando al paciente. Usualmente, en estos momentos las metáforas creadas por los pacientes tienen un fuerte componente emancipatorio: la persona rompe las ataduras de los viejos valores. El proceso de Autoliberación es uno más de los procesos que predicen el éxito en las personas en fase de Acción, y se define como la decisión y el compromiso para cambiar la conducta problema, incluyendo la creencia en la capacidad para cambiar (Prochaska, 1999).

La autoliberación, al fin y al cabo, es un proceso que pone de manifiesto la modificación motivacional que se ha venido construyendo, pues tiene como sustrato la superación de la fase de Precontemplación, pues una persona que utiliza el proceso de autoliberación es capaz de percibir que tiene un problema de hábitos. Además, implica que se desea cambiar el problema conductual, indicativo de que el proceso de Concientización estuvo presente, y si se llegó hasta el punto de mostrar estrategias propias de la Autoliberación, es manifiesto el tránsito por la fase de Preparación, en la que lo más importante fue el proceso de Autoreevaluación, en que los valores más congruentes con la nueva meta fueron establecidos. Así, el tránsito exitoso por todas las fases previas deriva en Acción, condición motivacional en que se llevan a cabo los cambios.

El proceso de Autoliberación suele ser explotado por las psicoterapias de corte humanista. El éxito de las personas comprometidas con estos procedimientos terapéuticos

se debe en gran parte a la coincidencia de lo que ofrecen estos sistemas con la necesidad de estrategias que hagan manifestas las opciones con las que cuenta el cliente.

Durante el proceso de Concientización se ganó información tanto sobre sí mismo y sobre el ambiente, lo que amplía las probabilidades de cambio y crea la opción de escoger. Esta amalgama de nuevas posibilidades es una gran parte del proceso de autoliberación.

Autoliberación y Autoreevaluación son procesos muy cercanos e interactivos. Con base en los nuevos valores y actitudes sobre el problema y sobre sí mismo, se crea una nueva evaluación de su situación. Gracias a que el paciente evalúa como importante evitar complicaciones derivadas del mal cuidado de DM y el modificar los hábitos, además de manifestar la capacidad y confianza en poder iniciar y tener éxito en el programa de cambio de hábitos, se elicitó el proceso. Para ejemplificar, es necesario primero ver como un problema al sedentarismo y luego sentirse capaz de enfrentarlo, para comportarse de manera diferente.

Junto con la modificación cognoscitiva que lleva a cabo el cliente, contar con el proceso de Apoyo Social es trascendental para el éxito de esta fase. Prochaska (1999) lo define como confianza, aceptación y utilización del soporte de quienes se preocupan por el paciente durante sus intentos de cambiar la conducta problema. Es importante que el propio paciente tenga confianza en sí mismo (autoeficacia) para llevar a cabo un cambio importante en la vida, pero es igualmente importante que los demás lo vean así. Este énfasis en lo afectivo puede llegar a los extremos de Simmel (en Fernández, 1994), que considera la afectividad como "...pura esencia de la asociación" (p.61).

Este proceso se considera más afiliado con las estrategias enfocadas a la emoción que con las enfocadas al problema (Lazarus y Folkman, 1984). El proceso de Apoyo Social

no consiste solamente en utilizar los recursos materiales y guía de los otros, sino encontrar también comprensión y compañía al atravesar un problema difícil. Esto significa ser escuchado, compartir miedos y manifestar confianza. Este proceso puede ser visto como validación de lo que se está haciendo en el espejo social, reafirmar que los esfuerzos realizados tienen el mismo valor para los otros importantes que para sí mismo, y que vale la pena seguir en la modificación conductual.

Una buena parte de lo que hacen los “clubes de diabéticos” es reunir a personas con el mismo problema. En esos lugares se encuentra ayuda material, entrenamiento e información útil en cuanto al cambio de hábitos, pero lo más saliente es la oportunidad de ser parte de un grupo social en el que es importante lo que se está logrando.

Es usual que las personas con más éxito en el cambio de hábitos se acercaron a grupos como este o contaron con un grupo de Apoyo Social durante la fase de Acción. Este recurso social enriquece la diada Autoreevaluación-Autoliberación.

Al dársele cabida a la posibilidad de escoger, surgen varios problemas. Prochaska y DiClemente (1982) reconocieron uno de ellos, la ansiedad. Escoger significa renunciar, y abrir la posibilidad a la pérdida de objetos valorados. La discusión sobre la intervención en control de estrés escapa a los objetivos de este trabajo.

Además de la ansiedad existen otros obstáculos a salvar. Ellis y Knaus (1979) y después Knaus (1998) encontraron en la “Dilación” (Procrastination) una serie de situaciones originarias en la posibilidad para elegir. Dilación significa posponer innecesariamente una prioridad y no solamente posponer temporalmente. Dentro de las connotaciones asociadas a Dilación, Ellis y Knaus (1979) identifican el deseo —o la obligación— de llevar a cabo una actividad, el posponerla, reconocer que se está

posponiendo y que esto empeora la situación, realizarla cuando queda poco tiempo o no realizarla, y finalmente, saber que se actuó incorrectamente pudiendo actuar correctamente y repetir el ciclo interminablemente.

Por las características de Dilación, es obvio que se trata de un proceso que envía a las personas de regreso a la fase de contemplación: se sabe que hay un problema y que hay que corregirlo, pero no se cree poder o no se quiere cambiar. Sin embargo es un proceso que necesariamente implica haber estado primero en Acción.

Hay situaciones, como la pobre autoeficacia, que pueden deberse a la experiencia de haber fracasado previamente, pero pueden deberse también a que nunca se ha conseguido desarrollar un grado adecuado de maestría. A diferencia de estos, lo que caracteriza a Dilación no es la falta de desarrollo de una serie de habilidades, sino el retroceso o pérdida de lo ya ganado. Es posible que se dilate el tiempo antes de empezar la dieta, mas solamente se puede hacer si previamente se instauró una, por lo que Dilación es ubicada dentro de Acción, a pesar de tener más características de Contemplación.

Dilación es un proceso que empieza en la fase de Acción pero que tiene un impulso contrario al del resto de los procesos de cambio. Todos los procesos tienden a hacer girar la rueda de cambio (Prochaska y DiClemente, 1982) hacia el mantenimiento. Se conceptualizaba que lo que no corriera en ese sentido significaba la salida de la rueda, y el regreso era necesariamente a una fase anterior. Pero el concepto de Dilación funge como proceso en sentido contrario, pues llena una parte del hueco que está fuera del proceso de cambio, sistematizando lo que no explicitó el MT.

Para Knaus (1998), Dilación es un proceso de corte habitual. Es una serie de acciones abiertas o encubiertas que se han automatizado por el uso y se caracterizan por ser

poco adaptativos. No hay ejemplo más típico de dilación que la falta de atención de un pie diabético hasta que la lesión se ha extendido demasiado.

Una parte del hábito de Dilación consiste en la evitación del discomfort a corto plazo, como evitar la asistencia a consultas evitando así el desplazo, la comunicación de malas noticias y la necesidad de adquirir medicamentos. Igualmente tiene un componente histórico de recompensas por la dilación de conductas, tal como en la satisfacción inmediata que acarrea el posponer el reinicio de la dieta hasta después de la cena de Navidad, o las actividades placenteras que surgen en lugar de asistir con el equipo de salud o los momentos extra en la cama en lugar del ejercicio matutino.

Por lo tanto, la mayoría de las acciones que recomiendan tanto Ellis y Knaus (1979) como Knaus (1998) para vencer al hábito de Dilación se enfocan, por un lado, en reconstruir cognoscitivamente los eventos, lo que incluye distribuir la atención de manera diferente, y poner más atención en las metas que en los malestares. Asimismo, se entrena al cliente en el aumento a la tolerancia a la frustración, esto es, se aumenta la probabilidad de acción, o como dirían Prochaska y DiClemente (1983), se fomenta el proceso de autoliberación. Por el otro lado, la manera de romper los viejos hábitos de dilación es a través del proceso de Contracondicionamiento, que será revisado en la sección siguiente.

Hasta aquí se han revisado los procesos de Apoyo Social y Autoliberación como los procesos más característicos únicamente de la fase de Acción. El tercer proceso que demostró ser saliente sólo para la fase de Acción es el Manejo de Reforzamientos (Prochaska y DiClemente, 1983).

La definición de Manejo de Reforzamientos es el premiarse uno mismo o ser premiado por los demás por hacer cambios (Prochaska, 1999). Esto es, hacer que la

conducta que se desea que permanezca se haga contingente a situaciones que aumenten la probabilidad de que vuelva a ocurrir.

Las terapias de corte conductual y cognoscitivo-conductual, junto con los enfoques de Autocontrol, han sido los promotores más importantes de estas estrategias. Las personas que lograr los objetivos terapéuticos con las intervenciones antes mencionadas probablemente se debieron a la coincidencia de transitar, o haber accedido a la fase de Acción.

Los procedimientos más típicos de este proceso son los contratos de contingencias, el reforzamiento abierto o encubierto y la autopremiación.

En el contrato de contingencias se pueden identificar tres fases (Klein, 1994). La primera se refiere al diagnóstico de la conducta problema y las contingencias que la mantienen. La segunda fase se llama contrato de contingencias, en que se decide el programa a implementar, la distribución de reforzamientos y el nivel de respuesta que se desea alcanzar. En la fase final se mide de nuevo la magnitud de la respuesta a modificar y se compara con la fase pretratamiento, para corroborar la efectividad de la intervención.

Los reforzamientos encubiertos y manifiestos son, respectivamente, aquellos que no se pueden observar directamente y aquellos que sí. El autoreforzamiento es el proceso de administrarse uno mismo los propios reforzadores. Independientemente del origen de los reforzadores, todos comparten la característica de lograr que aumente la probabilidad de recurrencia de la conducta a la que se hicieron contingentes. En las personas con DM se procurará hacer contingentes a las conductas inmunógenas los reforzadores, mientras que se procurará retirarlos de las patógenas, provocando que se extingan.

El reforzamiento es tan útil con, y recurrido por las personas en fase de Acción debido a que mantienen la convicción de que desean eliminar la conducta problema y tienen un nuevo grupo de valores. A pesar de que los procesos de condicionamiento son aplicables a casi cualquier organismo vivo, en las personas en fases de motivación inferiores a Acción, este proceso no es tan viable en lo relativo a la conducta problema. En primera instancia, porque requiere de la administración de reforzamientos por alguien más; en segundo, porque la conducta problema no es percibida en sí como tal —o no se desea o puede cambiar— por lo tanto, es probable que esta conducta sea bastante reforzante por sí misma y represente un gran problema encontrar un reforzador más poderoso. A una persona en Contemplación que considera profundamente satisfactorio fumar, a pesar de que se la ha recomendado que no lo haga, no será fácil encontrar reforzadores que le hagan cambiar, sus valores sitúan al tabaquismo muy alto en la jerarquía. Mientras que la misma persona, cuando pasó por un proceso de Autoreevaluación, y encuentra que prefiere evitar un infarto a fumar un cigarro, probablemente encuentre también muy reforzante de la conducta de no fumar, leer cifras cercanas a lo normal al medir su presión arterial.

Hay tres procesos que la fase de Acción comparte con la fase de Mantenimiento, el Contracondicionamiento, el Control de Estímulos y la Liberación Social. El Contracondicionamiento es definido por Prochaska (1999) como la sustitución de la conducta problema por otras alternativas. El Control de Estímulos es definido en la misma publicación como el control de las situaciones y otras condiciones que disparan el problema conductual; y la Liberación Social, como el darse cuenta de la existencia de, la disponibilidad, y la aceptación de estilos de vida alternativos y libres de problemas en la sociedad.

Los dos primeros son procesos que se acompañan y se ven englobados por el tercero. Por un lado, se evitan las situaciones a las que están fuertemente asociadas las conductas problema. Por el otro lado, ante los estímulos que no se pueden evitar se despliegan conductas diferentes a la problema. Las personas con DM, como cualquier otra persona, son seres sociales. Hay estilos de vida a los que están fuertemente asociados los hábitos patógenos, y se conforman por situaciones de la vida diaria que fomentan conductas poco saludables y las refuerzan. La liberación social implica separarse del estilo de vida que el paciente lleva para evitar las conductas problema.

A nivel personal, el cliente con DM en fase de Acción hace bien creando un mapa de zonas de alto riesgo para cometer la conducta patógena. Con el mapa hecho, se pueden evitar las zonas altamente asociadas a la conducta problema y que la disparan. Para ejemplificar, un paciente que consume carbohidratos en exceso frente a la televisión puede evitar el cuarto de televisión. Además, puede evitar el consumo de carbohidratos y sustituirlo por algún otro alimento, por usar goma de mascar o por efectuar ejercicio.

En algunas situaciones, es necesario hacer cambios en el estilo de vida, que pueden variar desde decidir no ser aficionado a la televisión, hasta casos más extremos donde es necesario hacer una modificación de orden político y público. Por ejemplo, la organización de personas con DM que buscan los medios políticos para modificar leyes que sancionen a los profesionistas que no les atiendan con la calidad deseada. Periódicamente, la ADA (Asociación Americana de Diabetes) publica los estándares de cuidado que debe tener cualquier profesional de la salud atendiendo a personas con esta enfermedad, además, cuenta con un servicio de certificación de establecimientos dedicados a atender a personas con DM. El objetivo de esta publicación es hacer del conocimiento de las personas con

DM las características de la atención que deben recibir y exigir (ADA, 2000). Esfuerzos semejantes se encuentran en México en De la Rosa y Murguía (en preparación).

Los tres procesos que al final se revisaron, control de estímulos, contracondicionamiento y liberación social, están presentes tanto en las personas en la fase de acción como en las personas en la fase de Mantenimiento.

2.5.5 Mantenimiento

Mantenimiento es la fase en la que las personas trabajan para prevenir recaídas y consolidan lo ganado durante Acción (Prochaska, 1999). Mientras que en la fase de Acción se buscaba instaurar un nuevo hábito o grupo de estos, en Mantenimiento se espera hacerlos perseverar. La fase de Acción requiere importantes esfuerzos por cambiar, mientras que en Mantenimiento los esfuerzos son menos y están dirigidos a la prevención.

Covey (1998) propone ubicar los esfuerzos que se hacen por conseguir alguna meta en una matriz de dos por dos a lo largo de dos ejes: la urgencia de las actividades y la importancia que tienen. De tal manera que nacen cuatro cuadrantes: I) lo urgente e importante; II) lo importante, pero no urgente; III) lo urgente, pero no importante; y lo IV) no urgente, no importante.

Las actividades de los cuadrantes III y IV son usualmente poco eficientes en cuanto al costo-beneficio a que se asocian, pues no son importantes. En particular los del cuadrante III depletan de tiempo al sujeto al tener que resolverse con prontitud, sin ser trascendentales. Al contrario, las actividades del cuadrante I son las relacionadas a las crisis, vencimiento de plazos y problemas apremiantes. Mientras que en el cuadrante II las actividades centrales son la planeación y previsión, que permiten ahorrar una gran cantidad

de recursos a largo plazo.

Asistir a atención profesional para los problemas de salud puede ubicarse en cualquier cuadrante, dependiendo del tiempo en que suceda y el problema que se quiere atender. Incluso la atención a DM es factible de ser considerada dentro de cualquier cuadrante, siempre en función del momento en que se suscite y la atención que se solicite. Una persona en descompensación aguda en una unidad de urgencias está atendiendo DM en el cuadrante I, mientras que el paciente recién diagnosticado con DM que asiste con un tercer oftalmólogo en un mes para recibir el mismo diagnóstico de que no hay problemas en los ojos está en el cuadrante IV: no importante, no urgente. La atención a cualquier herida en los miembros inferiores en cuanto se presente es una acción del cuadrante III: urgente, aunque con poca importancia. El entrenamiento en automanejo de DM, finalmente, está inscrito en el cuadrante II: no es urgente, pero sí importante.

Los recursos invertidos en la prevención suelen ser los más fructíferos. Al principio de este trabajo se citaron datos del costo cuatro veces incrementado de la atención a un paciente con DM si éste mantiene cifras elevadas de GS y padece ya complicaciones crónicas (Gilmer, Manning, O'Connor y Rush, 1997). La mayoría de las actividades en la fase de Mantenimiento están más guiadas a prevenir recaídas.

La fase de Mantenimiento está caracterizada por la sensibilidad a los procesos de Contracondicionamiento y Control de estímulos. En la sección pasada fueron abordados con detalle estos dos procesos. A continuación se presentará la aproximación de Marlatt (1985) al problema del mantenimiento de conductas inmunógenas, el modelo de Prevención de Recaídas (PR). Este sistema terapéutico nació para el control de las adicciones, sin embargo, se establece como una intervención útil para todas las conductas adictivas,

incluidos los hábitos alimenticios y de ejercicio físico.

PR se define por Marlatt como "...un programa de automanejo diseñado para mejorar la fase de mantenimiento del proceso de cambio de hábitos. La meta de PR es enseñar a los individuos que están tratando de cambiar su comportamiento cómo anticiparse y afrontar el problema de las recaídas" (p. 3). PR es, pues, un sistema en total consonancia con la filosofía del MT y con la intención específica de ayudar a las personas en Mantenimiento.

Uno de los principios fundamentales de esta aproximación es la conceptualización de las recaídas. A diferencia de muchos otros sistemas conceptuales, especialmente Alcohólicos Anónimos, para quienes recaída es un evento desastroso que únicamente refleja la total indulgencia al hábito problema y falta de control, para PR una recaída es parte de un proceso, que puede o no ser seguido por un regreso a la línea base de la conducta en cuestión. Y más allá, es una oportunidad para obtener conocimientos. Es, por lo tanto, esperable que en las primeras ocasiones en que se intente dejar un hábito sean más numerosas las recaídas que en las siguientes.

Lo más importante de PR es la atención que se deposita en los factores antecedentes y posteriores a las recaídas. Las situaciones de alto riesgo, el nivel de autoeficacia, las expectativas, el Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA), la atribución y la disonancia cognoscitiva son términos congruentes con el MT, que determinan la ocurrencia de las recaídas y el resultado de las mismas. A continuación se explicará con más detalle la atribución del origen de las recaídas y sus consecuencias para este programa.

Se teoriza que una recaída se inscribe en una situación intrapersonal, o en una situación interpersonal. Estas fueron las directrices de un estudio de Cummings, Gordon y

Marlatt (1980) en que se evaluaron las situaciones en que se suscitaron las recaídas de grupos de alcohólicos, fumadores, adictos a la heroína, apostadores y comedores compulsivos. Se encontró que cerca de la mitad de las recaídas se deben a situaciones intrapersonales, y la otra mitad a situaciones interpersonales.

Analizando con mayor detalle, las dos situaciones intrapersonales que mayor número de recaídas explicaron fueron los estados emocionales negativos (35%) y las tentaciones e impulsos internos (9%). Mientras que la presión social (20%), el conflicto interpersonal (16%) y los estados emocionales positivos (8%) son los determinantes interpersonales de las recaídas.

Marlatt (1985) desarrolló un modelo de progresión de las situaciones de alto riesgo asociado a las intervenciones apropiadas en cada fase (Ver Figura 5). En este modelo, la primera determinante de una situación de alto riesgo es un estilo de vida desequilibrado.

Figura 5. Pasos en la escalada hacia una situación de alto riesgo.

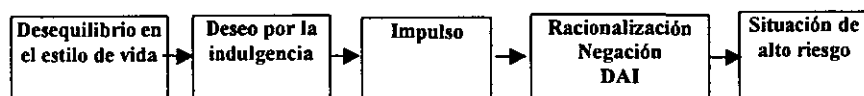


Figura 5. Diagrama de los pasos hacia una situación de alto riesgo. Adaptada de Marlatt (1985).

Con miras a evaluar el grado de desequilibrio en la vida del paciente, se deben encontrar cuáles de las acciones diarias en que se involucra la persona son catalogadas como "deberes" o como "deseos". Mientras que los "deberes" son acciones asociadas con poco placer y que acarrearían malestares si se evitan, los "deseos" son aquellas actividades

asociadas con gran placer. Las personas con problemas de hábitos regularmente están inmersos en vidas sobrecargadas de "deberes", donde los únicos "deseos" se circunscriben a la indulgencia en los hábitos patógenos. A manera de compensación, estos pocos "deseos" son cargados con valor desproporcionado.

La prescripción para las personas con estilos de vida desequilibrados son dos: recuperar el balance de la vida y/o sustituir las conductas adictivas por "deseos" que no estén asociados a daños físicos. Para las personas con DM la meditación, la relajación, caminatas o lectura, son algunas de las posibilidades.

Los estilos de vida desequilibrados son generadores de deseos de indulgencia en la conducta problema y de necesidad de gratificación inmediata. Esto, obviamente, genera expectativas infladas de los efectos inmediatos de la sustancia problema. Un día típico de exceso de trabajo poco satisfactorio acaba regularmente con grandes expectativas del placer de disfrutar de un tiempo frente a la televisión en lugar de realizar ejercicio. Estas expectativas infladas de las consecuencias de un hábito patógeno inhiben las expectativas poco placenteras del hábito a largo plazo.

Para detener la escalada del deseo de indulgir hacia las racionalizaciones y negaciones, se debe entrenar al paciente para identificar y nombrar sus propios pensamientos de estilo racionalizador y negador. Una vez identificados, estos pensamientos deben fungir como señales de alarma sobre la proximidad de una situación de alto riesgo.

La situación de imbalance en el estilo de vida se puede equiparar con una situación de disonancia cognoscitiva. Los mecanismos que tratan de restablecer la consonancia son la racionalización, la negación y las Decisiones Aparentemente Irrelevantes (DAI).

Probablemente la persona con mayores posibilidades de recaer piensa en un estilo racionalizador que "se merece un descanso", o que "no puede seguir en pie ni un minuto más". Igualmente, si su estilo es negador considerará que "después de todo, sólo es esta vez", o "no es realmente grave, mi abuelo nunca salió a correr y vivió 91 años".

La racionalización y la negación que se presentan asociadas a impulsos, mediados por expectativas sobreinfladas de los efectos a corto plazo de la conducta problema son suelo fértil para las DAI.

Las Decisiones Aparentemente Irrelevantes se pueden conceptualizar como vías para alcanzar una situación de alto riesgo y son cursos de acción que, considerados individualmente, no constituyen conductas tendientes hacia la recaída. Sin embargo, en el fondo ponen, en riesgo a las personas. Un ejemplo típico es el paciente en fase de Acción que tiene una dieta restringida en carbohidratos simples. Al salir del trabajo puede optar por dos vías diferentes para regresar a casa. Al tomar la DAI de usar la vía "b", se topa con la tienda donde acostumbraba abastecerse de dulces. Esta situación, que al principio se mostraba como inocua, acabó por ser el principio de una recaída.

Marlatt (1985) teoriza que las DAI derivan de un estilo de vida desequilibrado. Identificar las situaciones de riesgo así como las DAI, son procesos que requieren de recaídas. Sin haber previamente experimentado una recaída es imposible determinar las contingencias que la antecedieron. La riqueza del programa de PR radica en el uso que se hace de estas recaídas. Mientras que en otros modelos de intervención éstas se revisten de culpabilidad, en PR son utilizadas como fuentes de autoconocimiento. La tarea del psicoterapeuta entrenando a un cliente en PR consistirá en socializarlo con el modelo teórico de las DAI y encontrar las acciones pertinentes a seguir.

Las estrategias a seguir ante las situaciones de riesgo, ya sea ésta originada por DAI o por situaciones ajenas a ellas, deriva del modelo que describe la escalada desde una situación de alto riesgo hasta una recaída prolongada y excesiva. El modelo se muestra en la figura 6.

Una situación de alto riesgo puede derivar en una respuesta de no afrontamiento, que a su vez, condiciona un decremento en el nivel de autoeficacia y expectativas positivas del resultado del hábito problema. Estas dos últimas contingencias pueden derivar en la indulgencia inicial en la conducta problema, que al final, puede producir EVA.

En primera instancia, el programa en PR intenta entrenar al paciente para evitar que una situación de alto riesgo escale a una respuesta de no afrontamiento. La manera de hacerlo es por medio de automonitoreo y evaluación conductual, por un lado, y por el otro, con ejercicios de visualización sobre recaídas y descripciones de recaídas pasadas.

Se teoriza que las personas que se mantengan al tanto del curso de su conducta están en mejor posición para desplegar conductas efectivas de afrontamiento. Si se decidió de antemano que una situación de alto riesgo se combate evitando totalmente esta situación, entonces el cliente que sabe monitorear su conducta cuenta con un parámetro objetivo para tomar la decisión de escapar. Aquel paciente en Mantenimiento del hábito de ejercicio pudo haber considerado señal para desplegar la conducta de ejercicio el haber pasado cinco minutos sentado frente a la televisión. El mero hecho de mantener presente esta regla y revisar el curso de las propias acciones, aumentan la probabilidad de no escalar hacia una recaída.

Figura 6. Estrategias para evitar las recaídas

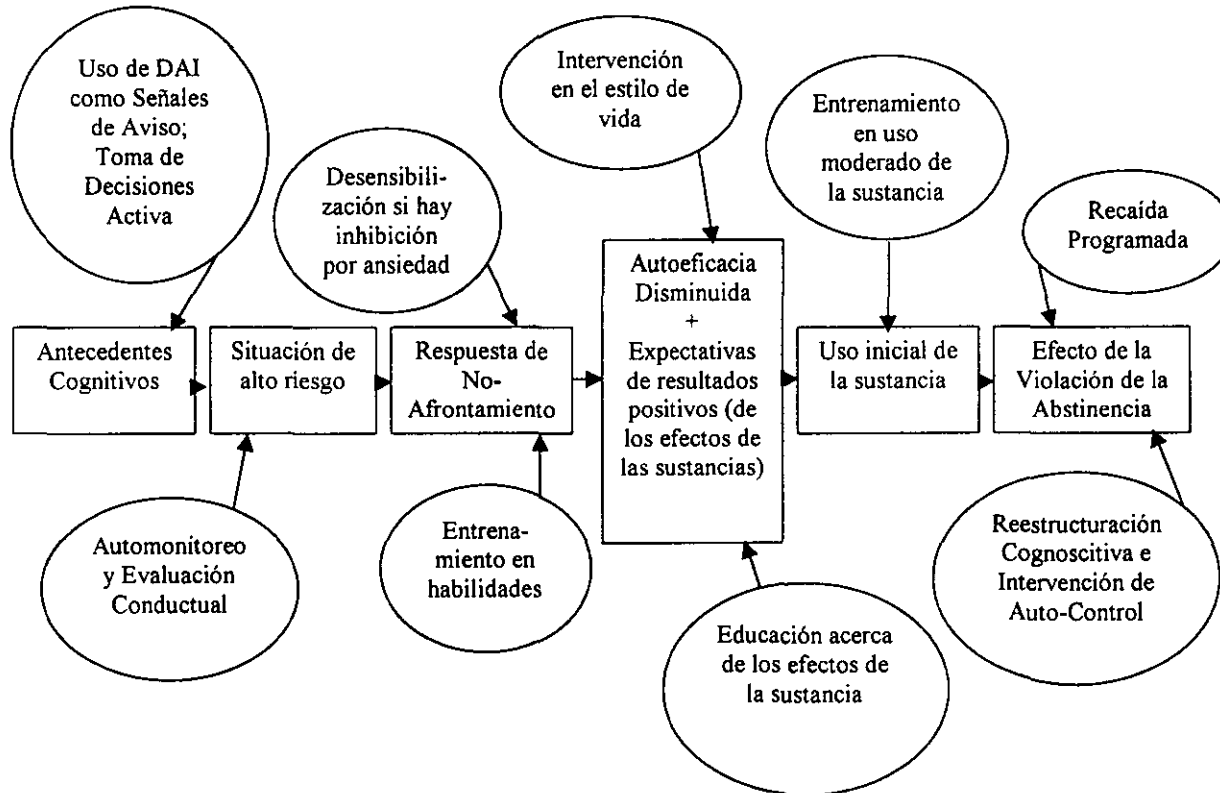


Figura 6. Diagrama de las estrategias para evitar recaídas asociadas con los pasos de una situación de alto riesgo a una recaída

El automonitoreo y la evaluación son claramente estrategias de lo que Prochaska (1999) denomina procesos de Contracondicionamiento y Control de Estímulos. De igual forma, los ejercicios de visualización sobre recaídas y las descripciones de pasadas recaídas buscan disminuir la probabilidad de caer en indulgencia de la conducta problema. La diferencia entre estas y aquellas radica en el momento de ponerse en práctica. Las primeras se activan ante la presencia de la situación de alto riesgo, mientras que las segundas se utilizan previamente. Las visualizaciones de recaída y las descripciones de recaídas pasadas son fuentes de información sobre situaciones de alto riesgo típicas. Asimismo, fungen como entrenamiento para responder efectivamente ante la eventualidad de una situación de alto riesgo.

Maultsby (1987) describe la técnica de Imaginaciones Racional Emotivas (IRE) para practicar respuestas adaptativas sin participar en una verdadera situación de riesgo. Cuanto más se practique con situaciones semejantes a la real, más posibilidades se tendrán de desplegar conductas apropiadas. Tanto la técnica de IRE, como la desensibilización sistemática y lo propuesto por Marlatt (1985) comparten la creencia de que una situación experimentada en la imaginación puede preparar al paciente para enfrentar las situaciones reales.

Suponiendo el fracaso en la primera fase, la situación de alto riesgo deriva en una respuesta de no afrontamiento, que es aquella en que se despliega un patrón conductual diferente al que se había planeado para sortear la situación de alto riesgo. En el ejemplo del cliente que está intentando permanecer apegado a la dieta con bajos carbohidratos, después de la primera recaída surgió el plan de usar siempre el camino "a", o sea, el camino libre de dulcerías. Ante una situación de alto riesgo, como es topar con la bifurcación de caminos

después del trabajo, tomar el camino "a" es una respuesta de afrontamiento, mientras que el camino "b" es una respuesta de no afrontamiento.

La esencia preventiva del programa de PR se despliega ante las situaciones de respuesta de no afrontamiento. En realidad no hay una prescripción particular ante esta situación una vez que se presenta, lo que la teoría de Marlatt (1985) plantea es equipar al paciente con las herramientas necesarias para hacer poco probable que aparezca en primera instancia una respuesta de no afrontamiento, y para reducir la probabilidad de que ésta escale al reinicio de la conducta problema.

En PR se parte de la premisa de que una situación de alto riesgo escala a respuesta de no afrontamiento debido a una vida desequilibrada, al deficiente control de estrés, y/o a la falta de repertorio conductual suficiente para enfrentar la situación de alto riesgo. Para contrarrestar esto contamos con el restablecimiento de una vida más equilibrada de "deseos" y "obligaciones", que está asociada con el control de estrés.

Sin embargo, el entrenamiento en control de estrés no se limita a balancear la vida, busca entrenar al paciente a responder sin estrés ante ciertas situaciones. Los ejemplos típicos de esto son las aproximaciones de Desensibilización Sistemática y la prevención de estrés de Meichenbaum y Jarenko (1983; citado por Marlatt, 1985). En la lógica de Bandura (1981; en Schunk y Carbonari, 1984), enfrentar una situación sin respuestas fisiológicas de estrés deriva en mayor autoeficacia.

Además de ser la intervención lógica para reducir la probabilidad de una respuesta de no afrontamiento, el entrenamiento en un repertorio conductual apropiado, ya sea por modelamiento, moldeamiento o por técnicas basadas en la imaginación, también evita las respuestas de no afrontamiento. Siguiendo a Lazarus y Folkman (1984), el entrenamiento

en respuestas de afrontamiento también sería un componente del control de estrés, en el que la respuesta de estrés tiene cabida si no se cuenta en el repertorio conductual con un patrón de comportamiento necesario para enfrentar una situación que se percibe como amenazante.

A pesar de los esfuerzos preventivos para evitar las respuestas de no afrontamiento, éstas en muchas ocasiones se presentarán, condicionando decrementos en la autoeficacia y expectativas de resultados positivos de la conducta problema.

Para enfrentar la baja en autoeficacia se cuenta con los enfoques preventivos de manejo de estrés e imaginación recién revisados. Para las expectativas positivas de resultados de la conducta problema la principal estrategia es de orden educativo. Por un lado, se debe desarrollar una matriz de 4 X 2. En una de las filas se coloca el hecho de continuar sin la conducta problema, y en la segunda reiniciarla. En las primeras dos columnas se cruzan los beneficios y problemas a corto plazo; en las últimas dos, los beneficios y problemas asociados a largo plazo. Así, tendremos beneficios y problemas a corto y largo plazos de continuar en abstinencia o volver iniciar en el hábito patógeno.

Junto con esta matriz, se educa al paciente en los efectos inmediatos y a largo plazo de la conducta adictiva. Como es definitorio de las conductas adictivas, en un principio están relacionadas con gran placer, pero en el largo plazo condicionan problemas mayores (Miller, 1980).

Tanto la matriz como la educación del paciente buscan enfrentar al Problema de la Gratificación Inmediata (PGI), una característica cognoscitiva ligada con las recaídas. En el PGI se tienden a maximizar los efectos positivos inmediatos de la conducta adictiva y a quitar relevancia a los efectos perjudiciales y de largo plazo de la misma. Un ejemplo típico del pensamiento que lleva a una recaída será el paciente frente a la dulcería que

tiende a pensar únicamente en el buen sabor de los dulces en su boca, mientras que omite pensar en el resultado alto de HbA_{1c} o el daño a su salud.

Durante el periodo en que se están desarrollando las habilidades necesarias para enfrentar el PGI es probable que existan varias recaídas. Si no se tienen las estrategias adecuadas para hacer frente al PGI, se sucumbirá probablemente a la indulgencia inicial en la conducta adictiva.

De entre las estrategias preventivas del reinicio de la conducta adictiva, está el contrato de indulgencia controlada. Una parte del entrenamiento en PR es a través de técnicas de imaginación en que se reviven recaídas. Estas sesiones son la oportunidad para formar un contrato con el paciente con respecto al límite que tendrá la indulgencia en la conducta adictiva si esta llega a suceder.

Junto con el contrato de indulgencia controlada, el cliente en el programa de PR debe hacer, portar y utilizar una tarjeta recordatorio, en que están escritas todas las técnicas conductuales y cognoscitivas que deben desplegarse ante la primera indulgencia en la conducta problema. Con esta acción se persigue economizar el esfuerzo ante una situación de recaída de por sí estresante. Es probablemente más fácil para el paciente desplegar una acción, que es recuperar la tarjeta de recordatorio, en donde están detalladas las instrucciones para ese precioso momento, que recordar cada una de las estrategias que se incluyen en la misma.

Hasta este momento, la mayoría de las estrategias que se han implementado tienen base en la capacidad del paciente para recordar pasadas recaídas y su habilidad para visualizar vívidamente posibles situaciones. En la mayoría de los clientes esto es útil, sin embargo, hay algunos que no se han enfrentado aún a suficientes recaídas, que no son muy

hábiles para recordar y visualizar, o que despliegan altos niveles de ansiedad ante la posibilidad de que la indulgencia en la conducta adictiva les lleve al reinicio del hábito problema. Para estos casos en particular se ha desarrollado una técnica llamada **Recaída Programada**, que ha despertado controversia en algunos círculos académicos.

Las recaídas programadas son, sencillamente, recaídas que se planean con anticipación entre el paciente y el terapeuta. Se caracterizan por contar con la presencia del psicólogo para apoyar al paciente y deben suceder en el ambiente de alto riesgo. La ventaja es que el terapeuta está ahí para respaldar y moldear las respuestas de afrontamiento del cliente.

Al llevar la recaída a los ambientes naturales se salvan los obstáculos de la poca habilidad para recrear en la mente recaídas o la falta de experiencias previas. Además, permite al paciente con miedo a la primer recaída desmitificar el poder de la primera indulgencia.

La variable que condiciona que una indulgencia inicial en la conducta adictiva escale a una gran recaída es el Efecto de la Violación de la Abstinencia (EVA), que se caracteriza por exageradas atribuciones causales de la conducta de tipo interno. Es decir, se sobrevalora la responsabilidad del sí mismo sobre la ocurrencia de la primera indulgencia. La atribución causal interna exagerada dispara sentimientos de culpa, que, por un lado, son factor de riesgo para una recaída mayor (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980); y por el otro, dan inicio a un proceso de recuperación de consonancia cognoscitiva. El volver a tener una indulgencia inicial no es coherente con la idea de ser alguien abstinentes, esto es, la indulgencia inicial genera disonancia cognoscitiva.

Una de las maneras más típicas en que se restablece la consonancia es

reestructurando las cogniciones, de tal manera que justifiquen la recaída. Esto normalmente se manifiesta por pensamientos catastrofistas característicos de la etapa de contemplación: "si de algo he de morir, mejor muero contento" o "de todas maneras no tengo remedio". Finalmente, la conducta indulgente, los pensamientos catastrofistas y las emociones negativas decrecientan la autoeficacia, variable que predice una recaída importante.

Para contrarrestar el EVA se utilizan técnicas educativas, conductuales, de imaginación y la recaída programada. Las técnicas educativas socializan al paciente con la manera en que su conducta afecta a las emociones y pensamientos para hacer más peligrosa una recaída. Tener de antemano un esquema del EVA ayuda a los pacientes a identificarlo y detenerlo a tiempo. Las técnicas conductuales pretenden desarrollar las estrategias de afrontamiento útiles para evitar que las recaídas sucedan. Por su parte, las técnicas de imaginación y las recaídas programadas integran el afrontamiento en las situaciones reales o cuasi reales. Por un lado, esto sirve a manera de desensibilización sistemática, para reducir el estrés. Por otro lado, sirven como oportunidad para probar la efectividad de las estrategias de afrontamiento, en particular ante una situación tan aversiva como EVA. Si se logra superar el EVA, es virtualmente imposible que cualquier indulgencia inicial crezca hasta una recaída.

Las personas en fase de mantenimiento cuentan con recursos como el programa en PR para aumentar la probabilidad de mantenerse libres del hábito patógeno. El programa en PR describe las variables que condicionan una recaída y busca capacitar al paciente en las estrategias de afrontamiento conductuales y cognoscitivas para reducir la probabilidad de que sucedan nuevamente. La manera de capacitar al paciente es por medio del

entrenamiento repetido en situaciones semejantes a las de alto riesgo y con reestructuración cognoscitiva.

De manera global, el entrenamiento en PR busca crear la metáfora de un camino desde la indulgencia a la conducta adictiva hasta la moderación o la abstinencia. Este camino tiene partes que presentan mayores dificultades que otras. El entrenamiento en PR busca ser el mapa para sortear exitosamente estas dificultades.

3.Conclusión

La Diabetes Mellitus (DM) es un problema de salud pública muy serio en México actualmente. Hay una gran cantidad de personas afectadas por esta enfermedad, y cada año se reportan más casos nuevos. El costo que representa DM a las personas y a las instituciones de salud es inmensurable, pues esta población tiende a padecer complicaciones crónicas que disminuyen su productividad, representan un costo por cuidados médicos muy alto y reducen importantemente la esperanza de vida.

Las complicaciones asociadas a DM se originan en que no se cumplen los objetivos del tratamiento cabalmente, debido, en muchos casos, a la deficiente adherencia a las intervenciones. Hay una serie de factores psicosociales y extrapsicosociales responsables de la deficiente adherencia terapéutica y de los problemas de salud asociados. Entre los factores de orden psicosocial están el estrés, el desajuste psicosocial y los hábitos de no adherencia al tratamiento. Este trabajo presenta una aproximación al problema de los hábitos patógenos en DM.

Se utilizó el Modelo Transteórico [(MT) Prochaska y DiClemente, 1982)] como esquema para entender el problema de adherencia al tratamiento y como guía en la intervención de cambio de hábitos. El MT establece una secuencia de estadios motivacionales por los que atraviesa una persona en dicho proceso. Además, presenta las variables que median la transición de una fase a la siguiente.

Se presentaron detalles de la intervención psicológica sugerida en cada una de las fases motivacionales del cambio de hábitos patógenos de las personas con DM. En cada fase se señalaron los procesos a los que es más sensible el cliente. Junto con ello, fueron discutidas algunas teorías que explican el cambio motivacional.

El fin de la aproximación defendida por esta tesina es conseguir el cambio motivacional que medie la supresión permanente de hábitos patógenos. En el corto plazo, se pretende diagnosticar el estadio motivacional del paciente para cada uno de los hábitos responsables del descontrol metabólico. En el mediano plazo, se busca promover el tránsito hacia fases más avanzadas. A largo plazo se persigue que todos los hábitos que correlacionan con el buen control metabólico sean establecidos firmemente.

Lograr el cambio de hábitos es una de las tareas del psicólogo que atiende a las personas con DM. El MT es una aproximación muy sólida conceptualmente y con gran respaldo empírico que demuestran lo propicio de utilizarla en este tipo de pacientes.

Además de los profesionales de la salud mental, el resto del equipo de salud que atiende a las personas con DM y la familia del paciente deben ser socializados con el proceso de cambio de hábitos. Es muy común que las personas en las fases motivacionales más tempranas sean etiquetados como resistentes y este estigma tiende a entorpecer el proceso de cambio de hábitos, más que a ayudarlo. Además, las recaídas, en gran medida un evento esperable y deseable, deben ser manejadas de tal manera que aumenten la probabilidad de ser el inicio de un cambio permanente de los hábitos

El MT es una aproximación general a este problema. Una de las vertientes más prometedoras es su aplicación en el área de Psicología de la Salud. Además de DM, una gran cantidad de otros padecimientos y problemas pueden ser atendidos también con este

enfoque. Algunos ejemplos son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos, las dos primeras causas de muerte en México, junto con los accidentes, la cuarta causa de muerte.

En estos padecimientos es claro el componente conductual que, al igual que en DM, condiciona un riesgo disminuido para enfermar y morir. Algunos casos, como en el de las enfermedades cardiacas, los hábitos patógenos son muy parecidos a los de DM: sedentarismo y deficientes patrones de alimentación. En los otros hay algunas conductas particulares diferentes. Para algunos tumores malignos, la conducta sexual, la falta de revisiones personales y médicas, la exposición a agentes cancerígenos y el tabaquismo, son algunas de las conductas habituales a modificar. En el caso de los accidentes, las conductas de riesgo pueden ser el uso de alcohol, conducir en exceso de velocidad y la falta de precaución con en el manejo de instrumentos de trabajo. Sin importar el problema, existen rasgos comunes a todos estos problemas: todos implican una serie de hábitos patógenos que hay que abatir.

Además del campo de la Psicología de la Salud, el MT es susceptible de ser aplicado en otras áreas, tales como la Psicología Clínica. Muchos de los padecimientos "mentales" están constituidos por estilos de pensamiento que se comportan como conductas habituales. La depresión, para algunos autores, se reduce a una serie de estilos de pensamiento disfuncionales (Beck, 1978), susceptibles de ser analizados en su naturaleza habitual.

Si se asume que la depresión y otros padecimientos "mentales", se desarrollan gracias a una serie de pensamientos disfuncionales habituales, entonces la tarea del psicólogo clínico se puede enfocar a favorecer el cambio de hábitos de pensamiento.

Existen algunas entidades clínicas que no pueden ser reducidas al análisis de hábitos patógenos, pero se está desperdiciando el conocimiento desarrollado por psicólogos de otras áreas que puede ser aplicado en estos contextos.

Es necesario que se fomenten líneas de investigación serias que intenten descubrir los alcances del MT para generar tratamientos dirigidos al cambio de hábitos. Además, los tratamientos deben ser comparados con otros ya existentes para encontrar en qué tipos de pacientes, padecimientos, terapeutas y culturas las intervenciones basadas en el MT se pueden convertir en el tratamiento de elección.

Los datos expuestos en este análisis parecen indicar que DM y otras enfermedades crónico degenerativas son campos fértiles para la implementación de tratamientos basados en el MT, pero la evidencia empírica sentará la última palabra.

Referencias

- Allsop, S. y Saunders, B. (1991). Reinforcing robust resolutions: Motivation in relapse prevention with severely dependent problem drinkers. En Miller, W. R. y Rollnick, S., (Eds.). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior.* USA: The Guilford press
- American Association of Diabetes Educators. (1998). *Scope of practice for diabetes educators.* [En red]. Disponible en: http://www.aadenet.org/about_frame.html
- American Diabetes Association (1994). *Manejo médico de la diabetes insulino dependiente (Tipo 1).* 2ª ed. México: GMID
- American Diabetes Association (1998). Report from de ADA: Economic consequences of Diabetes Mellitus in te US in 1997. *Diabetes Care* 21, 296
- American Diabetes Association (1999). Position statment: Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care* 22 (Suppl 1): S
- American Diabetes Association (1999a). Position statment: Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 22 (Suppl 1): S32-S41
- Amylin Pharmaceuticals (1999). *Diabetes facts.* [En red]. Disponible en: <http://www.amylin.com/diabfact>
- Anderson, R.M. (1996). Delegación de responsabilidades en el diabético y su relación on el modelo médico tradicional: ¿Existen diferencias irreconciliables?. En: Organización Panamericana de la Salud. (Eds.). *Educación sobre Diabetes. Disminutamos el costo de la ignorancia.* Washington: OPS
- Baker, A. y Dixon, J. (1991). Motivational interviewing for HIV risk reduction. En Miller, W. R. y Rollnick, S., (Eds.). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior.* USA: The Guilford press.
- Barrera, P. (en preparación). *Estrategias para la promoción de comportamientos relevantes para la salud. Promoción a la guía de alimentación en personas con diabetes mellitus tipo 2.* Facultad de Psicología, UNAM. Tesis de doctorado.
- Beck, A. T. (1978). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.
- van Bilsen, H. P. (1991). Motivational interviewing: Perspectives from the Netherlands, with particular emphasis on heroin-dependent clients. En Miller, W. R. y Rollnick, S., (Eds.). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior.* USA: The Guilford press
- Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology: Integrating mind and body.* USA: Allyn & Bacon
- Covey, S. R. (1998). *Los siete hábitos de la gente altamente efectiva.* México: Paidós.
- Cox, W. M; Klinger, E.; Blount, J. P. (1991). Alcohol use and goal hierarchies: Systematic motivational counseling for alcoholics. En Miller, W. R. y Rollnick, S., (Eds.). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior.* USA: The Guilford press
- Cummings, C., Gordon, J. R., y Marlatt, A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. En: Miller, W. R. (Ed.) *The addictive behaviors. Treatment of Alcoholism, drug abuse, smoking and obesity.* Great Britain: Pergamon Press.

- Curry, S. J., Kristal, A. R. y Bowen, D. J. (1992). An application of the stage model of behavior change to dietary fat reduction. *Health Education Research*, 1, 97-105
- Davidson, MB. (1998). Diabetes research and diabetes care. *Diabetes Care*, 21: 2152-2160
- De la Rosa, B. (1999). *La atención multidisciplinaria del paciente diabético*. Comunicación personal con el autor.
- De la Rosa, B.; Murguía, C.; y cols. (en preparación). *Resultados del grupo multidisciplinario para la atención a personas con diabetes*.
- Dickinson, D.; Wilkie, P.; y Harris, M. (1999). Taking medicines: Concordance is not compliance. *BMJ*; 319: 787
- DiClemente, C. C. (1991). Motivational interview and the stages of change. En Miller, W. R. y Rollnick, S., (Eds.). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. USA: The Guilford press
- DiMatteo, M.R., Donald, S., Hays, R.D., Orday, L., Kravitz, R.L., McGlynn, E.A., Kaplan, S. y Rogers, W.H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment. Results from the medical outcomes study. *Health Psychology*, 2, 93-102.
- Dishman, R. K. (1991). Increasing and maintaining exercise and physical activity. *Behavior Therapy*, 3, 345-378.
- Doherty, Y., James, P. y Roberts, S. (2000). Stages of change counseling. En: Snoek, F. y Skinner, T.C. (eds.) *Psychology in diabetes care*. Wiley: West Sussex.
- Domínguez, B. (1985). Contribuciones de la investigación en Psicología al estudio de la adherencia terapéutica. En: Puente, F. (Ed.). *Adherencia terapéutica Implicaciones para México*. México: Corpodin
- Donaldson, C.; y Venkat Narayan, K.M. (1998). The cost of diabetes. A useful statistic? *Diabetes Care*, 8
- Ellis, A.; y Knaus, W. J. (1979). *Overcoming procrastination*. Winnipeg: Signet
- European Association for the Study of Diabetes. (1999). *Home page*. [En red]. Disponible en: <http://www.easd.org/>
- Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (1997). Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus report. *Diabetes Care*, 20 (Suppl 7): 1183-1197
- Falvo, D. R. (1994). *Una guía para incrementar el cumplimiento del tratamiento. Educación efectiva para pacientes*. México: GMID
- Frankl, V. E. (1984). *Man's search for meaning*. USA: Washington Square Press Publications
- Garland, R. J. y Dougher, M. J. (1991). Motivational intervention in the treatment of sex offenders. En Miller, W. R. y Rollnick, S., (Eds.). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. USA: The Guilford press
- Gilmer, T.P.; Manning, W.G.; O'Connor, P.J.; y Rush, W.A. (1997). The cost to health plans of poor glycemic control. *Diabetes Care*, 20: 1847-1853
- Glaggiardino, J.J. (1996). *Programa de Educación del Diabético No Insulinodependiente de Latinoamérica*.

México: Roche.

- González, A. (1999). Consenso mexicano de resistencia a la insulina y síndrome metabólico. *Rev Mex de Cardiología*, 10: 3-19
- Grimley, D. M., Riley, G. E., Bellis, J. M., Prochaska, J. O. (1993). Assessing the stages of change and decision making for contraceptive use for the prevention of pregnancy, sexually transmitted diseases, and acquired immunodeficiency syndrome. *Health Education Quarterly*, 4, 455-470
- Grupo de Investigación del Estudio sobre Control y Complicaciones de la Diabetes. (1993). Efecto del tratamiento intensivo de la diabetes sobre el desarrollo y avance de las complicaciones a largo plazo en la diabetes mellitus insulino-dependiente. *The New England Journal of Medicine*, 329: 977-986
- Harris, M. A. y Lustman, P.J. (1998). The psychologist in diabetes care. *Clinical diabetes*, 2, 91-95.
- Helz, J. W.; y Templeton, B. (1990). Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus: A review. *Am J Psychiatry*, 10, 1275-1282
- Ho, M.; Marger, M.; Beart, J.; Yip, I.; y Shekelle, P. (1997). Is the quality of diabetes care better in a diabetes clinic or in a general medicine clinic? *Diabetes Care*, 20, 472-475
- Hosey, G. (1992). Estrategias para elaborar materiales de enseñanza para semianalfabetos. *The IDF Bulletin*, 37: 17-19
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1996). *Mortalidad por causas principales según frecuencia 1995*. [En red]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/>
- International Diabetes Federation. (1999). *Home page*. [En red]. Disponible en: <http://www.idf.org/>
- Javieres, L. (1996). *Postulados básicos en torno a la formación y cambio de actitudes*. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Kendel, E., Schwartz, J. y Jessell, T. (1997). *Neurociencia y conducta*. España: Prentice Hall.
- Klein, S. B. (1994). *Aprendizaje. Principios y aplicaciones*. Madrid: MacGraw-Hill.
- Knaus, W. J. (1998). *Do it now! Break the procrastination habit*. USA: John Wiley & sons.
- La Geca, A. M. y Skyler, J. S. (s.f.). Psychosocial issues in IDDM: A multivariate framework .
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984) *Estrés y procesos cognitivos*. México: Planeta
- Linton, R. (1982). *Cultura y personalidad*. México: FCE
- Marlatt, A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En: Marlatt, A. y Gordon, J. R. (Eds.). *Relapse prevention*, New York: The Guilford Press.
- Matarazzo, J. D. (1984). *Preparing people to change addictive behavior*. USA: The Guilford press.
- Miller, W. R. (1980). The addictive behaviors. En: Miller, W. R. (Ed.) *The addictive behaviors. Treatment of Alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. Great Britain: Pergamon Press.
- Murguía, C. (1999). *Cómo cambiar de hábitos con la diabetes*. [En red]. Disponible en: http://www.diabetescare.com.mx/diabetes/3440_09.htm

- Myers, D. G. (1995). *Psicología social*. México: McGraw Hill
- Nathan, D. M. (1998). Some answers, more controversy, from UKPDS. *Lancet*, 332: 832-833
- Nomo-Ongolo, S. (1992). Estrategias para educar paciente semianalfabetos: simplificación de instrucciones. *The IDF Bulletin*, 37: 15-16
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Diabetes estimates 1995-2025*. [En red]. Disponible en: http://www.who.int.ncd/dia/dia_est.htm
- Pallonen, U. E., Fava, J. L., Salonen, J. T., y Prochaska, J. O. (1992). Readiness for smoking change among middle-aged Finnish men. *Addictive Behaviors*, 5, 415-423
- Pérez-Pastén, E. (1996). *Guía para el educador en diabetes*. México: Soluciones Gráficas
- Prochaska, J. O. (1999). *Cancer prevention research center homepage*. [En red]. Disponible en: <http://www.uri.edu/research/cprc>
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C., (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, reaserch and practice*, 3, 276-288
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 3, 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., Rossi, J. S. (1993). Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health-Psychology*, 5, 399-405
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Fowler, J. L., Follick, M. J., et-al. (1992). Attendance and outcome in a work site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behaviors*, 1, 35-45
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S., et-al. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly*, 4, 471-486
- Prochaska, J. O., Velicier, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., et-al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 1, 39-46
- Puente, F. (1985). ¿Qué es la adherencia terapéutica? En: Puente, F. (Ed.). *Adherencia terapéutica. Implicaciones para México*. México: Corpodin
- Rakowski, W., Dube, C. E., Marcus, B. H., Prochaska, J. O., et-al. (1992). Assessing elements of women's decisions about mammography. *Health Psychology*, 2, 111-118
- Robles, C. (1999). *Epidemiología y economla de la diabetes*. Comunicación personal dentro del Diplomado para Educadores en Diabetes. FMD
- Rodríguez, G.; y Rojas, M. (1999). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. UNAM-Porrúa-WHO: México
- Rodríguez, G. (Coord.) (1999). *Fortalecimiento de la Adherencia Terapéutica*. México, DF: Facultad de Psicología-UNAM Ed. Miguel Angel Porrúa. Auspiciado por CONACyT Proyecto 25771H.
- Rodríguez, G. (Coord.) (1999). *Intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la hipertensión arterial*. México, DF: Facultad de Psicología-UNAM Ed. Miguel Angel Porrúa. Auspiciado por CONACyT Proyecto 25771H.

- Rodríguez, G. (Coord.) (1999). *Intervenciones psicológicas en pacientes con dolor de espalda crónico*. México, DF: Facultad de Psicología-UNAM Ed. Miguel Angel Porrúa. Auspiciado por CONACyT Proyecto 25771H.
- Rodríguez, G. (Coord.) (1999). *Automanejo del dolor de cabeza crónico*. México, DF: Facultad de Psicología-UNAM Ed. Miguel Angel Porrúa.
- Rodríguez, G. (Coord.) (1999). *Insomnio: Intervenciones cognitivas y conductuales*. México, DF: Facultad de Psicología-UNAM Ed. Miguel Angel Porrúa.
- Rodríguez, G. (Coord.) (2000). *La comunicación de malas noticias*. México, DF: Facultad de Psicología-UNAM Ed. Miguel Angel Porrúa.
- Rodríguez, G. (Coord.) (2000). *Relación médico-paciente: Interacción y comunicación*. México, DF: Facultad de Psicología-UNAM Ed. Miguel Angel Porrúa.
- Rodríguez, G. (Coord.) (2000). *Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos: Aspectos cognitivos y conductuales*. México, DF: Facultad de Psicología-UNAM Ed. Miguel Angel Porrúa.
- Rodríguez, G. (Coord.) (2000). *La presentación de un bebé anormal a sus padres*. México, DF: Facultad de Psicología-UNAM Ed. Miguel Angel Porrúa.
- Saunders B., Wilkinson, C. y Allsop, S. (1991). Motivational intervention with heroin users attending a methadone clinic. En Miller, W. R. y Rollnick, S., (Eds.). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. USA: The Guilford press.
- Savage, S. A., Hollin, C. R. y Hayward, A. J. (1990). Self-help manuals for problem drinking: The relative effects of their educational and therapeutic components. *British Journal of Clinical Psychology*, 4, 373-382
- Secretaría de Salud (1995). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. 2ª Ed. México: SSA
- Secretaría de Salud (1999). *Vigilancia epidemiológica Semana 31: del 1 al 7 de agosto de 1999*. [En red]. Disponible en: <http://www.ssa-gob.mx/prop/estadis/>
- Secretaría de Salud (1999). *Estadísticas vitales. Capítulo: Mortalidad*. [En red]. Disponible en: <http://www.ssa-gob.mx/prop/estadis/>
- Shera, S. (1992). Enseñanza de médicos generales en Karachi, Pakistán. *The IDF ulletin*, 37: 17-18.
- Schunk, D.H. y Carbonari, J.P. (1984). Self-efficacy models. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss., J.A. Herd., N.E., & N.E. Miller (eds.). *Behavioral health*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Stokwell, T. (1991). Dealing with alcohol problems in the community. En Miller, W. R. y Rollnick, S., (Eds.). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. USA: The Guilford press.
- Tober, G. (1991). Motivational interviewing with young people. En Miller, W. R. y Rollnick, S., (Eds.). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. USA: The Guilford press.
- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. (1998a). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 352: 837-853

- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. (1998b). Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet*, 352: 854-865
- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. (1998c). Tight blood pressure control and risk of macrovascular microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). *BMJ*, 317: 703-713
- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. (1998d). Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 39). *BMJ*, 317: 713-720
- Vázquez, F. (1999). *Factores psicológicos que afectan al paciente con diabetes*. Comunicación personal en la FMD.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Bellis, J. M., DiClemente, C. C. et-al. (1993). An expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 3, 269-290
- Zimmet, P. (1997). *Imágenes de la diabetes: El síndrome del nuevo mundo*. México: Hoechst Marion Rouseel.
- Zweben, A. (1991). Motivational Counseling with Alcoholic Couples. En Miller, W. R. y Rollnick, S., (Eds.). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. USA: The Guilford press.