

144

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

295403

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL  
DIRIGIDO A PACIENTES DIABÉTICOS  
TIPO II**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A N:**  
**BRENDA EUNICE MARQUEZ ULLOA**  
**MARIA VERÓNICA CAMPOS ORTIZ**

**DIRECTOR DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

*Dame Señor agudeza para entender, capacidad para retener, método y facultad para aprender, sutileza para interpretar gracia y abundancia para hablar, dame acierto al empezar, dirección al progresar y perfección al acabar.*

*Santo Tomas de Aquino.*

## AGRADECIMIENTOS

A nuestra directora de tesis la Lic. Leticia Echeverría por todo el apoyo que nos dio durante toda nuestra jornada en este proyecto, y sobre todo por creer en nosotras. No existen palabras con las que podamos expresar nuestra admiración, cariño y agradecimiento, pero desde lo mas profundo de nuestro corazón gracias Lety. Vero y Eu

A nuestros sinodales: Mtro. Isaac Seligson, Mtro. Leonardo Reynoso, Dr Hector Ayala y Mtra. LYdia Barragán, por el tiempo brindado y por los conocimientos, los cuales nos fueron de valiosa ayuda.

Al Lic. Miguel Ángel Medina por toda la ayuda que nos brindo en la realización de nuestra tesis y sobre todo por su valiosa amistad.

A la Lic. Mireya Gamiochipi Cano por sus conocimientos y ayuda profesional, pero sobre todo por la amistad que tenemos. Muchas gracias por ser una persona tan alegre, optimista y divertida. Con mucho cariño Eu y Vero.

Gracias a la Clínica 22 del IMSS y a la Dra. Yolanda García V., por darnos la oportunidad de participar en este proyecto, pero sobre todo gracias al grupo de "Los Glucosaurios" ya que sin ellos no hubiera sido posible esta investigación.

Gracias Vero por compartir conmigo este momento tan importante de nuestras vidas y esta amistad que nació como un proyecto de trabajo, se ha transformado en un proyecto de vida. Muchísimas gracias por dejarme compartirlo contigo. Nunca olvides que te quiero mucho, Eu.

Eu muchas gracias por los momentos que compartimos juntas en la realización de este trabajo, solo tu sabes todo el trabajo que nos llevo concluir este proyecto, No importa todo el tiempo dedicado si en el conocí a una persona con muchísimas virtudes, gracias por brindarme tu amistad, esperando que dure para siempre, Con mucho cariño Vero.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por el privilegio de formar parte de ella y de permitirnos ser lo que ahora somos.

# INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	3
<b>CAPITULO I</b>	
Psicología de la salud.....	5
<b>CAPITULO II</b>	
Epidemiología.....	18
<b>CAPITULO III</b>	
Programas para facilitar la adhesión.....	22
<b>CAPITULO IV</b>	
Descripción del programa.....	38
<b>CAPITULO V</b>	
Método.....	46
<b>CAPITULO VI</b>	
Descripción de la población.....	50
<b>CAPITULO VII</b>	
Resultados.....	53
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	64
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	69
<b>ANEXO 1</b> .....	74

## RESUMEN

En América Latina y particularmente en México un número creciente de sujetos padece alguna enfermedad crónica. Según informes del Instituto Nacional de Nutrición, México ocupa el primer lugar en el mundo de muertes por Diabetes.

La OMS asegura que el aumento de esta enfermedad responde al envejecimiento de la población, la mala alimentación, la obesidad y la vida sedentaria. Es por esta razón que se deben buscar otras alternativas para enfrentar el problema.

Dentro de las enfermedades crónico degenerativas, la primera medida de prevención y tratamiento es la modificación del estilo de vida. Es por eso que creemos en la necesidad de utilizar diferentes técnicas psicológicas con el objetivo de producir cambios comportamentales que mejoren parcial o globalmente la adherencia y, por consiguiente, el control metabólico de la diabetes.

El presente trabajo tiene como objetivo identificar por medio del programa "auto control para mejorar el apego a la dieta en pacientes con Diabetes mellitus tipo II" aquellas conductas que interfieren en el mal control de la enfermedad. Se trata de que estas conductas sean moldeadas a través del aprendizaje social ya que es en esta teoría en la que se basa el programa. Esto con la finalidad de adecuar estas conductas para mejorar la calidad de vida de las personas.

El proyecto original de este estudio se conformó por una muestra de 120 pacientes tomados al azar de la población de diabéticos que asistían regularmente a su consulta a la clínica 22 del IMSS, esta muestra se dividió en dos grupos, un grupo experimental formado por 60 sujetos y un grupo control formado por los 60 restantes. Se hizo un estudio piloto seleccionando a 40 pacientes del proyecto original, del cual se hizo un análisis de resultados al inicio y al final del tratamiento.

Se evaluaron diferentes instrumentos de medición usando un diseño cuasi-experimental de tipo de medida pre y post, M1 - T - M2. (Zinser, Otto 1987). Los instrumentos que se utilizaron fueron: Cuestionario de Entrevista Inicial, Escala de Consecuencias por el Consumo Excesivo de Alimentos, Inventario de Situaciones Riesgo del Consumo Excesivo de Alimentos, Medidas Corporales y Marcadores Biológicos, para detectar situaciones riesgo en su patrón de consumo de alimentos en el momento de ingresar al tratamiento.

En la primera parte de la investigación se hace la descripción de la muestra: sexo, edad, escolaridad, estado civil y situación laboral. En la segunda parte se describe el problema: duración de la diabetes, ejercicio, razones de cambio, años de comer en exceso, problemas en su forma de comer, consecuencias, actividades recreativas, si estas actividades se asocian con el consumo excesivo de alimentos, presión social y apoyo. En la tercera y última parte, se evaluó el cambio de los pacientes a través del tratamiento, haciendo una comparación de los resultados obtenidos antes de iniciar el programa y después de haber concluido este.

Los resultados muestran que después de la aplicación del tratamiento se encontró una modificación de conducta favorable, ya que observamos diferencias significativas en marcadores biológicos y medidas corporales, en las cuales se aprecia un descenso, llegando a niveles aceptables y otros casos a niveles óptimos. En lo que se refiere a los cuestionarios (mencionados anteriormente), también se observa una modificación de conducta de manera positiva, con tendencia a bajar los niveles de riesgo y consecuencias en el consumo de alimentos.

# INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de Diabetes Mellitus lleva implícito un pronóstico de incurabilidad y por tanto de un manejo terapéutico continuo. Esto demanda diversas acciones y decisiones cotidianas para conservar la salud y evitar o retrasar el desarrollo de complicaciones causantes de invalidez e incluso de muerte.

La prevalencia e incidencia de diabetes mellitus en los Mexicanos tiende a aumentar, por ello algunos investigadores consideran que ciertas características de la etnicidad mexicana pudieran estar íntimamente ligada a un incremento del riesgo de padecer Diabetes Mellitus Tipo II.

Algunos estudios demuestran que la transición rural-urbana en México se acompaña de un incremento preocupante de la prevalencia de obesidad y Diabetes Mellitus y que las poblaciones autóctonas con características genóticas, predominantemente indígenas de México no están libres de esta enfermedad. El costo socioeconómico que se deriva del incremento en el número de pacientes con diabetes mellitus en México es alto y creciente.

En México el número de hospitalizaciones de personas con diabetes mellitus por año. Es alrededor de 30 000 y la prevalencia estimada de la enfermedad en personas adultas pudiera estar cerca del 10%.

Dada la importancia de este tema y nuestra experiencia particular, creemos que existe la necesidad de hacer una mancuerna entre el área médica y la psicología para beneficio de los pacientes que padecen enfermedades crónico degenerativas.

A lo largo de esta investigación hemos observado que no existen suficientes programas psicológicos enfocados a la modificación de conducta en diabetes.

Por tal motivo el objetivo de la presente investigación es observar a partir de un programa de auto-control, si es posible modificar los hábitos alimenticios, el estilo de vida, costumbres, conductas, etc., lo que sea necesario para mejorar la calidad de vida del paciente Diabético tipo II.

A continuación se describe la temática de la presente investigación:

En el capítulo I, se habla de la importancia de la psicología en el área de la Salud y el interés que ha generado en la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades. Cualquier trabajo de investigación sobre la salud es imposible sin conocer el contexto psicológico y social, dónde se experimenta y tiene lugar, gracias a esta concepción interactiva es uno de los factores que más ha contribuido al rápido desarrollo del campo de la psicología de la salud.

En el capítulo II, se expone la Epidemiología de la Diabetes. Se habla de las características del trastorno, los aspectos etimológicos y clínicos así como también los diferentes tipos de Diabetes.

En el capítulo III, se describen los diferentes programas que facilitan la adhesión diabetológica así como las barreras existentes para la adhesión al tratamiento. También se describen las diferentes técnicas conductuales que existen en el tratamiento de la diabetes, así como otras alternativas terapéuticas.

En el IV capítulo, se hace la descripción del "Programa Motivacional de Auto-cambio para mejorar el apego a la dieta en pacientes con Diabetes tipo II".

En el V capítulo, se explica el procedimiento metodológico empleado en la investigación.

En el VI capítulo, se describe a la población de acuerdo a: sexo, edad, estado civil escolaridad, situación laboral.

En el capítulo VII se describen los resultados divididos en dos partes. La primera es la descripción del problema, abarcando las siguientes variables: duración de la diabetes, ejercicio, razones de cambio, años de consumo excesivo, problemas en su forma de comer, consecuencias médicas, actividades recreativas, si estas actividades se asocian con el consumo excesivo de alimentos, presión social y apoyo. En la segunda parte, se evaluó el cambio de los pacientes a través del tratamiento, haciendo una comparación de los resultados obtenidos antes de iniciar el programa y después de haber concluido este.

Por último se presentan las conclusiones a las que se llegó en la investigación

## CAPITULO I

### PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En los últimos años se ha observado un interés creciente por observar la psicología con los problemas de salud humana, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental. Han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes: la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual y muchos otros. Todas estas interdisciplinas tienen cómo propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual, en la prevención terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud, tal como se perciben desde la óptica de la medicina clínica y experimental (Ribes, 1990). Concretamente, el término de psicología de la salud se viene utilizando desde finales de la década de los setenta, por un gran número de psicólogos para denominar la actividad de la psicología y de sus profesiones en el área de la salud (Reig, Rodríguez y Mirá, 1987).

La psicología de la salud se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y cuerpo en un medio socio cultural dado, y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud (Holtzman, 1993). Comprende además el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencias y la recuperación de la enfermedad física. Si bien el interés de la relación entre la mente y cuerpo se remonta a muchos siglos, tan sólo muy recientemente se han desarrollado los nuevos enfoques teóricos y tecnológicos para el nuevo enfoque de la salud y la prevención de enfermedades o disfunciones en personas por lo demás sanas.

Actualmente, entre los científicos, los responsables de las decisiones políticas crecen en el convencimiento de que buena parte de lo que se percibe cómo enfermedad en gran medida proviene del comportamiento de las personas más bien que simplemente de agentes patógenos biológicos. El hábito de fumar cigarrillos, el abuso del alcohol y drogas, el comer en exceso, la falta de ejercicio, la negligencia en el uso del cinturón de seguridad, así como los estilos de vida de gran estrés, son solo algunos factores del comportamiento que causan enfermedades graves (Holtzman 1993).

Si entendemos la salud cómo un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente como ausencia de enfermedad, estaremos de acuerdo con la necesidad de incorporar, dentro de las ciencias de la salud, el componente social y el psicológico, ya que el biológico ha sido, y es todavía el imperante dentro de éstas.

Paralelamente ha este movimiento de defensa de la perspectiva biopsicosocial (Taylor, 1987), otra serie de factores están posibilitando la incorporación tanto de la psicología como de sus profesionales a un nuevo modelo de salud. Según Reig, Rodríguez, y Mirá (1987) estos factores pueden resumirse en:

1. La salud se considera un derecho social básico; así la Ley General de Sanidad amplía el concepto de salud, incorporando aspectos no estrictamente médicos y la entiende como un concepto integral que incluye la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción. Se insiste además en que el valor básico de la política sanitaria será la salud.
2. Durante el presente siglo se ha producido un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad; y en estas pautas se ha constatado que lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que hace. Esta cuestión hace que en la actualidad la investigación epidemiológica sea básicamente psicosocial.
3. La aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia a un gran número de problemas de la salud, con resultados positivos, ha abierto en el área asistencial la posibilidad de que las intervenciones psicológicas puedan recomendarse como alternativas o como complemento a la intervención biomédica.
4. El enorme crecimiento de los gastos sanitarios, ha obligado a los planificadores sanitarios a un replanteamiento del tema; la conducta es el principal contribuyente al estatus de salud, entonces probablemente el desarrollo de la psicología de la salud puede aportar una buena relación costo-utilidad, que implique ampliar la duración de la vida y mejorar la calidad de ésta.

Como hemos podido apreciar en el resumen anterior, para entender el resultado de esta disciplina hay que hacer cambios en el concepto de salud que actualmente se están desarrollando. Con relación a este punto, Matarazzo (1984) señala que los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad, caen dentro del enclave calidad de vida.

Debido a la naturaleza crónica de muchos problemas de salud, la mayoría de las veces los individuos necesitan aprender conductas nuevas o modos de comportamiento diversos, así como una reestructuración de su estilo de vida particular anterior, de manera que se adapte lo mejor posible a las secuelas psicosociales del problema de salud, favoreciendo la rehabilitación y previniendo posibles recaídas (Moos y Tsu, 1977).

Cualquier trabajo de investigación sobre la salud es imposible sin conocer el contexto psicológico y social donde este se experimenta y tiene lugar. Esta concepción interactiva es uno de los factores que más ha contribuido al rápido desarrollo del campo de la psicología de la salud. Reig, Rodríguez y Mirá (1987) señalan que la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas:

1. Que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades o que la conducta es un factor de riesgo.
2. Que la modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.
3. Que el comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad.
4. Que las intervenciones psicológicas pueden resistir un análisis de costo utilidad y eficacia.

Desde principios de este siglo la psicología, como ciencia y como profesión, se ha identificado muy de cerca con otras disciplinas en el campo general de los servicios de salud. Los recientes avances en los servicios de salud sostienen la filosofía de que al incorporar los descubrimientos científicos y las técnicas modernas de la psicología en las prácticas diarias, se produce un mejoramiento significativo en la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades (Holtzman, et al;1987).

Como en otros campos, el desarrollo de la psicología de la salud en los diferentes países no ha sido uniforme. Algunos cuentan con escenarios de trabajo, líneas de investigación y programas de formación consolidados, mientras que en otros este es aun todavía incipiente y en otros más aun no se inicia.

El Dr. Hiram Terrazas Solís (2000) del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" consideró que el binomio salud-enfermedad en México es complejo, pues coexisten enfermedades asociadas con la pobreza, como infecciones gastrointestinales, neumonía, parasitosis y desnutrición, con otras patologías de sociedades avanzadas, como la obesidad, diabetes, cardiopatías y cáncer.

Las enfermedades crónicas impactan en la mortalidad, han estado presentes durante mucho tiempo en las personas, causando discapacidad y secuelas a largo plazo, como es el caso de la diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial. En estas tres enfermedades, así como otros padecimientos crónico-degenerativos, la primera medida de prevención y tratamiento es **la modificación del estilo de vida**, primordialmente con cambios en la dieta y la práctica de ejercicio.

La aplicación al ámbito clínico de los conocimientos científicos que se van desarrollando dentro de la Psicología constituye una especialidad psicológica que se denomina Psicología Clínica. Este ámbito clínico cubre los llamados trastornos mentales, que vienen recogidos en las clasificaciones internacionales. El psicólogo clínico en su práctica diaria ayuda a personas que sufren problemas tales como retraso mental, trastornos del aprendizaje, demencias, trastornos relacionados con el consumo de sustancias, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, etc. Pero siempre es un problema clasificar los trastornos en mentales y físicos, porque esta dicotomía creada por el hombre no existe en la realidad. (Cano, 1997).

El cáncer no es un trastorno mental y sin embargo se hace necesaria la aplicación de los conocimientos desarrollados por la Psicología a los problemas que sufre el paciente con cáncer. Se ha ido así desarrollando una nueva especialidad psicológica que se denomina Psicología de la Salud. En realidad no es nueva, puesto que previamente existía una especialidad interdisciplinaria denominada Medicina Conductual, con objetivos similares. La Psicología de la Salud amplía sus horizontes al centrarse, al menos teóricamente, en la promoción de la salud y no sólo en el tratamiento del trastorno. Pero los límites entre todas estas especialidades son borrosos y muy discutidos. Hoy en día los términos más extendidos son Psicología Clínica y Psicología de la Salud, como dos especialidades no bien diferenciadas y ampliamente solapadas (Cano, 1997)

Todos estos ejemplos pueden servirnos para ilustrar lo que queremos decir y que podemos resumir en dos puntos:

1. Hoy nadie duda sobre la necesidad de integrar al "Psicólogo Clínico" dentro del Sistema de Sanidad Nacional. De hecho, se espera que para finales de este año se publique el Decreto que definirá legalmente esta nueva especialidad. Hay ya muchos psicólogos trabajando en Sanidad, pero con este decreto se les reconocerá el rango de Especialistas Sanitarios.
2. La Psicología Clínica y la Psicología de la Salud se han desarrollado enormemente en los últimos años, pero se necesita promover la investigación y la implantación de programas, que ayuden a resolver y a prevenir problemas.

## **ANTECEDENTES**

El desarrollo del interés por conservar la vida desde épocas inmemoriales, el cambio de la perspectiva humana ante el mundo por el desarrollo tecnológico, las formas artificiales de crear enfermedades, etcétera, han creado capas cada vez más numerosas de "técnicos del saber" que están excluidos de los beneficios del desarrollo de la fuerza explicativa del abordaje epistemológico. Siguiendo a Bachelard (1948), "toda ciencia particular produce, en cada momento de su historia, sus propias normas de verdad".

Desde las concepciones ontológicas de la enfermedad hasta las dinámicas, fundadas en la fisiología (Canguilhem, 1984), prácticamente todas las formas de intervención que apuntan a la cura reclaman para sí el papel de "agentes" de cambio en el sujeto. Esta "modificación" está comprendida y conceptualizada desde diferentes vertientes históricas muy añejas, según se incline la balanza hacia la cultura egipcia o hacia la griega.

La Psicología de la salud constituye un reciente campo de conocimiento que surge al final de los años 70. A partir de la proposición de Schofield (1969) en el sentido de que la psicología es también una disciplina y una profesión que debe insertarse en el sector sanitario, crece el interés por aprobar de un modo sistemático e integrador las relaciones directas o indirectas existentes entre la conducta y la salud en general, lo que se traduciría en la aparición de una nueva área de especialización dentro de la

psicología y que corresponde con lo que hoy conocemos como "Psicología de la Salud". Stone (1982) en su libro "**Health Psychology**" se atribuye para sí el haber acuñado el término al decir que "ningún libro antes que éste se ha denominado así"

La Psicología de la Salud en la República de Cuba se puede rastrear a finales de la década de los sesenta y más rápidamente en los setenta. El avance se vio fuertemente influido por el desarrollo de la Medicina Conductual y el Biofeedback, que en estos momentos tenían en Estados Unidos un gran auge. Miller, Hefferline, Holtzman, Basmajian, Wesiss, Matarazzo y Stermán fueron algunos de los asesores de los países que se iniciaron en el campo.

Los primeros temas abordados fueron: el manejo psicológico de las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente las cardiovasculares, el cáncer y el dolor crónico, así como las adicciones, empleando principalmente aproximaciones metodológicas de la psicofisiología y la terapia cognitivo-conductual.

En algunos países, la psicología de la salud inicia en las Universidades a través de líneas de investigación de interés de los académicos, que posteriormente fundaron el establecimiento de los programas de formación de especialistas.

En la década de los ochenta se establecen en América Latina los primeros programas de formación de los psicólogos de la salud. Todos ellos son programas de posgrado y con tendencia a la subespecialización en alguno de los campos de la atención a la salud ocupacional, psicología comunitaria, atención a pacientes crónicos, y adicciones, entre otros. Todos los programas promueven una forma integral e interdisciplinaria con especial énfasis en la adquisición de habilidades y destrezas para el trabajo en equipo multidisciplinario y una fuerte carga clínica en escenarios de los tres niveles de atención a la salud.

Actualmente, se puede afirmar que la investigación de la psicología de la salud que se desarrolla en América Latina comprende todos los momentos del proceso salud-enfermedad, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta la rehabilitación y el cuidado de pacientes con padecimientos terminales, con aproximaciones individuales, grupales y comunitarias, así como una gran variedad de enfoques teóricos y metodológicos.

En 1993 Rodríguez, Pozo y Ramos publicaron una investigación exhaustiva de la producción científica sobre Psicología de la Salud en América Latina, encontrando que durante la época de los ochenta las principales líneas de investigación en Argentina, Cuba, Brasil y México fueron:

- Enfermedades crónico-degenerativas que incluían temas como el dolor crónico, factores de riesgo conductuales y cáncer.
- Manejo psicológico de las alteraciones psicofisiológicas como el dolor de cabeza y el asma mediante retroalimentación biológica.
- Aspecto psicosociales de las adicciones.
- Conducta sexual como factor de riesgo en la infección del VIH.

Entre las razones que suelen argüirse para explicar su aparición pondremos algunas de ellas:

#### 1. Razones de tipo teórico o científico:

Se pueden distinguir dos: La primera de ellas es que tiene que ver con los cambios en la reciente definición de salud y en lo que significa en nuestra sociedad desarrollada el "estar sano". La segunda tiene que ver con la crisis de el modelo biomédico y el auge del modelo biopsicosocial (Engels, 1977, 1980).

#### 2. Razones de tipo epidemiológico:

Cambio radical en la tasa de mortalidad y morbilidad en el siglo XX. Las enfermedades agudas e infecciosas han quedado desplazadas por las enfermedades crónicas, la mayoría de las cuales (cáncer, diabetes, SIDA, etc.) tiene que ver directamente con nuestra conducta y, en esa medida, pueden ser prevenidas. La constatación de que lo importante no es **lo que se tiene** sino **lo que se hace** impone cada vez con más fuerza su evidencia. Se ha llegado a afirmar muy autoritariamente que el "99% de nosotros nacemos sanos y nos ponemos enfermos como resultado de nuestro comportamiento no saludable y de las condiciones ambientales mal sanas" (Knovles, 1977).

### 3. Razones de tipo económico:

En las últimas décadas se han disparado los costos de la salud. En Estados Unidos se ha pasado del 3.5% del PIB en 1929 al 12% en 1980 y se espera llegar al 14% en el año 2000 (Bishop, 1994). Sin embargo este enorme incremento en los costos no va acompañado de una mejora proporcional en el estado de salud ni en el nivel asistencial del cuidado, lo que ha obligado a los responsables políticos de la salud a un replanteamiento serio de esta cuestión: como consecuencia de ello, su atención se viene centrando en medidas preventivas, especialmente aquellas relacionadas con los cambios de conducta no saludables o de riesgo para la salud (fumar, conducir, alimentación, ejercicio, etc.).

## **DEFINICION DE PSICOLOGIA DE LA SALUD**

La psicología de la salud es el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y cómo responde una persona cuando está enferma (Taylor, 1986). A pesar de quedar claro que la psicología de la salud se interesa por los factores psicológicos implicados en la salud y en la enfermedad, es necesario concretar más esta idea.

Por un lado, la Psicología de la Salud intenta comprender los cambios que se producen en una persona cuando se enfrenta a una determinada enfermedad crónica. Además establece una serie de recomendaciones para la interacción del personal de salud con el paciente. Por otro lado, intenta aclarar, por ejemplo, por que las personas fumadoras siguen siéndolo a pesar de que saben que éste hábito incrementa el riesgo de cáncer y de enfermedad cardiovascular. Con este último ejemplo, entramos a uno de los apartados fundamentales de la Psicología de la Salud. Así, a pesar de que la Psicología de la Salud estudia los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad, la atención se centra en la promoción y mantenimiento de la salud.

En términos generales, la Psicología de la Salud es la especialización dentro de la psicología que se ocupa de la salud física; pero esta es sólo una de las definiciones que existen, muchos autores que han definido a la Psicología de la salud con sus propias palabras y nos abocaremos a la tarea de citar algunas de esas definiciones para una mejor comprensión del significado de Psicología de la Salud:

Hay autores como Bishop (1994) que define la psicología de la salud como " el subcampo de la Psicología que estudia las interrelaciones dinámicas de la conducta y los estados psicológicos con la salud física".

Una de las primeras definiciones formales de psicología de la salud es de J. D. Matarazzo (1980); "La suma e integración de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones afines, al análisis y mejora del sistema sanitario y la configuración de políticas sanitarias".

Para Taylor (1991) La Psicología de la salud es "el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicosociales sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y cómo responde la persona cuando está enferma".

Friedman y DiMatteo (1989) la definen como "el estudio de los factores que intervienen en la salud, en la enfermedad y en el sistema sanitario".

Stone (1988) nos dice que "el dominio de la Psicología de la Salud es la intersección o superposición del sistema total de salud con toda la psicología".

La psicología de la salud tiene el propósito de destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud (La Torre, 1992).

Por otra parte la OMS se ha hecho eco de todas éstas aproximaciones definitorias y ha proclamado formalmente que La Psicología de la Salud tiene como objetivo fundamental la aplicación de los conocimientos, métodos de investigación y técnicas de evaluación de la psicología científica, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, así como la promoción y mantenimiento de la salud (OMS, 1982).

## AREAS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Taylor (1986) señala que las distintas áreas de estudio y de aplicación de la citada disciplina se puede resumir en los siguientes puntos:

1. El psicólogo de la salud esta interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y mantenimiento de la salud.
2. Los psicólogos de la salud estudian también los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
3. Los Psicólogos de la salud enfocan también su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia a los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos de la salud están especialmente interesados por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.
4. Los psicólogos de la salud están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

En general existe un notable consenso entre los autores (Matarazzo, 1980; Taylor, 1991; Stone, 1988; Bishop, 1994; Rodríguez, 1995) en señalar que el dominio de la Psicología de la salud abarca distintas áreas:

1. Promoción y mantenimiento de la salud.
2. Prevención y tratamiento de la enfermedad.
3. Factores asociados al origen y desarrollo de la enfermedad.
4. Servicios de salud y política sanitaria.

Stone (1988) propone un modelo tridimensional para identificar la intervención de la psicología en la salud:

1° dimensión: El nivel de intervención que comprende:

- Diseño
- Selección
- Ejecución
- Evaluación

2° dimensión: El objetivo de la intervención que comprende:

- Personas relacionadas con los pacientes.
- Pacientes
- Proveedores
- Organización
- Sistema

3° dimensión: El tipo de intervención que comprende:

- Nivel psicofisiológico
- Modificación de comportamientos
- Persuasión
- Solución de problemas
- Educación para la salud

Weinman (1990) es más explícito y en un capítulo dedicado a las direcciones actuales y futuras de la psicología de la salud, señala que, ésta se centra en el estudio teórico y aplicado de los siguientes temas:

1. Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
2. El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos (inmunizados).
3. Las cogniciones acerca de la salud-enfermedad.

4. La comunicación, toma de decisiones y adherencia.
5. El medio ambiente en el que se produce el tratamiento, incluyéndose las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a las que los pacientes son sometidos.
6. El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

## **ESCENARIO**

Los psicólogos de la salud se ubican fundamentalmente en tres escenarios:

1. Instituciones de enseñanza superior, realizando funciones de docencia e investigación.
2. Centros asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud de los tres niveles de atención, con funciones de planeación, servicios e investigación.
3. Práctica privada enfocada a la atención individual y de pequeños grupos.

Lo más importante de esta disciplina aplicada son sus perspectivas de futuro, que están relacionadas con la idea de salud comunitaria, el auge de la prevención primaria y la promoción de la salud. La psicología de la salud tiene como objetivos específicos los siguientes:

- Sensibilizar y capacitar al equipo del área de salud en el empleo de algunos elementos técnicos y metodológicos de la psicología, necesarios para lograr y mantener una comunicación efectiva con los grupos de la comunidad.
- Motivar la participación de la población de acuerdo a sus posibilidades en los programas de salud, contribuyendo de esa manera a la toma de conciencia de la misma, de la importancia de su participación a través de reuniones con la comunidad o entrevistas con grupos representativos.
- Orientar las tareas encaminadas a transmitir conocimientos específicos de la salud a representantes de la comunidad.
- Asesorar el trabajo de educación para la salud que realizan los diferentes equipos del Sector Salud.

Los objetivos específicos corresponderían a las tareas a desarrollar por el psicólogo de la salud en el nivel primario de atención a la comunidad (Torres 1986).

El estudio del desarrollo de la conciencia y motivación en la salud en los individuos constituyen elementos importantes para la obtención de conocimientos profundos de carácter explicativo acerca de los diferentes fenómenos sociopsicológicos que determinan los diferentes comportamientos dentro de la población en relación con su propia salud, es a partir de estos hallazgos que se podrán planificar, acciones de promoción de salud de carácter preventivo más efectivos, dentro de las diferentes comunidades y regiones que componen nuestro país.

## CAPITULO II

### EPIDEMIOLOGÍA

#### **Características del Trastorno.**

La diabetes Mellitus es un trastorno del metabolismo por el cual el organismo es incapaz de transformar la glucosa en energía útil a causa de una deficiencia anormal de secreción de insulina, la consecuencia inmediata es la hiperglucemia o exceso de glucosa en sangre. La insulina es una hormona producida por las células beta del páncreas y es la encargada de regular los niveles de glucosa en sangre (Polaino y Gil-Roales, 1990).

La glucosa es el principal producto de la digestión de los hidratos de carbono, y la principal azúcar circulante. De este modo, es una fuente de energía de consumo inmediato, cuyo excedente se convierte en grasa, en forma de triglicérido, y se incorpora al hígado como glucógeno. El nivel de glucosa en sangre se denomina glucemia, cuyos valores normales en ayunas oscilan entre 60-140 mg/dl, pero es continuamente variable dependiendo de su aporte y consumo, de acuerdo con una estricta autorregulación fisiológica (Amigo, Fernández y Pérez 1998).

La insulina es la hormona básica en la regulación de la glucosa, se produce en unos islotes del páncreas (de ahí su nombre de insulina, isla-ínsula), llamados células de Langerhans, en honor a su descubridor en 1869. La insulina se libera en presencia de ciertos niveles de azúcar en sangre, lo que va a permitir la utilización de ésta, para su consumo inmediato y óptimo almacenamiento (Polaino y Gil-Roales, 1990).

## **Aspectos Etimológicos y clínicos.**

En cuanto a la etiología, hay un acuerdo en que es heterogénea, siendo muy variados los factores implicados en su génesis: genéticos, hormonales, víricos, ambientales, conductuales, etc.

En cuanto a la clínica, la sintomatología fundamental se caracteriza por: polidipsia (sed), polifagia (hambre) y poliuria (orinar en exceso). Sus complicaciones agudas más frecuentes son: el coma cetoacidótico (crisis hiperglucémicas) y el shock insulínico (crisis hipoglucémica). La diabetes predispone a padecer otras enfermedades, así comparados con la población general; los diabéticos tiene 2 veces más probabilidad de padecer del corazón o sufrir un infarto, 17 veces más probabilidad de sufrir problemas renales, 20 veces más probabilidad de padecer gangrena, y 25 veces más probabilidad de quedar ciego. Tiene el pronóstico de crónica, por lo que no tiene curación pero sí un tratamiento que permite al paciente llevar una vida casi normalizada (Jiménez, 1998).

## **Aspectos clasificatorios.**

Los dos tipos de diabetes son:

- La diabetes Mellitus insulino dependiente (DMID o tipo I). Afecta fundamentalmente a niños y jóvenes adultos, es la más grave y afortunadamente la menos frecuente, afecta por igual a ambos sexos. Se caracteriza por necesitar un aporte diario de insulina exógena, las células beta pancreática de los diabéticos tipo I no secretan insulina o lo hacen de modo insuficiente. Tiene antecedentes familiares en el 50% de los casos (Amigo, Fernández, y Pérez 1998).
- La diabetes Mellitus no insulino dependiente (DMNID o tipo II). Se presenta, por lo general a mediana edad o en edad avanzada, haciéndolo en forma gradual y a menudo asintomática. Se asocia con la obesidad (entre un 60-90% de los DMNID son obesos), es más frecuente en las mujeres que en los hombres y casi el 100% de los casos tienen antecedentes familiares. Para estos pacientes las condiciones de su tratamiento son pérdida de peso, control dietético, y en ocasiones, medicación hipoglucemiante y/o insulina (Amigo, Fernández y Pérez1998).

## **Aspectos Epidemiológicos.**

La diabetes Mellitus es el trastorno metabólico más común en el ser humano, constituye una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país y tiene enormes repercusiones económicas y sociales (Lerman, 1994).

La prevalencia se estima entre el 1 y el 3% de la población general, elevándose del 5 al 10% en mayores de 40 años (Jiménez, 1998).

Se cuenta con la información de que en las últimas décadas el número de pacientes diabéticos no insulino dependientes se incrementó en forma significativa en México, lo cual repercute en todas las instituciones de salud al constituir una de las causas principales de consulta médica y de admisión hospitalaria. Tal vez el mexicano tiene una mayor predisposición genética para el desarrollo de la enfermedad y el cambio de sus hábitos de vida, caracterizados por un mayor sedentarismo y sobrepeso, se acompaña con una mayor prevalencia de diabetes, tal y como ocurre en las grandes ciudades mexicanas y en la población nacional que migró al sur de los Estados Unidos (Lerman, 1994).

Según informes del Instituto Nacional de Nutrición (INN), México ocupa el primer lugar en el mundo de muertes por diabetes, enfermedad íntimamente relacionada con la obesidad, el 80% de los diabéticos del país tiene sobrepeso y el 30% de los obesos tienen problemas para normalizar sus niveles de glucosa en sangre. Además de los decesos ocasionados directamente por este mal, al menos la tercera parte de las muertes por enfermedades del corazón están asociadas con la diabetes.

Los pacientes con diabetes y obesidad mueren por diversos males asociados con problemas del riñón, niveles altos de colesterol e hipertensión arterial entre otros. En México el 35% de la población adulta es obesa, pero en los estados del norte del país y en Yucatán la prevalencia es de hasta 60%. Después están las zonas centro y sur de la república, de ahí la importancia de abordar el problema del exceso de peso y ampliar la promoción de la alimentación balanceada y el ejercicio físico (INN, 2000).

El sobrepeso como ya se mencionó, es determinante en la aparición de la diabetes afecta al 8.6% de la población mayor de 20 años, mientras que en las personas de entre 50 y 60 años de edad la prevalencia es de 22%. En cuanto a la mortalidad en México pierden la vida por éste mal más del doble de personas que en cualquiera de los países Europeos, con lo cual nuestro país se ubica en el primer lugar en este rubro en el ámbito mundial (INN, 2000).

El diagnóstico de diabetes se establece con base en parámetros clínicos y de laboratorio. Alrededor de 30 a 40% de la población diabética no es consciente de ello, esto es, no saben reconocer los síntomas o no se toman una muestra para la determinación de glucosa en sangre. Ante esta perspectiva, su elevada prevalencia, una aparición a edades relativamente tempranas, un diagnóstico que se establece en forma tardía y un tratamiento probablemente inadecuado, es de esperarse una mayor frecuencia de complicaciones asociadas a la diabetes Mellitus (Lerman, 1994).

## CAPITULO III

### PROGRAMAS PARA FACILITAR LA ADHESION DIABETOLOGICA

#### **Diabetes y conducta: la adherencia al tratamiento**

Asegurar el cumplimiento de las prescripciones y, más aun, lograr que los pacientes autorregulen las condiciones del tratamiento para mantener dentro de la normalidad los niveles de glucemia son los objetivos y la mayor preocupación de cualquier programa diabetológico. Las estrategias de intervención han girado básicamente en torno a la educación o al cambio de conducta de los pacientes diabéticos (Fernández Rodríguez, 1991).

Uno de los problemas más referidos en el ámbito de la salud es la falta de adhesión o compromiso terapéutico, de los pacientes. Conductas que ponen lo anterior de manifiesto son, por ejemplo, el abandono prematuro de los tratamientos, o la falta de disciplina en la toma de medicamentos (Latorre, Beneit 1994).

El término adherencia se emplea para hacer referencia a (Di Mateo y Di Nicola, 1982): “una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.”

La adherencia cubre una variedad de conductas diversas en las que se incluyen (Fernández Rodríguez, 1991):

- Iniciar y continuar un programa de tratamiento.
- Mantener las horas de consulta y acudir a las revisiones.
- Tomar correctamente la medicación prescrita.
- Llevar a cabo conductas adecuadas, para mantener un buen estilo de vida (alimentación, ejercicio, manejo de estrés etc.).
- Realizar Correctamente el régimen domiciliario.

- Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud (fumar, beber, etc.).

La diabetes es una de las enfermedades crónicas cuyo tratamiento se encuentra más ligado a la conducta, el razonamiento es sencillo: si bien la diabetes es una disfunción fisiológica y por tanto propia del ámbito médico, las condiciones ambientales de que depende la regulación de la glucosa, constitutivas en efecto de un régimen de tratamiento, la convierte en un asunto de conducta; y por tanto de interés e intervención psicológica (Jiménez 1998).

El cumplimiento de las prescripciones médicas o de salud en general (tomar medicamentos, seguir dieta, hacer ejercicio, etc.) es una conducta y como tal está sujeta a las mismas leyes que controlan el aprendizaje y la emisión de las conductas, y en este sentido es fundamental determinar las variables que afectan o regulan la aparición de estas conductas de adhesión y poder elaborar las estrategias para su implantación (Fernández Rodríguez, 1991).

El patrón de comportamiento idóneo, mediante el cual el diabético puede influir favorablemente en el curso de su enfermedad, es el cumplimiento de las prescripciones médicas o adherencia al tratamiento. La adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que comprende desde la entrada en el propio tratamiento, el seguimiento de todo tipo de recomendaciones y orientaciones hasta la continuidad y conclusión del mismo (Fernández Rodríguez, 1991).

### **Las barreras para la adhesión al tratamiento diabetológico.**

Las principales dificultades para la adhesión al tratamiento diabetológico tiene que ver con múltiples condiciones ligadas al estilo o condiciones de vida de los pacientes que se escapan, habitualmente, al análisis y control médico (Amigo, Fernández, y Pérez 1998).

- La complejidad y cronicidad del tratamiento. Basta señalar que los distintos componentes del tratamiento (medicación, dieta, ejercicio) han de administrarse coordinados a lo largo del día y durante toda la vida. Además, la aversión de las medidas terapéuticas (una o dos inyecciones de insulina diarias y controles de glucemia).
- La modificación en el estilo de vida. Ésta viene dada por los cambios y restricciones en la dieta, la modificación de los hábitos de ejercicios físicos, el control de situaciones estresantes, además del tiempo requerido para la administración de insulina y las medidas diarias de glucemia y otros cuidados personales. Por otra parte la interdependencia de la conducta del sujeto con otras personas, ya sea familiares o amigos (respecto a las conductas que afectan al tratamiento).
- La ausencia de síntomas. Durante los episodios hiperglucémicos la mayoría de los diabéticos no tienen síntomas. Por otra parte, aunque existen una serie de síntomas neurogénicos y neuroglucopénicos indicativos de descompensación, es un hecho de que cada paciente suele tener un patrón idiosincrásico y además cambiante a lo largo del tiempo lo que supone una clara dificultad para discriminar e interpretar los síntomas.
- Las complicaciones asociadas (ceguera, nefropatía etc.) ocurren a largo plazo, perdiendo, en buena medida, su potencial efecto aversivo, con lo cual no cabe esperar que esta condición actúe como un reforzador de la adhesión.
- La ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento. En tanto que la normalización glucémica depende de múltiples factores, no siempre es contingente al cumplimiento. Alternativamente, y salvo grandes infracciones, el incumplimiento no siempre produce consecuencias aversivas, en definitiva, la contingencia adhesión-normalización glucémica no es segura en modo alguno.
- En la práctica médica convencional, la comunicación de las complejas prescripciones del tratamiento no se realiza, generalmente, en unas condiciones formales que promuevan las destrezas requeridas para el cumplimiento y la satisfacción del paciente. Por lo general no se emplean términos operativos, no se atiende al estilo de vida del paciente no se proporciona feedback adecuado sobre los problemas surgidos ni el modelado de las conductas requeridas ni la supervisión son suficientes y con frecuencia son realizados por médicos que desconocen al paciente.

- La ausencia de conocimientos y habilidades específicas para el adecuado seguimiento del tratamiento. Los estudios sobre la falta de adhesión en la diabetes evidencian suficientemente este aspecto.
- Las consecuencias de un seguimiento correcto, son en muchos casos, más punitivas que las del incumplimiento. Todos los componentes del tratamiento, la dieta, y el ejercicio son los que mayores porcentajes de incumplimiento presentan.

Los problemas relacionados con el seguimiento del tratamiento y, por tanto, con el propio ajuste metabólico son un asunto fundamentalmente conductual, sujeto a la evaluación e intervención psicológica, además de la médica.

No todos los hospitales y centros de salud cuentan con una unidad de educación diabetológica debidamente equipada, en la mayoría de los casos, los pacientes reciben de los profesionales de la salud numerosas recomendaciones e instrucciones para el tratamiento, pero los aspectos específicamente conductuales apenas si son adecuadamente abordados (Jiménez, 1998).

### **Técnicas Conductuales en el tratamiento de la Diabetes.**

La mayoría de las intervenciones que se vienen haciendo en el campo de la diabetes van dirigidas fundamentalmente a mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos, con el objetivo de incrementar el control de la enfermedad (y sus complicaciones), lo que, en última instancia, va a redundar en una mejor calidad de vida (Jiménez 1998).

En este sentido se han utilizado diferentes técnicas psicológicas con el objetivo de producir cambios comportamentales que mejoren parcial o globalmente la adherencia y, por consiguiente, el control metabólico de la diabetes (Latorre, Beneit 1994).

Entre los procedimientos más empleados cabe citar los siguientes:

Asignar de manera específica y operativa las tareas a realizar; proporcionar señales y claves para conductas específicas; adaptar el régimen de tratamiento a las necesidades específicas del paciente; elaborar contratos que definan las contingencias en caso de cumplimiento y, alternativamente de incumplimiento, practicar gradualmente y en fases sucesivas las conductas a implantar; y emplear el modelado, modelado y refuerzo diferencial en el entrenamiento de nuevas conductas (Fernández Rodríguez, 1991).

El empleo de estrategias conductuales en el tratamiento de la diabetes resulta efectivo y útil para la adaptación del paciente a su enfermedad, entre los procedimientos más utilizados podemos señalar los siguientes (Buceta, Bueno 1993):

### **La combinación de instrucciones y contingencias positivas**

Es uno de los procedimientos más sencillos que se pueden utilizar en el intento de mejorar la adherencia en diabéticos. La aplicación de instrucciones escritas sobre la ejecución diarias de ciertas conductas del tratamiento (inyección diaria de insulina, seguimiento de la dieta, controles de glucosa y cuidado de los pies), y de un programa de reforzamiento consistente en un sistema de **economía de puntos** por el cumplimiento diario de los objetivos, incrementa satisfactoriamente la adherencia a los aspectos del tratamiento seleccionado.

### **El entrenamiento en habilidades sociales.**

Una importante barrera para la adherencia, está relacionada con una forma inadecuada de responder a las presiones sociales e interpersonales para romper el régimen (en especial la dieta), así como la negativa connotación social que implica ser calificado "como un enfermo con muchas limitaciones". Para muchos pacientes diabéticos estas situaciones son de alto riesgo para el cumplimiento del régimen y una fuente de tensión y conflictos emocionales. Por esta razón, el entrenamiento en el manejo de esas situaciones favorecen la adherencia al tratamiento, al actuar sobre una de sus barreras.

## **Programas generales de autorregulación.**

Ayudan a crear la "rutina" que requiere la condición de la enfermedad. Gross (1982) llevó a cabo un estudio en el que participaron cuatro niños diabéticos de entre 10 y 12 años de edad. El entrenamiento consistió en seis sesiones de grupo que se centraban en la presentación de un material escrito, discusión del mismo y realización de ejercicios de modelamiento y role-playing. El material informativo incluía la discusión de los principales principios del análisis de conducta (reforzamiento, extinción, castigo, moldeamiento, autocontrol y contratos conductuales). Los ejercicios de role-playing planteaban aplicaciones de lo tratado anteriormente, tras el entrenamiento, los sujetos elaboraron un proyecto de auto-regulación de régimen diabético.

## **Combinación de técnicas de fijación de objetivos, autocontrol y contrato conductual.**

Se refiere a un cambio progresivo de la conducta, según un "criterio cambiante". Un estudio realizado por Schafer, Glasgow y Mc Caul (1982) participaron tres adolescentes diabéticos de entre 16 y 18 años de edad. La fijación de objetivos implicó que cada sujeto, sus padres y el terapeuta discutieran la manera menos problemática en que podrían ser integrados los requerimientos del tratamiento en el estilo de vida del paciente, estableciendo para ello metas diarias y semanales graduales; además se establecieron contratos conductuales entre el sujeto y sus padres quienes administraron la entrega de reforzadores (actividades y comidas especiales).

## **Feedback o discriminación de glucosa en sangre.**

Un aspecto concreto de la adherencia al tratamiento de la diabetes que ha sido objeto de intervención conductual, es el autoanálisis de glucosa en sangre. Para ello se ha utilizado la técnica del feedback o retroalimentación del nivel de glucosa en sangre (NGS). Una de las razones por las que los pacientes no cumplen correctamente con el programa de autoanálisis es la relativa aversividad que supone la toma de muestra de sangre capilar, y la multitud de conductas incompatibles que compite con su cumplimiento (jornada laboral, salidas del hogar, etc.) Una posibilidad sería combinar la realización de cierto número de autoanálisis con algún otro procedimiento que pueda ofrecer información similar y, salve los inconvenientes antes apuntados.

El objetivo de este entrenamiento es proporcionar al paciente diabético la posibilidad de conocer, con la mayor exactitud posible, su actual NGS basándose en ciertas técnicas de discriminación de su estado corporal (señales internas) y de las variables de las que depende dicho NGS o señales externas (lo que se ha comido en las horas anteriores, el ejercicio que se ha hecho o el tiempo transcurrido desde la última inyección de insulina), este tipo de entrenamiento incrementa la seguridad de que los pacientes pueden manejar su condición diabética, facilitando así la adhesión al tratamiento.

Otra línea de intervención psicológica es la que se basa en la supuesta relación entre el estrés y la demanda de insulina (Bishop, 1994). Los estudios señalan que el estrés psicológico incrementa la necesidad de insulina (Amigo, Fernández, y Pérez 1998), la activación de la rama simpática del SN provoca la secreción de determinadas hormonas (epinefrina, norepinefrina, cortisol) que contrarrestan el efecto de la insulina. Esto sugiere que las técnicas de relajación pueden ser útiles en el tratamiento de la diabetes. Varios estudios han encontrado que diferentes tipos de relajación en conjunción con el entrenamiento en el manejo de la ansiedad, pueden favorecer o potenciar la tolerancia a la glucosa y reducir las exigencias de insulina en el paciente diabético.

Es importante reconocer que la mayor parte de los componentes del plan de atención de la DM tipo II exigen que el paciente adquiera nuevos hábitos y costumbres. El desconocimiento por parte del médico de los métodos de terapia conductual, sus indicaciones y eficacia pueden constituir uno de los factores más importantes para explicar que el control metabólico no se obtenga en muchos pacientes (Lerman y col, 1994).

En los programas orientados a obtener un cambio de conducta (Lerman, y col 1994), el paso inicial suele presentar la información principal sobre el trastorno y la relación entre los cambios de conducta, así como algunos principios y procedimientos en los que se basa el cambio de conducta. Después se introduce el procedimiento de auto vigilancia, manteniendo registros detallados de lo que come, del ejercicio que hace y de otras conductas, el paciente puede descubrir cómo es su comportamiento actual. Además esos registros proporcionan al encargado de la terapia los datos individuales necesarios para ayudar al paciente a planear los cambios de conducta. Una vez que ésta comienza a cambiar, los registros también proporcionan al paciente retroalimentación acerca de los cambios. Aunque estos registros son de gran importancia en la mayor parte de los programas para cambios de conducta, la auto vigilancia por sí misma no es suficiente para lograrlo.

El siguiente paso consiste en comparar la conducta que el paciente va logrando con el objetivo deseado del programa de cambio de conducta y diseñar una serie de pequeños pasos que harán progresar paulatinamente al paciente hasta el objetivo final. Por lo tanto, al paciente se le debe ayudar a definir objetivos a corto plazo para el cambio de conducta, es decir, objetivos que se pueden lograr en unos cuantos días. Por

medio de la auto vigilancia el paciente y el encargado del programa pueden determinar si se lograron los objetivos, y, en caso contrario, ser capaces de identificar las barreras para el cambio de conducta, superarlas para resolver el problema y tratar otra vez. Este es el proceso central repetitivo en el que se basa la terapia conductual, por último alguna forma de reforzamiento puede ayudar a afianzar la nueva conducta.

### **Alternativas Terapéuticas.**

La atención de la diabetes como ya se ha revisado, implica un plan de alimentación, un programa de ejercicio y tratamiento farmacológico; para lograrlo se requiere un gran esfuerzo y sobre todo un paciente disciplinado. La realidad es que quizá sólo un 10% a 20% de los pacientes pueden incluirse en este grupo; el resto cumple las recomendaciones con dificultad y por consiguiente no se logra un control metabólico adecuado (Lerman y col, 1994).

Por esta razón se deben buscar otras alternativas para enfrentar el problema, hasta la fecha, el abordaje farmacológico es muy similar al de las últimas tres o cuatro décadas, aunque cabe destacarse grandes logros en la tecnología de alimentos, en la purificación de insulina, en la conceptualización de cómo abordar al paciente en forma integral y en los métodos de seguimiento y vigilancia ambulatoria de la glucosa.

Es posible que en el futuro se dispongan de nuevos fármacos que disminuyan la absorción de los alimentos sin tanto efectos indeseables, de insulina de acción más rápidas, de sensores de glucosa y de bombas implantables de insulina eficaces.

Como medidas terapéuticas curativas, se realizan trasplantes de páncreas que requieren tratamiento inmunosupresivo agresivo y cuyos resultados hasta ahora no son espectaculares. Se puede justificar su realización exclusivamente en centros muy especializados y cuando coincide con la necesidad de un trasplante renal. El trasplante de islotes pancreáticos aún se encuentra en fase experimental y es probable que su costo no sea accesible a la población en general.

Para más del 95% de los pacientes y en forma muy vinculada con la situación socioeconómica de México, las alternativas terapéuticas seguirán siendo las actuales y el éxito del tratamiento dependerá de su motivación y cumplimiento del esquema terapéutico (Lerman y col, 1994).

Se ha estudiado la forma en que las personas cambian su conducta intencionalmente, con y sin ayuda profesional. De esos estudios surgió el llamado **modelo transteorético** ( Di Clemente, Proshaskca) que describe los estados y

procesos de cambio que incluyen cinco etapas por las que pasan los pacientes cuando están en vías de cambiar algún comportamiento.

La precontemplación es la etapa en la cual los individuos no tienen intención de cambiar una conducta en el futuro cercano. Aunque tales individuos pueden expresar el deseo de cambiar, en general no están preocupados por sus problemas y quizá no reconocen deficiencia o dificultad en sí mismos. Los individuos en esta fase en cierto sentido niegan sus problemas.

En la fase de contemplación las persona están conscientes de que existe un problema y piensan seriamente en resolverlo; sin embargo, todavía carecen del compromiso para actuar. Esta etapa puede durar largos periodos, durante los cuales los individuos reconocen el problema, estiman que deberían tratar de resolverlo, pero no están listos para actuar.

La siguiente etapa es de preparación; en está se combina tanto la intención de cambiar como cierto cambio, en esta etapa los individuos intentan actuar en el futuro cercano, iniciaron acciones sin éxito en el pasado reciente y es probable que informen cambios de conducta pequeños que representan una preparación para acciones mayores.

La fase de acción es una en la que los individuos modifican su conducta, experiencia, ambiente o todo ello, para resolver sus problemas. Esta etapa incluye los cambios conductuales más directos y claros, y requiere una importante inversión de tiempo y esfuerzo.

En la etapa final, de mantenimiento, las personas continúan trabajando para evitar recaídas y para consolidar lo conseguido, esta etapa no es estática, es un proceso continuo en el que la persona continúa su trabajo y mantiene los cambios de conducta previos.

El modelo transteorético se desarrolló estudiando sobre todo los cambios de conducta de personas con adicciones. No se han hecho estudios clínicos sobre la aplicación del modelo en pacientes diabéticos, no obstante, debido a su utilidad para modificar conductas específicas, podría recurrirse a su empleo para mejorar la habilidad de los pacientes en relación con el cumplimiento de varias de las recomendaciones incluidas en su plan terapéutico. Al subrayar que la adopción o modificación de una conducta es un proceso dinámico que implica ciclos a través de varias etapas, el modelo sirve también para reconocer que el progreso entre una etapa y otra se vincula al empleo de diferentes procesos de cambio de conducta. El modelo proporciona, por lo tanto, una guía para determinar cuándo es más probable que los pacientes respondan a los diferentes componentes de los programas de educación sobre diabetes.

Es importante reconocer que en los pacientes se pueden encontrar diferentes etapas de cambio para diferentes conductas, la información y las instrucciones al paciente debe, por lo tanto diseñarse de acuerdo con la etapa en que éste se encuentra para cambiar cada conducta. Puede constituir un error ofrecer un programa orientado a la acción a un paciente en fase de precontemplación o, por el contrario, dar una explicación muy teórica a un paciente que se encuentra en la fase de acción. Finalmente el modelo puede facilitar que los médicos acepten cualquier grado de movimiento hacia el objetivo como un resultado significativo; por ejemplo, si un paciente todavía no adopta una rutina de ejercicio regular, puede representar un resultado significativo que empiece a considerar con toda seriedad practicarlo (Lerman y col, 1994).

### **Programas para la educación diabetológica.**

La educación del paciente constituye, un elemento necesario y fundamental del tratamiento diabético, del que debe formar parte integrante. Educación que es entendida como la adquisición de un cierto grado de conocimientos y habilidades acerca de la enfermedad y su tratamiento, y que forma parte del régimen terapéutico general (Roales-Nieto, 1990).

La finalidad fundamental de la educación diabetológica es la consecución de un óptimo control de la enfermedad, por medio de su mejor comprensión y manejo (Latorre, Beneit 1994).

Ello se consigue a través de los objetivos generales siguientes:

1. Proporcionar los conocimientos teóricos necesarios acerca de la naturaleza de la diabetes, el funcionamiento del organismo diabético y los tratamientos disponibles.
2. Propiciar la adquisición de habilidades que permitan conseguir la aplicación del tratamiento con el máximo grado de autonomía posible.
3. Conseguir la adquisición y mantenimiento de hábitos cotidianos por parte del paciente, acordes con las demandas del régimen diabético.

Entre los programas de educación diabetológica, podemos distinguir varios tipos (Polaino y Roales-Nieto, 1990):

1. Programas puramente informativos, en los que el equipo educativo presenta al paciente y su familia la información pertinente, pero no es el encargado de proporcionar el cuidado clínico global y continuado.
2. Programas en los que el personal del equipo de educación participa también en el cuidado general del paciente a largo plazo, con lo que educación y atención clínica son realizadas por las mismas personas.
3. Programas orientados conductualmente, los objetivos educativos se centran en los repertorios de autocuidado y en el empleo de mecanismos facilitadores del mismo.

La mayor parte de los programas de educación en diabetes que se aplican en la actualidad parecen producir cambios en la información que el paciente posee de su trastorno y del cuidado necesario para su control, pero sin embargo, no siempre este cambio en el nivel de conocimientos se traduce en una mejora en los niveles de adherencia al régimen terapéutico y, por consiguiente, en los índices del control metabólico de la diabetes (Latorre, Beinet 1994).

La información es indispensable y debe ser completa y veraz, es necesario que el conocimiento adquirido se transforme en acciones que, a su vez, modifiquen la conducta y a veces el estilo de vida de las personas con diabetes con el afán de lograr un cambio en el curso normal de la enfermedad. En otras palabras no es sólo información lo que falta, sino educación, es decir todo un proceso educativo formal para conseguir los objetivos señalados (Lerman, 1994).

Si el proceso educativo utilizado en la atención de las personas con diabetes es el correcto y además de suministrarles toda la información necesaria les despierta la suficiente motivación para lograr cambios en la conducta, los resultados siempre serán buenos (Lerman, 1994).

La educación en diabetes es una actividad planeada de enseñanza-aprendizaje, con el uso combinado de diferentes métodos pedagógicos, se pretende transmitir información que le permita al educando realizar cambios de conducta y modificación de su estilo de vida, útiles para mejorar el control de su enfermedad.

La educación de las personas con diabetes evoluciona a grandes pasos desde Joslin y Etzwiler en los Estados Unidos y de Assal en Europa, que fueron los primeros en destacar la importancia de esta parte del tratamiento a principios de siglo. En México, aunque en la mayor parte de los centros hospitalarios se intenta educar a las personas con diabetes y se establecen programas, cursos, clubes, y grupos de enfermos, unos mejores organizados que otros, se debe admitir que no se ha realizado un esfuerzo sistemático y bien estructurado (Lerman y col 1994).

En 1990, Sharon A. Brown llevó a cabo un metaanálisis de una serie de intervenciones educativas y sus resultados en adultos con diabetes, este estudio está formado por 82 diferentes reportes publicados en la literatura médica reciente, todos ellos relativos a diferentes formas de suministrar la información necesaria para controlar su enfermedad a las personas con diabetes.

Los resultados de este metaanálisis demuestran que el impacto de la educación en las personas con diabetes son consistentes con una mejoría importante en el logro de un mejor control de la enfermedad y, por consiguiente, en evitar el desarrollo de complicaciones y prolongar una vida de mejor calidad.

Los resultados del estudio multicéntrico DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) demuestran que, sin duda, el control estricto de la diabetes retrasa o evita el desarrollo de las complicaciones crónicas de la enfermedad. Estos resultados y los antes expuestos obligan a reconocer la enorme importancia que la educación tiene en el manejo de esta enfermedad (Lerman y col, 1994).

La Organización Mundial de la Salud OMS, interesada en la atención médica de las personas con diabetes, ha publicado guías para el desarrollo de Programas Nacionales de Atención en Diabetes y sugiere una serie de definiciones para que se adopten de manera universal.

- Salud. Es un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.
- Atención primaria de salud. Es el cuidado esencial de la salud basado en métodos y técnicas prácticos, científicamente correctos y socialmente aceptables, accesibles de modo universal a los individuos y a las familias en la comunidad y a un costo que la misma comunidad puede alcanzar y sostener.
- Equipo de control de diabetes. Está compuesto por un médico de primer contacto y un educador en diabetes, trabajando en conjunto, para ofrecer atención coordinada a personas diabéticas.

- Unidad de control de diabetes. Está compuesta por un diabetólogo, un endocrinólogo o un internista con especial entrenamiento en diabetes, un educador en diabetes profesional y tres profesionales de la salud adicionales, trabajando juntos en contacto cercano para ofrecer atención médica coordinada a personas con diabetes.
- Centro de control de diabetes. Es un centro médico de tercer nivel de atención que ofrece un servicio completo, con personal multidisciplinario, especialistas expertos en el tratamiento de las complicaciones. Este equipo trabajará en forma coordinada y en estrecho contacto para ofrecer atención médica, además estará involucrado en investigación científica en diabetes.

### **Recomendaciones para el establecimiento de un programa de educación en Diabetes.**

Con lo dicho anteriormente queda claro que el tratamiento de la diabetes principia y termina con la educación y que la pieza principal en el equipo de control de la enfermedad es el propio paciente (Lerman y col, 1994).

Es por ello inconcebible que se pretenda tratar a las personas con diabetes sin proporcionarles la necesaria información; desde luego, el tipo, la extensión, la profundidad y la eficiencia de la educación dependerán de los recursos con los que se cuente en el lugar donde se proporcione la atención médica. En nuestro país son muy pocos los lugares dónde existe personal profesional encargado de la educación en diabetes; afortunadamente en los últimos años se ha despertado el interés en esta área y se han iniciado cursos formales en algunas instituciones médicas. Asimismo se promueve crear la certificación de educadores en diabetes, este puede ser el camino para lograr contar con personal calificado, capaz de atender la creciente demanda de este servicio tan necesario (Lerman y col, 1994).

Para decidir que tipo de programa puede implementarse, tomemos en cuenta lo que recomienda la OMS en el ámbito mundial para la atención de pacientes con diabetes:

Se describen tres niveles de atención en el cuidado de la diabetes mellitus, a saber: primario, secundario y terciario y a su vez los subdivide; según la capacidad de recursos materiales y humanos que se disponga; en tres diferentes tipos: mínimo, deseable y óptimo

En un nivel primario de atención con personas con diabetes debe contarse como mínimo con equipo de personal paramédico, algunos recursos diagnósticos elementales y medicamentos básicos. Sin embargo lo deseable es contar por lo menos con un médico, iniciar un programa elemental de educación y tratar como mínimo en forma inicial las complicaciones que existan; lo óptimo en el nivel primario es disponer de un equipo de diabetes completo.

En el nivel secundario, lo mínimo es tener un médico, iniciar un programa elemental de educación y tratar las complicaciones en forma inicial, lo deseable en este nivel es que se disponga de un equipo médico y lo óptimo es contar con una unidad de diabetes.

Por último en el nivel terciario, lo mínimo es tener un equipo de diabetes, lo deseable es disponer de una unidad de diabetes y lo óptimo es contar con un centro de diabetes.

Knowles desarrolla una teoría donde el aprendizaje se ve desde la perspectiva del paciente y define al estudioso adulto como un individuo independiente, motivado y activamente envuelto en la interacción de enseñanza-aprendizaje. Según este autor, antes de iniciar el programa deben realizarse los siguientes pasos:

1. Establecer una atmósfera y un clima apropiado para el aprendizaje (físico y psicológico).
2. Investigar las necesidades e intereses de aprendizaje.
3. Definir los propósitos y los objetivos.
4. Desarrollar un programa de enseñanza adecuado.
5. Proporcionar actividades de aprendizaje.
6. Evaluar los resultados del proceso educativo.

Resulta claro en diferentes estudios que el simple hecho de que los pacientes reciban la información pertinente sobre su enfermedad no es garantía de que los conocimientos adquiridos se aplique en la práctica. Esto es consecuencia de que no se efectúa una evaluación apropiada de los intereses y necesidades de los pacientes.

La enseñanza puede ser individual o en grupo, por lo general la individual se inicia en el consultorio del médico durante la primera visita, que debe ser el principio de una serie de entrevistas individuales con el mismo médico y con el resto del equipo de profesionales. Estas entrevistas han de complementarse con un programa de enseñanza aprendizaje en grupo, donde después de valorar de manera individual a cada paciente, no sólo en cuanto a su enfermedad, sino también en cuanto a sus necesidades y deseos de aprender y a los conocimientos en cuanto a su enfermedad tenga, se le integra con un grupo para desarrollar una experiencia educativa bien planeada.

Esto tiene como objetivo principal proporcionar toda la información útil sobre la enfermedad y provocar la motivación necesaria para que, una vez terminada la educación, el paciente ponga en práctica los conocimientos adquiridos y si es necesario, realice los cambios de conducta y de estilo de vida que le permitan evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad y desempeñar una vida normal.

Al iniciar el curso saltará a la vista de inmediato que existe diferencias muy grandes en la capacidad intelectual de los pacientes, así como en la cantidad de conocimientos previos que las diferentes personas tengan ya de su problema; para ello conviene que todos los profesionales que intervengan como parte del personal docente mantengan muy claros los objetivos del curso que estos sean sencillos y claros. En términos generales los principales objetivos deben ser:

- Ayudar al paciente a aceptar el diagnóstico.
- Ayudarlo a entender la diabetes, su tratamiento, sus posibles complicaciones y su cuidado cotidiano.
- Tratar de motivarlo de manera continua a hacerle frente a su enfermedad.

Los métodos que pueden utilizarse para llevar a cabo los cursos son múltiples, la palabra hablada es decir, la clase teórica impartida por un profesor, o la conferencia magisterial, puede ser útil en grupos grandes; también puede utilizarse la técnica de pequeños grupos de discusión. La palabra escrita es otra forma de educar; con facilidad se obtienen múltiples apuntes o descripciones resumidas de la enfermedad proporcionadas por organismos como las diferentes asociaciones de diabetes o los laboratorios farmacéuticos; debe recordarse no abrumar al paciente con múltiples publicaciones ya que muchas de ellas presentan contradicciones por lo que resulta necesario revisar la literatura que se va a recomendar.

Los recursos de apoyo audiovisual tienen ventajas que bien seleccionados pueden ser de gran utilidad en el desarrollo de cualquier programa. Existen algunas barreras para que el aprendizaje sea efectivo, una de las más importantes es el bajo nivel cultural de algunos pacientes, de ahí que el profesional se esmere en proporcionar la información de la manera más clara posible.

Hay también barreras para que los pacientes puedan poner en práctica los conocimientos adquiridos, esto se debe a la complejidad del régimen recomendado, pero con más frecuencia obedece a razones de tipo económico, ya que el control estricto de la diabetes supone el uso de materiales diagnósticos y terapéuticos costosos.

Finalmente, conviene insistir en la necesidad de la evaluación del programa educativo, actividad indispensable para conocer la efectividad del mismo. Esta evaluación debe comprender varias áreas:

- La cognoscitiva (cuántos conocimientos teóricos adquirió el paciente).
- La afectiva (que actitudes ha desarrollado la persona en relación con su estado de salud).
- La psicomotriz (habilidades y destrezas adquiridas).
- Control bioquímico de la enfermedad (estado de salud actual).

## CAPITULO IV

### **DESCRIPCION DEL PROGRAMA MOTIVACIONAL DE AUTOCAMBIO PARA MEJORAR EL APEGO A LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.**

Este programa esta dirigido a personas que son portadoras de Diabetes Mellitus tipo II. Estos pacientes se encuentran con el problema de que no han podido controlar su enfermedad y ese descontrol esta relacionado con no seguir las indicaciones dietéticas hechas por su médico. Como consecuencia su azúcar se encuentra elevada, tienen un exceso de peso o han presentado algunas complicaciones relacionadas con el descontrol de su glucosa.

Se denomina autocambio porque los pacientes establecen sus propias metas de tratamiento (con asesoría del terapeuta); bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta, que si esta establecida únicamente por el terapeuta; es decir, el objetivo general es ayudar al paciente a analizar y desarrollar sus propios planes para modificar sus hábitos actuales de alimentación.

Dentro de cada sesión se entregan lecturas y tareas que deberán ser resueltas por el paciente y posteriormente comentarlas con el terapeuta.

Las lecturas tienen como propósito informar al paciente de los diferentes términos que se utilizan a lo largo del programa de tal forma que sea comprensible para ellos y puedan analizar sus respuestas de acuerdo a sus diferentes situaciones y para que utilicen la técnica de solución de problemas en cuanto a su consumo de alimentos. (ver anexo)

## **PRIMERA SESION**

En esta primera sesión se hace la presentación del programa, se le explica al paciente el contenido y el objetivo o meta final del programa que es buscar un beneficio para su salud, modificando sus hábitos alimenticios.

Después se le enseña cuales serán sus compromisos, asistir a las sesiones, hacer las lecturas y ejercicios, seguir la dieta indicada por el médico.

Finalmente para estimularlos, se les da como pronóstico que si se esfuerzan y lo hacen, podrían obtener muchos beneficios, entre ellos, una buena calidad de vida.

Lo más importante es sensibilizar al paciente de tal manera que él esté convencido de que el programa lo puede ayudar y reconocer que necesita la ayuda. La manera de hacerlo es mostrarle sus resultados de laboratorio (colesterol, glucosa, triglicéridos y hemoglobina glucosilada), subirlo a la bascula y anotar su peso, tomarle las medidas de cintura y cadera. Si el paciente acepta se le invita a una entrevista inicial.

### ***Entrevista Inicial***

Es un cuestionario aplicado por el terapeuta y toma en cuenta las siguientes variables:

- Identificación personal
- Introducción al problema
- Historia familiar y social
- Historia laboral y lugar de residencia
- Historia de hábitos alimenticios
- Historia de la enfermedad

### ***Escala de Consecuencias por el Consumo Excesivo de Alimentos (ECCEA)***

Es un cuestionario de 15 preguntas, donde se investigan algunas situaciones relacionadas con el consumo excesivo de alimentos y la frecuencia con que se han presentado estas situaciones durante los últimos 6 meses. Las diferentes opciones de respuesta son: *Casi siempre, Frecuentemente, Algunas veces y Nunca.*

Este cuestionario es muy interesante, ya que al estar haciendo las preguntas al paciente, sobre sus hábitos alimenticios, él mismo esta reflexionando sus respuestas, y se da cuenta de cómo ha sido su consumo alimenticio en los últimos seis meses.

### ***Inventario de Situaciones Riesgo para el Consumo Excesivo de Alimentos (INSIRCEA).***

Es un cuestionario que contiene 100 preguntas las cuales tienen cinco posibles respuestas: *Nunca, Ocasionalmente, Frecuentemente y Casi siempre.* El objetivo es identificar las situaciones de riesgo que lo orillan a despegarse de la dieta y la frecuencia con que se enfrentan a estas situaciones que no le permiten seguir las indicaciones dietéticas.

### ***Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).***

Con este cuestionario se pretende determinar que tan seguro se siente el paciente de poder controlar las situaciones de riesgo detectadas en el INSIRCEA. Contiene 100 preguntas y las seis posibles respuestas son: *Totalmente inseguro, Poco seguro, Medianamente seguro, Bastante seguro, Muy seguro y Totalmente seguro.*

En esta sesión se habrá de hacer énfasis en felicitar al paciente, por haber tomado la decisión de iniciar el programa, así como de exponer todas sus dudas y comentarios que sobre la marcha se presenten, de manera que se logre llegar a la meta final que es el control de la diabetes.

Todos estos instrumentos se derivan de cuestionarios que se utilizan en el programa de **Auto-control dirigido a bebedores problema.**

En resumen esta sesión nos sirve para conocer más al paciente en un aspecto general, saber de sus necesidades, si tiene el apoyo de su familia, si se siente útil y necesario, saber que tan motivado esta. Por otra parte en que estado físico se encuentra, en cuanto a su sobrepeso, su glucosa, etc.

El paciente también se empieza a conocer más a sí mismo y se da cuenta si necesita un cambio o no en su estilo de vida. Por último es en la sesión donde se hace report con el paciente.

## **SEGUNDA SESION**

En esta sesión se deben tener los resultados del INSIRCEA, con la finalidad de comentar al paciente, cuáles son las situaciones en las que existe más riesgo de tener consumos excesivos de alimento, si es cuando esta solo o acompañado, deprimido o contento, etc. Esto nos va a servir para identificar y dar a conocer al paciente por dónde esta el problema, para que más adelante pueda reunir los suficientes recursos, dar soluciones y más adelante ponerlas en práctica.

### ***Explicación del Establecimiento de Metas***

Es una lectura en la cual se explica al paciente cómo establecer sus metas que él pretende lograr en las próximas semanas. Para este propósito se necesita saber las calorías que debe contener su dieta.

**Establecimiento de Metas 1:** Es un cuestionario de tres preguntas, en el que deberá establecer él mismo su meta para las siguientes semanas y definirá que tan importante es y que tan seguro está de lograr su meta.

En esta sesión el paciente ya empieza a confrontarse a él mismo y a querer hacer un esfuerzo por mejorar, y empieza a ponerse retos. Los terapeutas aquí se pueden dar cuenta que tan motivado esta el paciente, por que sus respuestas nos

hablen de lo importante que es para él sus metas y de la seguridad con que se siente para cumplirlas.

Se tratará de que el paciente se comprometa sobre las metas que eligió, y que estas sean cumplidas lo mejor posible, ya que este compromiso lo estableció él mismo y además debe estar consciente que es él el que debe participar en el control de su enfermedad.

### **TERCERA SESION.**

Se hace la lectura 1 "**Balance Decisional**" la cual contiene:

- Identificación de situaciones que lo pueden conducir a comer en exceso.
- Toma de conciencia de las situaciones que eligió y de las consecuencias que estas tendrán.
- Evaluación de los pros y los contras que él tendrá si no se apega a su plan de alimentación.
- Evaluación de lo que significa para él la decisión de cambiar sus hábitos alimenticios.

Después de hacer la lectura en la sesión se dejan dos ejercicios con el objetivo de que el paciente piense en la lectura y puede tomar las decisiones que sean más correctas para él y su salud.

#### ***Explicación de las tareas:***

*Razones para cambiar:* el objetivo de esta tarea es que el paciente describa tres razones fundamentales por las que él este dispuesto a cambiar su alimentación.

Aquí nos podemos dar cuenta que es lo que mueve al paciente para hacer cambios en su estilo de vida, si por su familia, por sentirse mejor físicamente, por miedo a las complicaciones, etc.

Hoja de cambio decisional: el objetivo es evaluar los beneficios y costos que traerá para el paciente si decide cambiar su forma de alimentación.

En esta parte lo que se pretende es que el paciente haga una evaluación de las cosas que perdería y ganaría si decide apegarse a la dieta, y por el contrario que ganaría o perdería si decide no apegarse a la dieta; lo que se pretende es concientizar al paciente y que empiece a tomar decisiones haciéndose responsable de las consecuencias de sus decisiones.

## **CUARTA SESION**

Se comentará el ejercicio **“Razones para cambiar”** y **“Balance Decisional”**.

Se le pedirá al paciente las razones que tiene para cambiar su alimentación, se deben evitar los comentarios o juicios relacionados con las razones del paciente y de la misma forma se deberá hacer con el balance decisional.

Una vez comentada la tarea, tiene que tomar una decisión, para seguir adelante con el programa, el paciente en este momento debe estar completamente consciente de cual es la mejor decisión para su salud y asumir las consecuencias de esa decisión, por ejemplo, si decide cambiar y llevar a cabo la dieta, deberá responsabilizarse de los sacrificios que implica, por otro lado, si decide no cambiar, también deberá asumir las consecuencias que esto conlleva. Es el momento clave para el cambio o todavía no estar preparado.

Posteriormente se aplica el **“Cuestionario de Consecuencias”** (tipo Likert) en el cual el paciente debe elegir que tanta importancia tiene para él algunas de las consecuencias mencionadas. En un listado de 40 circunstancias habla sobre lo que podría ocurrir si modifica su forma de comer, la escala va desde: No es importante 1, Poco importante 2, Más o menos importante 3, Importante 4, Muy importante 5, y por último la opción 0 No aplicable.

Después se hace la lectura 2 que se llama **“Manejando su problema de alimentación 1”**. Se trata de una lectura que tiene como objetivo explicar al paciente los factores precipitadores, estos funcionan como un impulso a la necesidad de comer.

Estas pueden ser situaciones inesperadas, situaciones emocionales, situaciones que el mismo paciente busca, o bien algunos problemas personales. El objetivo de esta lectura es que el paciente identifique los factores precipitadores, así como las consecuencias que tiene no seguir un plan de alimentación para el control de su enfermedad.

Ya que el paciente tomó la decisión para el cambio, ahora es cuando hay que sentarlo y ponerlo a pensar y a recordar, cuales son los momentos en los que él está más vulnerable y no puede resistir el impulso de comer en exceso o simplemente cosas que están fuera de su programa de alimentación. Que identifique si está acompañado o solo, cual es su estado de ánimo cuando sucede esto, y recordando, de acuerdo a sus respuestas pasadas en el ECCEA e INSIRCEA. Tiene que ubicar perfectamente cuales son los factores precipitadores.

El ejercicio que se deja es la de "Situaciones de consumo excesivo", y tiene como finalidad ubicar tres de estas situaciones en las que el paciente se sale de su plan alimenticio, las consecuencias que ha tenido o podría tener por esas situaciones, y por último que tan frecuentemente han ocurrido durante el último año.

## **QUINTA SESION**

Se comenta la tarea de "Situaciones de consumo Excesivo", en la cual el paciente deberá tener bien identificadas estas situaciones, estar plenamente conciente de las consecuencias de estas, y saber con que frecuencia se está dando esta situación. Es muy importante esta parte porque es la que nos va a permitir avanzar a la parte final que sería, que hacer en estas situaciones, pero si el paciente aun no las ubica deberá repetirse cuantas veces sea necesario para poder avanzar a la siguiente fase con éxito.

En esta sesión se realiza la tercera y última lectura del programa "Manejando su problema de Alimentación". El objetivo de la lectura es que el paciente sepa usar la información adquirida, para evitar en lo futuro problemas en su forma de comer, además de identificar las alternativas y opciones para mejorar sus situaciones de riesgo y controlar los precipitadores.

Se entrega y explica el ejercicio de "Opciones y planes de Acción" el cual consiste en que a partir de haber identificado plenamente sus situaciones de riesgo, el paciente realice por cada situación identificada, varias opciones para resolverla,

después elegirá en orden de importancia (para él) cual es la mejor y así sucesivamente hasta llegar a la última. Para estas opciones, por cada una deberá de tener un plan de acción de tal manera que si se presenta la situación riesgo, cuente con varios "Planes de acción" para combatirla.

## SEXTA SESION

En esta última sesión se revisa el ejercicio de "**Opciones y planes de acción**":

Esta sesión es importante pues veremos que planes de acción formulo para sus situaciones de riesgo e insistirle que el compromiso de cumplirlos es con él mismo, así como el beneficio que obtendrá con esto.

Al final se realiza el "**Establecimiento de metas 2**", en el cual debe reevaluar su primer establecimiento de metas, de acuerdo con todo lo que ha aprendido y el camino que lleva recorrido, volverse a establecer unas metas para los siguientes tres meses.

Con esta sesión se da por terminado el desarrollo del programa cuya finalidad será mejorar el apego a la dieta y concientizar al paciente de que él será el único que puede llegar a tener el control de su glucosa.

## SEGUIMIENTOS

Los seguimientos se realizan a los tres, seis, nueve y doce meses.

En ellos se les toman nuevamente los marcadores biológicos, como glucosa, colesterol, triglicéridos y hemoglobina glucosilada. También las medidas corporales como peso, cintura y cadera, por último se aplican todos los instrumentos como ECCEA, INSIRCEA, CCS y por último el *Cuestionario de Consecuencias*.

## CAPITULO V

### MÉTODO

#### **Sujetos**

Se formo una muestra de 120 sujetos tomados al azar de la población de diabéticos que asisten regularmente a consulta a la clínica 22 del IMSS. Esta muestra se dividió en dos grupos: uno fue el grupo experimental y lo formaron 60 diabéticos, los cuales recibieron el tratamiento motivacional de apego a la dieta en pacientes diabéticos, y otro fue el grupo control que quedo conformado por los otros 60 diabéticos restantes de la muestra, que recibieron asesoría nutricional con un grupo de nutriólogos.

Para la realización del piloteo del programa se seleccionaron los expedientes de 40 pacientes que asistieron al programa anteriormente mencionado. El 85% fueron mujeres y el 15% restante fueron hombres que en promedio contaron con estudios de 5° año de primaria. Por último se evaluaron, para esta muestra, solamente los instrumentos de Entrevista Inicial, ECCEA e INSIRCEA, que posteriormente se describen.

#### **Escenario**

El lugar en donde se llevó a cabo el proyecto fue en dos consultorios de la clínica 22 del IMSS, ubicada al sur de la ciudad en la Delegación Magdalena Contreras. Los consultorios se encuentran en la zona que corresponde a la sección de Salud Mental que es una lugar de mucha tranquilidad lo que favoreció el trabajo con los pacientes.

## Instrumentos \*

Para obtener los datos se utilizaron varios instrumentos de medición, la responsable del proyecto hizo la adaptación de los instrumentos al riesgo de diabetes faltando realizar análisis estadísticos para establecer la validez y confiabilidad de los mismos.

Se utilizaron como instrumentos:

- Cuestionario de *Entrevista Inicial*, que proporcionó datos personales, introducción al problema sobre los hábitos de alimentación, historia familiar, social y laboral.
- Cuestionario de *Escala de Consecuencias por el Consumo Excesivo de Alimentos (ECCEA)*, que permitió evaluar niveles de consecuencias al alimento, así como también hábitos alimenticios del paciente. Se interpretó de la siguiente manera:

01 – 09	consecuencias bajas
10 – 19	consecuencias medias
20 – más	consecuencias severas
- *Inventario de Situaciones Riesgo para el Consumo Excesivo de Alimentos (INSIRCEA)*, que nos permitió identificar diferentes situaciones riesgo bajo las cuales una persona llega a consumir mayor grado de alimentos.

Es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir ocho situaciones de consumo divididas en dos grupos:

\* Todos los instrumentos descritos en este capítulo se encuentran en el ANEXO 1

a) Situaciones Personales: en las cuales el comer en exceso involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en cinco categorías:

- emociones desagradables
- malestar físico
- emociones agradables
- probando auto-control
- necesidad para usar

b) Situaciones que involucran a terceras personas que se subdivide en tres categorías:

- conflicto con otros
- presión social
- momentos agradables

El porcentaje obtenido se interpreto de la siguiente manera:

- 0 = Bajo riesgo
- 01 – 33 = Riesgo moderado
- 34 – 66 = Alto riesgo
- 67 – 100 = Muy alto riesgo.

Otras medidas que se utilizaron para evaluar a los pacientes fueron los Marcadores Biológicos y Medidas Corporales, las cuales fueron tomadas al inicio del tratamiento y al finalizar el mismo. En los Marcadores Biológicos se considero la glucosa, colesterol, triglicéridos y hemoglobina glucosilada; en las Medidas Corporales se considero el peso, cintura y cadera de los pacientes.

## Diseño

El diseño de la investigación es cuasi-experimental de tipo de medida pre y post, implica que la conducta de los sujetos sea medida antes y después de la administración del tratamiento, M1-T-M2. (Zinser, Otto 1987)

## Procedimiento

De la muestra original que conformaron los 120 pacientes, para la presente investigación se tomaron 40 pacientes del grupo experimental que contaban con su expediente completo.

A esta muestra de 40 pacientes, fue atendida por el grupo de Psicólogos, los cuales aplicaron el "Programa Motivacional de Autocontrol para Mejorar el Apego a la Dieta en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II", las sesiones fueron una vez por semana de manera individual, con duración de entre 1 y 2 horas, durante seis semanas. En este tiempo el paciente fue orientado a través de lecturas y tareas, sobre como identificar situaciones de riesgo relacionadas con el consumo excesivo de alimentos, o bien con hechos que lo hacían despegarse de la dieta, con la finalidad de que estableciera estrategias y planes de acción para lograr controlar esas situaciones.

A los pacientes se les aplico los diferentes instrumentos como *Entrevista Inicial*, *ECCEA* e *INSIRCEA*. Por último se les tomaron las medidas corporales (peso, cintura y cadera) y los Marcadores Biológicos (glucosa, colesterol, triglicéridos y hemoglobina glucosilada).

Los instrumentos utilizados en esta investigación (*Entrevista Inicial*, *ECCEA* e *INSIRCEA*), fueron obtenidos del programa de "Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema", los cuales fueron modificados y adaptados para el proyecto de "Programa Motivacional de Auto-Control para Mejorar el Apego a la Dieta en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II".

## CAPITULO VI

### DESCRIPCIÓN DE LA POBLACION

La muestra estuvo conformada por 40 sujetos. Como se presenta en la tabla #1. Los datos se dividieron en cinco diferentes variables:

<b>VARIABLES</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>SEXO</b>	Mujeres 85%  Hombres 15%
<b>EDAD</b>	media 56 años
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado 65%  Separado 20%  Viudo 15%

<b>ESCOLARIDAD</b>	Sin estudio 15%  Primaria 57.5%  Secundaria 17.5%  Preparatoria 5%  Licenciatura 5%
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	Actividad laboral 35%  Sin empleo 5%  Jubilado 12.5%  Ama de casa 47.5%

**TABLA #1. Datos de descripción de la población**

La muestra estuvo formada por 40 personas, el 85% mujeres y el 15% restante eran hombres.

Se encontró que la media de edad en la población era de 56 años, observando que la persona de menor edad correspondía a 31 años y la de mayor a 71 años.

En la variable de escolaridad encontramos que el promedio de la población era de 5° de primaria que corresponde a primaria incompleta.

En cuanto a estado civil se refiere el 65% es casado, el 20% separado y el 15% viudo.

La situación laboral de la muestra se encontraba distribuida de la siguiente manera: el 35% nos mencionaba que tenía una actividad laboral remunerada económicamente, el 5% se encontraba sin empleo, el 12.5% ya estaba jubilado y recibía una pensión y el 47.5% se dedicaba a las labores del hogar.

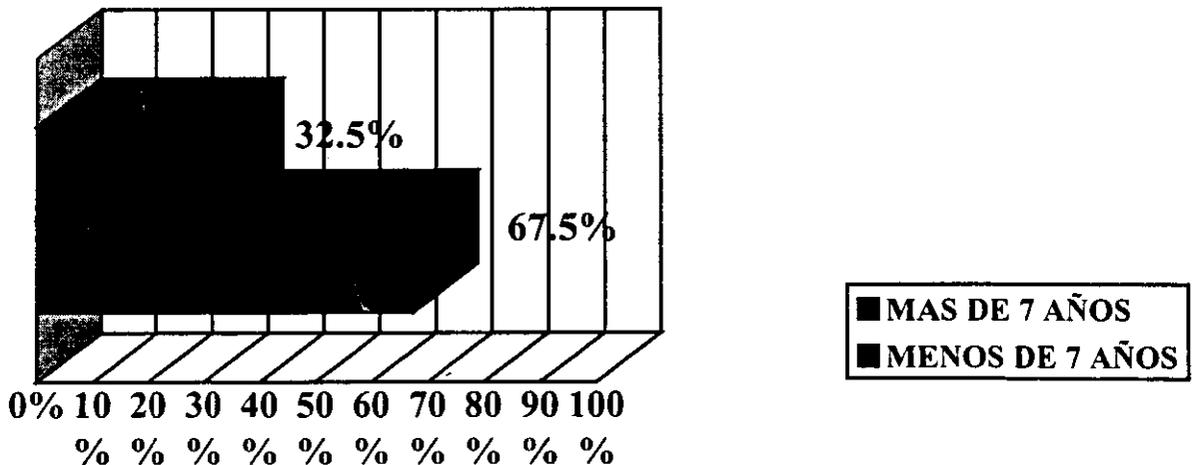
## CAPITULO VII

### RESULTADOS

#### PARTE 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La segunda parte corresponde al análisis de la descripción del problema, enfocado a los hábitos y estilo de vida del paciente.

#### DURACION DE LA DIABETES

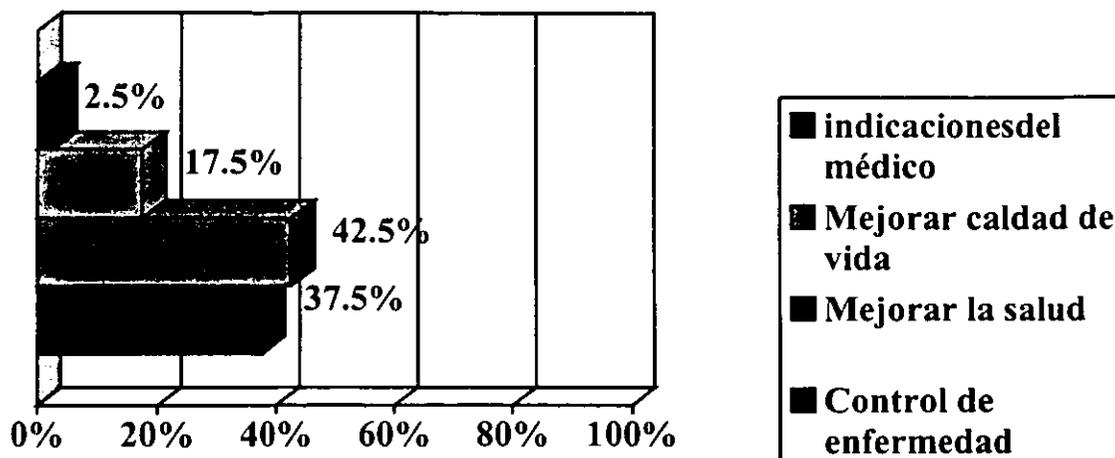


GRAFICA #1

El promedio de duración de la Diabetes es de 7 años. Como podemos observar en la gráfica # 1 el 67.7% de los pacientes tiene menos de 7 años con Diabetes y de 32.5% tiene más de 7 años.

El 52.5% de los pacientes reportó haber hecho ejercicio y el 47.5% no hacerlo.

## RAZONES DE CAMBIO

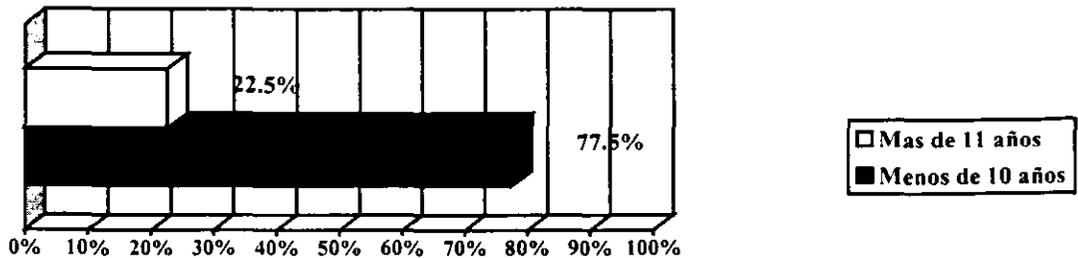


GRAFICA # 2

Las diferentes razones manifestadas por los pacientes, que los llevaron a buscar otras alternativas de tratamiento son, como nos muestra la grafica # 2, las siguientes:

- *Para mejorar su salud* fue el 42.5%. Con este rubro los pacientes se referían a evitar más trastornos a consecuencia de la diabetes (sed excesiva, cansancio, somnolencia, ir seguido al baño etc).
- *Control de la enfermedad* el porcentaje obtenido fue de 37.5%. Manifestaban el querer tener más conocimientos acerca de la enfermedad y con esto poder seguir el tratamiento adecuado para el control de su Diabetes, como es cuantas calorías diarias deben consumir, que tipo de ejercicio debe de realizar etc.
- *Mejorar Calidad de vida* 17.5%. Con esto se referían a que en un futuro ellos pudieran seguir siendo útiles y no depender de su familia por complicaciones de la Diabetes.
- *Indicación del Médico* 2.5%. Este bajo porcentaje nos indica que estos pacientes todavía no concientizan la enfermedad, y solo asisten al programa por que su médico lo indico.

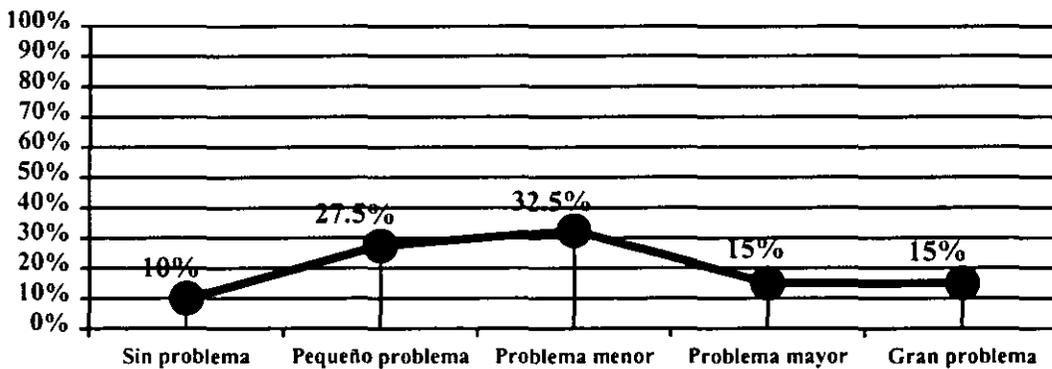
### AÑOS DE CONSUMO EXCESIVO DE ALIMENTOS



GRAFICA #3

En la grafica # 3 se observa que el 77.5% de la población ha tenido el hábito de comer en exceso por menos de 10 años y el 22.5% lo ha hecho por más de 11 años.

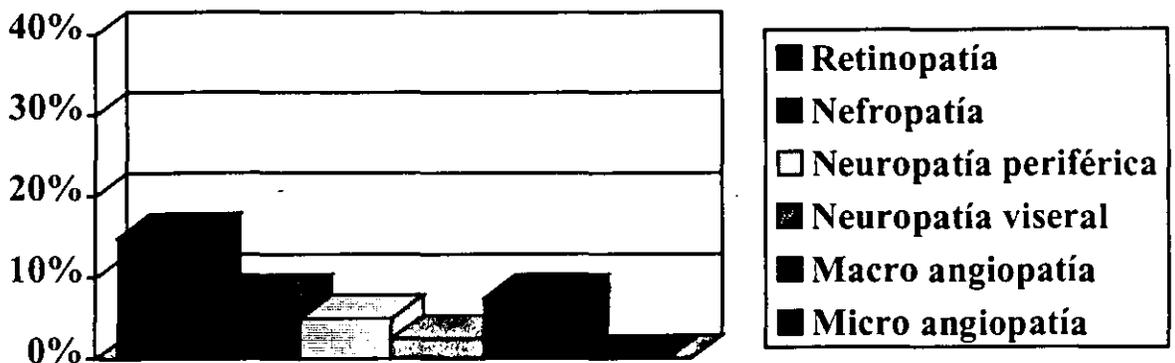
### FORMA DE COMER



GRAFICA #4

Como se muestra en la grafica # 4 el 10% de los pacientes reporta no tener problema en su forma de comer, el 27.5% considera que su forma de comer le representa un pequeño problema, esto quiere decir que esta preocupado al respecto pero no ha tenido ninguna experiencia negativa por su forma de comer. El 32.5% lo considera un problema menor, esto quiere decir, que ha tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria. El 15% un problema mayor, esto quiere decir que ha tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria. Y el 15% restante un gran problema, esto quiere decir que ha tenido algunas consecuencias negativas dos de las cuales puede considerarse serias.

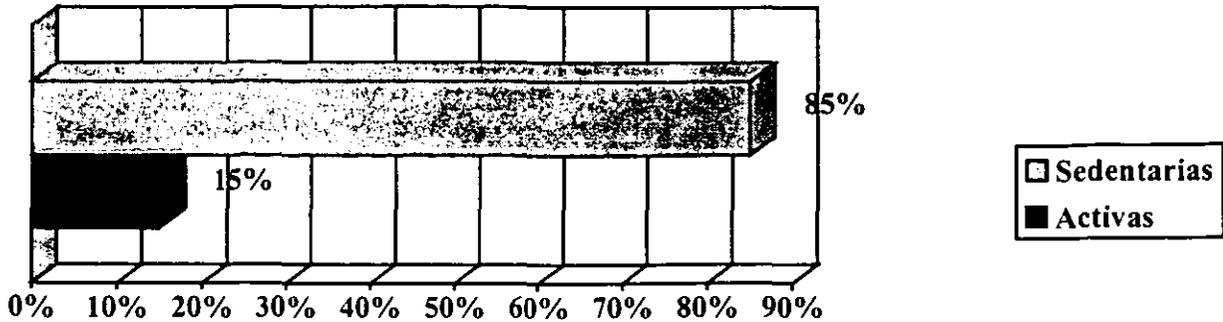
## CONSECUENCIAS MEDICAS



GRAFICA #5

Como nos muestra la grafica # 5 con respecto a las consecuencias diagnosticadas que ha tenido la población, encontramos que el 15% presenta retinopatía, el 7.5% nefropatía, el 5% neuropatía periférica, el 2.5% neuropatía visceral, el 7.5% macroangiopatía y ningún paciente ha sido diagnosticado con microangiopatía.

## ACTIVIDADES RECREATIVAS

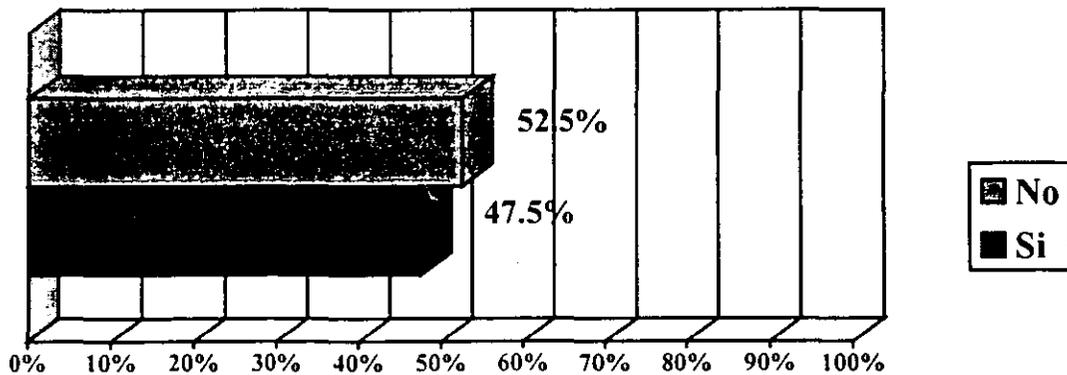


GRAFICA #6

La grafica # 6 nos muestra el tipo de actividades que los pacientes realizan en su tiempo libre estas fueron divididas en dos rubros: el primero, se define como actividades sedentarias estas son ver televisión, escuchar radio, leer, y hacer manualidades. El segundo rubro se refiere a actividades en las cuales se requería desgaste físico como ejercicio, baile, natación etc.

En el primer rubro estaba el 85% de la población, y en el segundo el 15%.

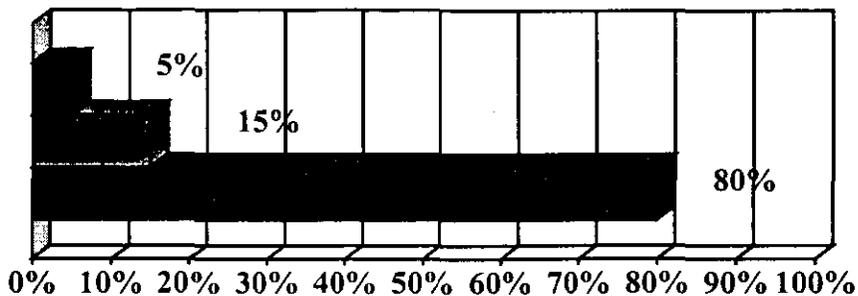
## RELACIONADAS CON COMER



GRAFICA #7

En la grafica # 7 se define si estas actividades están relacionadas al comer, encontrando que el 52.5% de la población refiere que estas no están asociadas y el 47.5% refiere que si lo están.

## PRESION PARA COMER

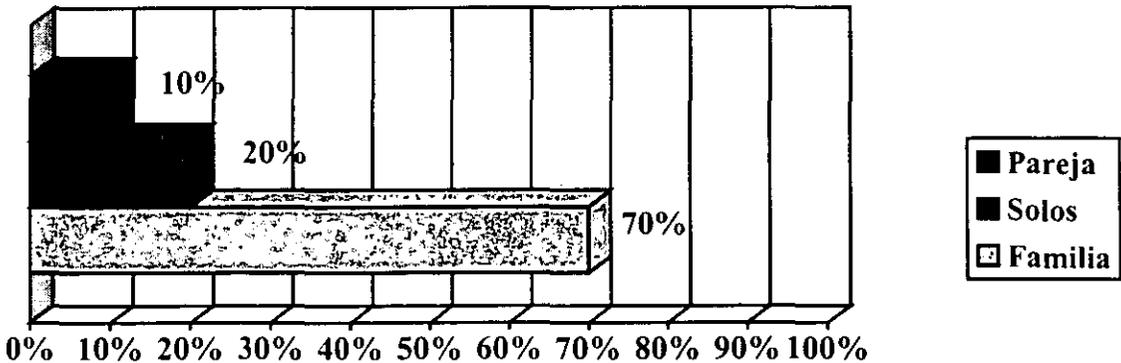


GRAFICA #8



En la grafica # 8 el 80% de la población indica que no se siente presionado para comer ya sean amigos o familiares, mientras que un 15% refiere que si se siente presionado por su familia y amigos, y el 5% restante se sienten presionados para comer solo por sus amigos.

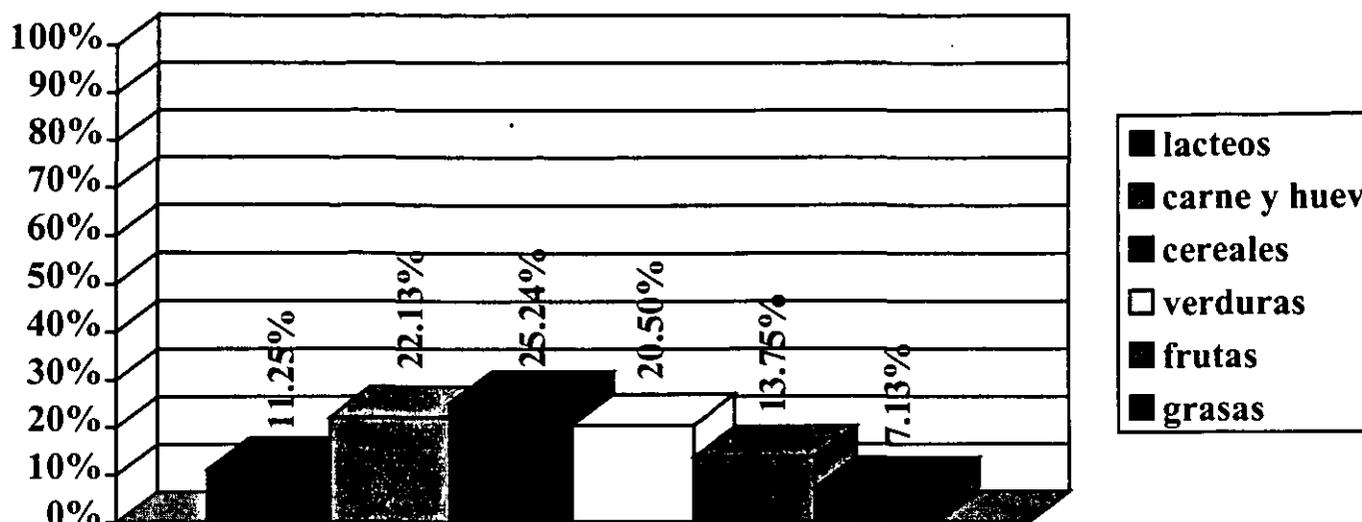
## APOYO



GRAFICA #9

Como nos indica la grafica # 9 el 70% de la población encuentra apoyo en el control de la Diabetes por parte de toda su familia (primos, hermanos, hijos, pareja, etc.), el 10% encuentra el apoyo solo en su pareja, y el 20% reporta que solamente esta en él controlar la enfermedad.

# DIETA



GRAFICA #10

Como lo señala la grafica # 10 el mayor porcentaje de consumo (25.24%) esta en los cereales que corresponde a la ingesta de alimentos como pastas, harinas, leguminosas etc. Carne y huevo 22.13%, verduras 20.50%, frutas 13.75%, lácteos 11.25% y grasas 7.13%.

El número de veces que los pacientes intentaron hacer una dieta se presenta de la forma siguiente: de 1 a 3 veces fue el 47.5%, de 4 a 6 veces el 15%, de 7 a 10 veces el 10% y el 27.5% nunca lo ha intentado.

Solo el 10% de la población ha estado hospitalizada a causa de algunas de las múltiples complicaciones de la Diabetes.

En un año, una consulta por mes el 37.5% de los pacientes refiere que el médico nunca les llamo la atención por excederse en la comida, el 40% le llamo la atención de 1 a 4 veces, el 12,5% de 5 a 8 veces y el 10% de 9 a 12 veces.

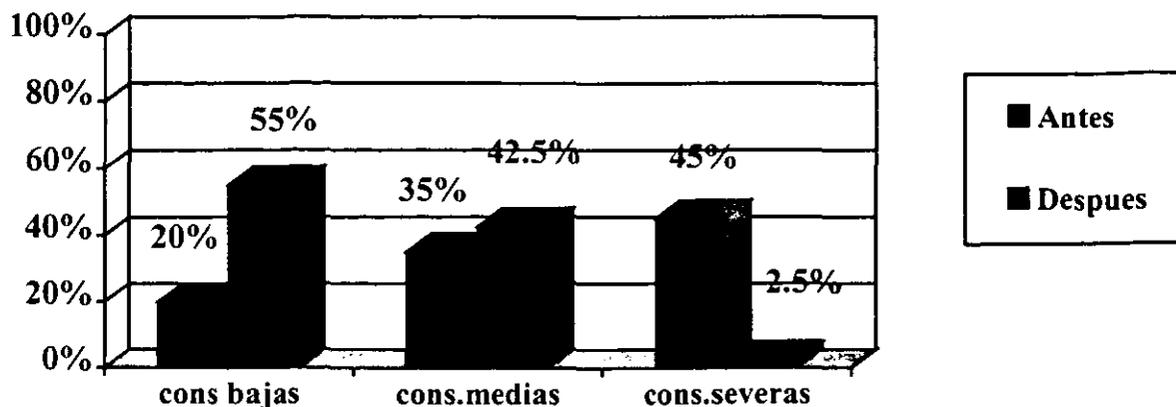
El 32.5% de la muestra indica que el médico en el último año no ha tenido la necesidad de ajustar su tratamiento, el 32.5% se le ha tenido que ajustar, en los últimos 12 meses, solamente 1 vez, el 15% 2 veces, el 12.5% 3 veces y el 7.5% 4 veces.

## PARTE 2. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

En este rubro se describirán los resultados obtenidos de los diferentes instrumentos de medición que se usaron en el programa.

VARIABLE	MEDIA		DESVIACION		T-TEST
	PRE	POST	PRE	POST	
<b>ECCEA</b>					
	17.20	9.40	7.96	6.06	.000
<b>INSIRCEA</b>					
Malestar físico	11.90	5.65	11.69	6.16	.000
Auto control	19.95	9.30	14.53	9.87	.000
Necesidad para usar	20.43	9.32	15.82	9.35	.000
Conflicto	11.13	4.38	11.03	4.10	.000
Presión social	22.10	10.25	14.52	9.92	.000
Emociones desagradables	10.70	4.85	11.11	5.99	.000
Momentos agradables	18.45	8.30	13.90	8.56	.000
Emociones agradables	15.10	6.80	12.80	7.89	.000
<b>MEDIDAS CORPORALES</b>					
Peso	67.93	65.00	14.30	12.90	.000
Cintura	88.80	84.00	12.45	12.91	.000
Cadera	101.20	97.15	12.38	12.56	.000
<b>MARCADORES BIOLÓGICOS</b>					
Glucosa	191.83	138.60	59.23	43.19	.000
Colesterol	226.43	217.25	40.72	41.37	.000
Triglicéridos	240.18	203.23	128.08	76.47	.000
Hemoglobina glucosilada	9.18	8.18	2.68	2.38	.000

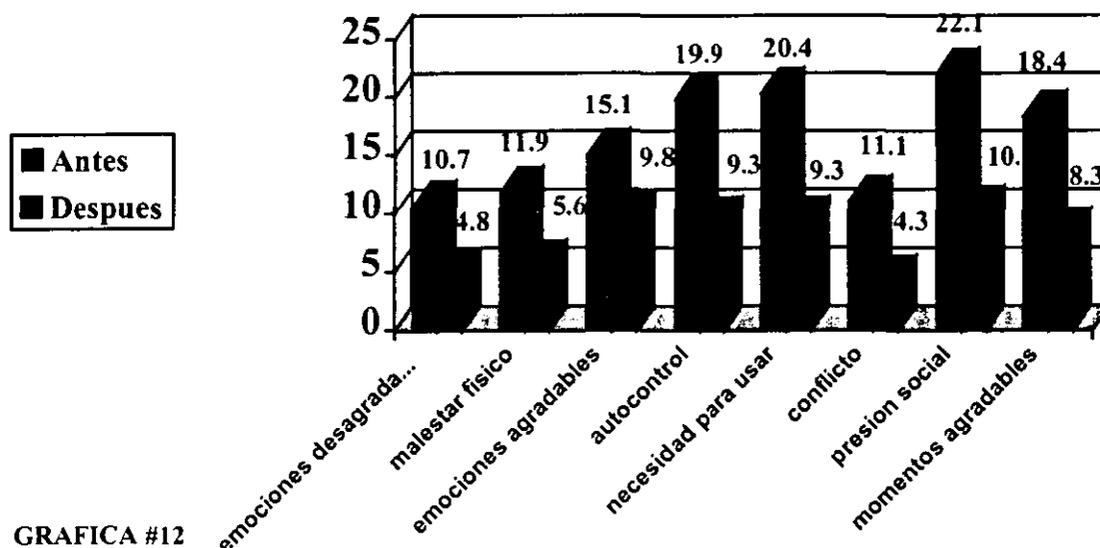
Tabla # 2 Descripción de resultados.



GRAFICA #11

En la grafica # 11, de acuerdo al cuestionario ECCEA, se observa como en la post evaluación, cambia la distribución de los pacientes reduciendo el riesgo por consecuencias en su forma de comer. Como observamos, hay una reducción considerable de las *consecuencias severas* y un incremento de las *consecuencias bajas*. De acuerdo a la tabla # 2, las diferencias de las medias son estadísticamente significativas ( $T=.000$ ).

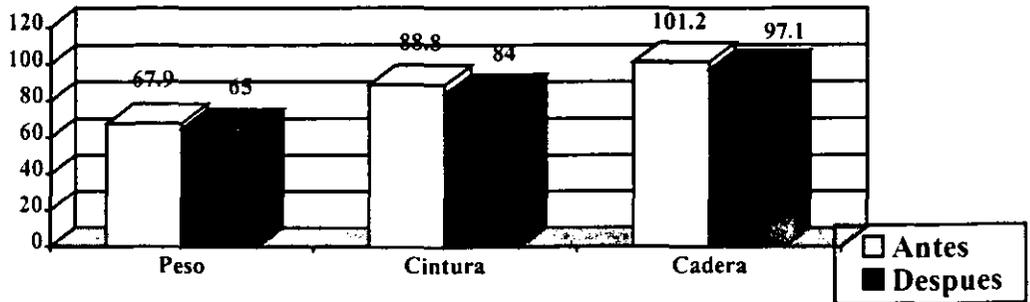
## INSIRCEA



GRAFICA #12

De acuerdo a los resultados obtenidos en el INSIRCEA como se observa en la grafica # 12, las situaciones de riesgo más frecuentes son *Presión social* y *Momentos agradables*. En la tabla # 2 se determina que las diferencias de las medias son estadísticamente significativas ( $T=.000$ )

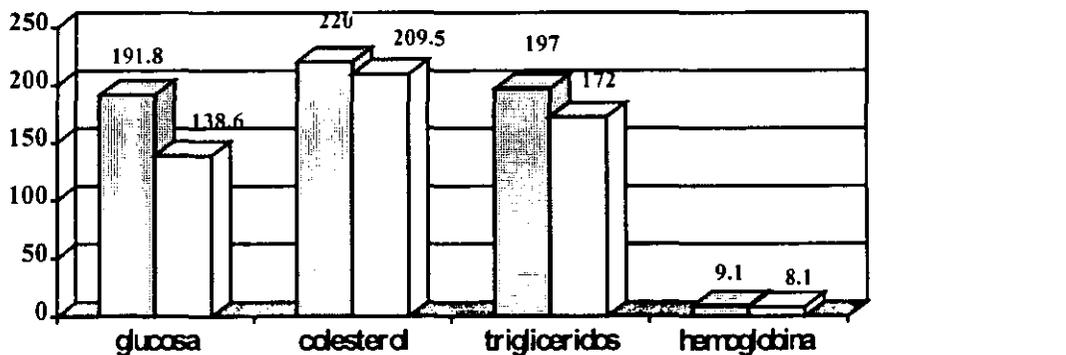
## MEDIDAS CORPORALES



GRAFICA #13

Conforme lo indica la grafica # 13 las tres diferentes medidas corporales, como lo son peso, cintura y cadera tomadas al inicio del tratamiento; muestran una clara disminuci3n al final de este. Como se observa en la tabla # 2, se demuestra que hay una diferencia estadisticamente significativa en las medias ( $T=.000$ ).

## MARCADORES BIOLÓGICOS



GRAFICA#14

La grafica # 14 nos indica los diferentes marcadores biológicos de la poblaci3n, como son la glucosa donde el nivel optimo es por debajo de los 120 mg/dl, encontrando en los resultados como toma inicial 191 mg/dl y, al finalizar el tratamiento hubo una baja a 138 mg/dl. Esto quiere decir que los pacientes en promedio todavía no han llegado a su nivel óptimo sin embargo podemos señalar que debajo de 140 mg/dl es un nivel aceptable.

En cuanto a colesterol se refiere la toma inicial fue de 220 y la final fue de 209, al igual que la glucosa aun no llega a su nivel óptimo; pero se muestra una clara disminución al inicio y al final del tratamiento.

Por otro parte los triglicéridos también muestran una clara disminución, ya que el promedio al inicio los encontramos en 197 y al final en 172; estos si bajaron hasta su nivel óptimo que es por debajo de los 175.

Por último la hemoglobina glucosilada la encontramos al inicio en 9.18% notando una disminución al final del tratamiento, que fue a 8.18%.

Como se observa en la tabla # 2 las diferencias de las medias son estadísticamente significativas ( $T=.000$ ).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La intervención psicológica en el ámbito de la salud ha permitido reconceptualizar el proceso salud-enfermedad, proponiendo la necesidad de que se considere al aprendizaje como unidad fundamental de la salud o de la enfermedad.

El reciente desarrollo de la Psicología de la salud propone alternativas de atención que ayudan al paciente a conocer las diversas formas en que puede hacerse cargo de una buena parte del control de su enfermedad, básicamente mediante un entrenamiento psicológico.

Esta nueva visión de la interacción entre los factores psicológicos y biológicos ha contribuido a que, en el caso de la diabetes en particular y de las enfermedades crónico-degenerativas en general, se utilicen estrategias psicológicas que incrementen el impacto terapéutico sobre los enfermos.

1. Cognitivas y emocionales. Capaces de modular las respuestas neurológicas, inmunológicas y endocrinas, las cuales se encuentran en constante interacción
2. Conductuales. Que se traducen en estilos de vida susceptibles de afectar directamente al organismo mediante la alimentación, el tabaco, el alcohol y el ejercicio físico, entre otras.
3. Ecológico-conductuales. Modifican el ambiente natural y social que afecta a todos los hombres inmersos en él; es decir, los cambios tecnológicos y culturales que actúan sobre el proceso salud-enfermedad, como son: la creciente contaminación ambiental, la industrialización de gran cantidad de alimentos y las radiaciones, entre otros.

De acuerdo a lo anterior creemos que es necesario considerar la importancia de la intervención psicológica enfocada a la modificación de conducta en los problemas de salud pública.

Por esta razón, en la presente investigación nos enfocamos al cambio de hábitos en pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo II, ya que este es un problema de salud pública a nivel mundial y una de las primeras causas de muerte en nuestro país y que tiene enormes repercusiones económicas y sociales (Lerman 1994).

El programa aplicado en la muestra, considera como proceso fundamental la motivación para el auto cambio. Consiste, con ayuda del terapeuta, en concientizar al paciente de que es posible controlar su enfermedad y a sí mejorar su calidad de vida.

En la primera parte de los resultados que describe a la población de nuestra muestra, encontramos que el promedio de edad es de 56 años y la mayor parte lo conforma el grupo de mujeres, esto es el reflejo de cómo se comporta la enfermedad en nuestro país, como lo marcan las estadísticas por lo general se presenta a mediana edad o en edad avanzada y es mas frecuente en las mujeres que en los hombres (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

En la segunda parte de los resultados, en la cual se describe el problema de la población, encontramos una relación entre las variables de duración de la diabetes y comer en exceso, en la primera el promedio de duración es de menos de 7 años y encontramos que el porcentaje mayor de comer en exceso esta en menos de 10 años, esto nos reafirma lo que indican varios autores, que la diabetes esta íntimamente relacionada con los hábitos alimenticios, es por esto la importancia de la modificación de conducta ya que los buenos o malos hábitos empiezan en casa y como podemos observar en nuestra población, el mayor porcentaje son mujeres y amas de casa que son el pilar para empezar un cambio, ya que esto se trasmite a través de las generaciones, tanto genéticamente (la Enfermedad), como conductualmente (los hábitos de alimentación).

Retomando la importancia de los cambios de hábitos, es necesario concientizar al paciente de la importancia que tiene el ejercicio para el control de su enfermedad ya que encontramos que sólo la mitad de la población realiza esta actividad y esto también se observa con las diferentes actividades que realizan en su tiempo libre, el mayor porcentaje de estas actividades son sedentarias y casi la mitad de la muestra total, nos indica que estas actividades están asociadas con el consumo excesivo de alimentos.

Una variable que llama mucho la atención es la manera de cómo percibe el paciente su forma de comer en repercusión a su enfermedad, el mayor porcentaje lo define como "un problema menor", creemos que esto es reflejo, por una parte del nivel educativo y por otro lado la falta o mala información de la enfermedad, empezando por el médico. Por todo lo anterior es muy importante promover o hacer campañas para la educación de la salud, como lo menciona Fernández Rodríguez (1991).

Se puede observar en los resultados que el mayor porcentaje recibe el apoyo de parte de su familia esto quiere decir que puede ser cualquier miembro o miembros, como pareja, hijos, nietos, hermanos, etc. De acuerdo a nuestra experiencia personal, el paciente expresaba que la familia le encomendaba tareas como cuidar a los nietos o hijos, hacerse cargo de la casa en general y en el caso de los hombres su tarea era proveer económicamente a la familia, en repercusión a lo anterior, podemos notar que la razón de cambio con un mayor porcentaje fue la de "para mejorar mi salud" esto quiere decir que el paciente sentía la necesidad de seguir siendo útil para la familia, ya que de lo contrario se volvería una carga o un problema para esta.

Después de la aplicación de dicho programa en una muestra de 40 pacientes, se encontró que en los resultados obtenidos si hubo una modificación de conducta de manera positiva.

De acuerdo a los resultados encontramos diferencias significativas en diferentes variables como son los marcadores biológicos, que se refieren al análisis de glucosa, colesterol, triglicéridos y hemoglobina glucocilada, también encontramos diferencias importantes en las medidas corporales, como: peso, cintura y cadera. Todas estas medidas fueron tomadas al inicio y al final el tratamiento.

De acuerdo a lo anterior podemos decir que sí hubo un cambio en las variables anteriores. En lo que se refiere a "Marcadores biológicos", observamos que sólo los Triglicéridos se situaron en los niveles óptimos, en lo que se refiere a la glucosa, colesterol y hemoglobina glucocilada, observamos un decremento significativo aunque aun no llegan a su nivel optimo.

En el Cuestionario del ECCEA encontramos que hubo diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento. Se puede observar que la muestra antes del tratamiento, sus niveles en porcentaje se distribuían de la siguiente manera, el 20% tenia consecuencias bajas, el 35% consecuencias medias y el 45% consecuencias severas y después del tratamiento la distribución cambió de la siguiente manera, el 55% obtuvo una dependencia baja, el 42.5% una dependencia media y el 2.5% dependencia severa. Esto nos indica que hubo un cambio positivo, ya que se observo una reducción con respecto a la dependencia del consumo excesivo de alimento.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el INSIRCEA los pacientes señalan que las situaciones de riesgo más frecuentes son "presión social" y "momentos agradables" estas caen en el rubro que involucran a terceras personas, seguidas de "necesidad para usar" y "auto-control" ubicándose en situaciones personales. Después del tratamiento es notable una mejoría en el control de las situaciones riesgo.

Las sesiones fundamentales en donde observamos el cambio de conducta, son la tercera y cuarta sesión, en donde se ven las técnicas de "Balance decisional" y "Razones de cambio".

Al momento de terminar el tratamiento los pacientes refieren sentirse mejor física y anímicamente, por lo tanto satisfechos con su forma de vida.

En este estudio piloto, de acuerdo a nuestra experiencia personal, consideramos necesario que el programa se alternara con otras terapias de apoyo para detectar situaciones de riesgo cómo la depresión, métodos que incrementen la auto-estima, trabajo en el área de redes de apoyo social y un trabajo de detección temprana para el apoyo desde el momento de ingresar al tratamiento.

Algo muy importante de considerar, de acuerdo a nuestra experiencia, es en la variable de escolaridad, como lo muestran los resultados el nivel educativo en promedio es bajo, haciendo hincapié en que algunos pacientes eran analfabetas. Es por esto que sugerimos que tanto los cuestionarios, las lecturas y tareas (el programa en general), sean adaptadas de acuerdo a las necesidades de la población.

Finalmente con los resultados obtenidos de este estudio piloto, podemos darnos cuenta que el programa ayudo a mejorar diversas áreas en los pacientes, tanto físicas como emocionales, con el objetivo de mantener controlada su glucosa y de mejorar su calidad de vida.

Como se ha mencionado anteriormente existe poca investigación en el campo de la diabetes y más aún en lo que se refiere a programas de apoyo psicológico. Creemos que por lo anterior, este estudio piloto tiene una relevante importancia en el área de la Psicología ya que es necesario que los profesionales tomemos en cuenta las necesidades integrales que demanda esta enfermedad y mas aún a los que la padecen.

Las complicaciones de la DM han aumentado por el incremento en la incidencia de la enfermedad y en la esperanza de vida de los pacientes. Es necesario estudiar la incidencia real y sus complicaciones en México, e insistir en el adecuado control metabólico con el fin de postergar o evitar su aparición.

El estricto control metabólico será la mejor medida preventiva para disminuir, o al menos retrasar, la presencia de complicaciones crónicas y la demanda secundaria de atención hospitalaria, en tanto se logre disponer de medidas efectivas que prevengan la ocurrencia de la enfermedad.

Es apremiante la necesidad de realizar estudios para conocer la verdadera ocurrencia de las complicaciones de la DM en México, a fin de proponer medidas de intervención en salud certeras que permitan enfrentar este problema creciente.

## BIBLIOGRAFIA

Amigo Vázquez I. Fernández Rodríguez C, y Pérez Alvarez M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. Ed. Pirámide Madrid.

American Diabetes Association.(1991) Therapy for Diabetes Mellitus and related disorders. ADA Clinical Education Program.

Ayala Velásquez H, Cárdenas López, Echeverría San Vicente L, Gutiérrez Lara M, (1998) Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber, Facultad de Psicología UNAM, México.

Bachelard, G. (1979) El espíritu científico. México: Ed. Siglo XXI.

Bayés R.(1987) Factores del aprendizaje en la salud y la enfermedad. Revista Española de la Terapia del Comportamiento

Bloom BL. (1988) Health Psychology: A Psychosocial Perspective. Englewood Cliff: Prentice Hall.

Buceta, José María y Bueno Ana María (1993). Modificación de Conducta y Salud. Eudema Manuales, Universidad de Madrid.

Canguilhem, G. (1984) Lo normal y lo patológico. México: Ed. Siglo XXI.

Cano Vindel Antonio, (1997) "revista electrónica de Psicología Clínica y de la Salud" Universidad Complutense de Madrid. Ed. Psicología.Com.

Coordinación de Planeación e Información médica. (1992). Estadística de egresos hospitalarios. México, D.F.: Subdirección General Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Díaz NL, Galán CS.(1989) Autocontrol de la diabetes. Ponencia presentada en el Segundo Congreso de Atención Primaria a la Salud. Monterrey NL.

Engels J Med (1993) The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus

Escobedo-de la Peña J.(1993) Frecuencia de la diabetes mellitus. Morbilidad y Mortalidad. En: Clínicas Médicas Mexicanas. México, D.F.: Mc Graw-Hill-Interamericana.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

Escobedo-de la Peña J, Santos-Burgoa C. 1995; La diabetes mellitus y la transición de la atención a la salud. Salud Publica Mex

Escobedo de la peña J, Arreola F, Castro-Martínez MG y col. (1996) Diabetes Mellitus en México-Americanos. Rev. Med. IMSS. México.

Fernández Rodríguez, C. (1991). La adhesión a los tratamientos diabetológicos. Madrid, España.

Flint MA, Clements RS (1988). Prevention of the complications of diabetes. Prim Care.

Freeman a, Pretzer J. Fleming B. (1991). Clinical Applications of Cognitive Therapy. Plenum Press. NeW York.

García Valdéz Ricardo (1997) "consideraciones generales sobre los modelos explicativos para las nociones de salud y enfermedad" México

Glasgow, R. Schafer, L. (1981) Self – Help Books, Journal of consulting and clinical Psychology.

González-Villalpando ME, González-Villalpando C, Arredondo-Pérez B, Stern M. (1994) Diabetic retinopathy in Mexico. Prevalence and clinical characteristics. Arch Med Res

Grau J.(1996) La psicología de la Salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. Conferencia Iberoamericana de Psicología de la Salud. UNAM, México.

Haffner SM, Mitchell BD, Stern MP, Hazuda HP.(1991) Macro vascular complications in Mexican Americans with type II diabetes. Diabetes Care.

Holtzman WH (1993) "La psicología y la salud por todo el mundo" Palacios J. y Lucio E. (eds.) 1er congreso internacional de Psicología de la Salud. UNAM, México

Holtzman WH, Evans RI, Kennedy S, Iscoe I.(1988) Psicología y Salud. Contribuciones de la Psicología al Mejoramiento de la salud y de la atención de la salud. Boletín OPS.

Islas Andrade S., Lifshitz Guinzberg A. (1999) Diabetes Mellitus Ed. McGraw-Hill Interamericana

Jiménez Jiménez Cristóbal. (1998). Ciencias Psicosociales aplicadas a la salud II. Escuela Universitaria de Enfermería Universidad de Córdoba.

Knowles, Malcolm (1998). The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development Huston, Texas.

Latorre postigo José M.. y Beneit Medina P; (1994) "Psicología de la Salud". Buenos Aires Argentina.

Lavery LA, Ahry HR, Van Houtum W, Pugh JA, Harkless LB, Basu S. (1996). Variation in the incidence and proportion of diabetes-related amputations in minorities. Diabetes Care.

Lerman Garber Israel (1994). Atención Integral del paciente Diabético. Mc Wraw-Hill México.

Lifshitz-Guinzberg A. (1992) El fracaso del éxito. Consideraciones sobre la epidemia de diabetes mellitus. Gac Med Mex.

Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and Behavioral Medicine. American Psychologist.

Morales FJ. (1995) Introducción al estudio de la Psicología de la Salud. (Libro en preparación). Ciudad de La Habana.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1990) Enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental. Segundo Informe. En: Enseñanza de las Ciencias de la Salud en América Latina. Selección de informes de los Comités Técnicos de PALTEX.

OPS. (1995) El programa de Salud Mental de la OPS-OMS. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa Estilos Sanos de Vida y Salud Mental.

Polaino-Lorente, A. y Roales-Nieto J.G.(1990). El futuro de las investigaciones en diabetes. Barcelona, España.

Prochascka, J. O., Di Clemente, C. L. (1983) Stages and process of self-change. Towards an integrative model of change journal of consulting and clinical psychology.

Pugh JA, Stern MP, Haffner SM, Eifler CW, Zapata M. (1988) Excess incidence of treatment of end-stage renal disease in Mexican Americans. Am J Epidemiologist

Quesada T.(1992) Contribuciones necesarias de la Psicología al análisis o intervención en el proceso salud-enfermedad. Bol de Psicología.

Roales Nieto. J.G. (1990) Programas de Educación en Diabetes. Barcelona, España.

Rodríguez Marin, J (1995), Psicología Social de la Salud. Madrid

Rodríguez Ortega Graciela, (1998) "Psicología de la Salud en América Latina ". UNAM, México.

Ribes E. (1990). Psicología y Salud, Ed. Martínez Roca. Barcelona.

Stone GC. (1988) Psicología de la Salud, una definición amplia. Revista Latinoamericana de Psicología.

Secretaría de Salud. (1995) Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. 2a. edición. México, D.F.: Secretaría de Salud.

Surwit RS, Feinglos WN, Scovern AM.(1983) Diabetes and control behavior. American Psicol..

Taylor, S.E. (1995). Health Psychology, McGraw Hill. New York.

Terrazas Solís Hiram, (2000) "Siglo XXI La esperanza de vida aumentó en 300%" Notimex, México..

Torres ermán I. (1986) "La Psicología de la Salud: Campos y Aplicaciones". Centro de Servicios Psicológicos, Universidad Veracruzana, México.

Torres F, Beltrán F. La psicología de la salud: campos y aplicaciones. Xalapa, Veracruz: Centro de Estudios Psicológicos.

Vázquez-Robles M, Escobedo-de la Peña J. (1990) Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med IMSS.

Vázquez-Robles M, Romero-Romero E, Escandón-Romero C, Escobedo-de la Peña J. (1993) Prevalencia de diabetes mellitus no insulín dependiente y factores de riesgo asociados en una población de México, D.F. Gac Med Mex.

Wing RR, Epstein LH, Nowalk MP, Lamparski DM. (1986) Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. Psychol Bull.

## **ANEXOS**

- CUESTIONARIO DE ENTREVISTA INICIAL
- INVENTARIO DE SITUACIONES RIESGO PARA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALIMENTOS (INSIRCEA)
- ESCALA DE CONSECUENCIAS POR EL CONSUMO EXCESIVO DE ALIMENTOS (ECCEA)

Dra. Yolanda García V. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI. 1997

# ANEXO 1

## **Contenido:**

## **Instrumentos:**

CUESTIONARIO DE ENTREVISTA INICIAL

ESCALA DE CONSECUENCIAS POR EL CONSUMO EXCESIVO  
DE ALIMENTOS  
(ECCEA)

INVENTARIO DE SITUACIONES PARA EL CONSUMO  
EXCESIVO DE ALIMENTOS  
(INSIRCEA)

## CUESTIONARIO DE ENTREVISTA INICIAL

_____ FOLIO	_____ No. Afiliación	_____/_____ Sesión	_____/_____/_____ Día Mes Año
----------------	-------------------------	-----------------------	----------------------------------

Nombre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.- Peso \_\_\_\_\_ kg      2.- Talla: \_\_\_\_\_ m      3.- IMC \_\_\_\_\_  
4.- Cintura \_\_\_\_\_ cm      5.- Cadera \_\_\_\_\_ cm      6.- ICC \_\_\_\_\_  
7.- Edad \_\_\_\_\_ años      8.- Sexo F (1) M (2)      9.- Duración \_\_\_\_\_

10.- Hace ejercicio (por lo menos una hora 3 veces a la semana): SI (1) No (0)

### INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

11.- ¿Por qué está Usted buscando tratamiento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12.- ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alimentación o sobrepeso?

(1) No, nunca he recibido ningún tipo de tratamiento para resolver problemas de alimentación o sobrepeso.

(2) Si	Tipo de tratamiento o ayuda (Marque con una "X"):	Fecha
	(a) Clínica de reducción de peso	_____
	(b) Gimnasia reductiva	_____
	(c) Remedios caseros	_____
	(d) Asesoría médica	_____
	(e) Asesoría por dietología	_____
	(f) Asesoría psicológica/psiquiátrica	_____
	(g) Grupos de autoayuda (comedores compulsivos)	_____

13.- ¿Está siendo atendido actualmente por algún problema de salud diferente a la diabetes?

(1) No      (2) Si    ¿Cuál (es) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14.- ¿Toma algún medicamento por prescripción médica o automedicación?

(1) No      (2) Si    ¿Cuál (es), dosis, desde cuándo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15.- ¿Qué tan satisfecho está con su "forma (estilo) de vida" en este momento?

(5) Muy Satisfecho    (4) Satisfecho    (3) No se    (2) Insatisfecho    (1) Muy Insatisfecho



## HISTORIA DE HÁBITOS ALIMENTICIOS

30.- ¿En los últimos 12 meses, cuántos días estuvo hospitalizado por descompensación de su diabetes por excederse en la comida? \_\_\_\_\_

31.- ¿En los últimos 12 meses cuántas veces su médico le llamó la atención por excederse en la comida? \_\_\_\_\_

32.- ¿En los últimos 12 meses cuántas veces tuvieron que ajustar su tratamiento (medicinas) por descontrol de su enfermedad, relacionada con el exceso de comida? \_\_\_\_\_

33.- ¿Por cuánto tiempo considera que Usted ha comido en exceso? \_\_\_\_\_

34.- ¿ Por cuánto tiempo considera Usted que su forma de comer ha representado un problema? \_\_\_\_\_

35.- En la siguiente escala marque la alternativa que mejor describa SU FORMA DE COMER, durante el año pasado. Marque sólo una opción:

- (1) Sin problema.
- (2) Un pequeño problema: estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa por mi forma de comer.
- (3) Un problema menor, he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria.
- (4) Un problema mayor, he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria.
- (5) Un gran problema; he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias.

36.- Desde que su forma de comer se ha convertido en un problema ¿cuántas veces ha intentado seriamente reducir su consumo de alimentos? \_\_\_\_\_

37.- Desde que su forma de comer se ha convertido en un problema ¿Cuál es el mayor tiempo que ha mantenido su dieta en forma adecuada? \_\_\_\_\_

¿Cuándo ocurrió?: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mes                      año

¿Por qué cree que lo logró en esa ocasión?:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38.- En las ocasiones que no ha seguido su dieta, en el último año, en qué porcentaje (de 0 a 100%) el exceso correspondió a cada uno de los siguientes alimentos: (La suma de todos debe completar 100%)

Lácteos	0-100: _____	%
Carnes y/o huevos	0-100 _____	%
Cereales	0-100 _____	%
Verduras y legumbres	0-100 _____	%
Frutas	0-100 _____	%
Grasas	0-100 _____	%

## HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

39.- ¿En qué fecha le diagnosticaron la diabetes? \_\_\_\_\_  
año mes

40.- ¿Qué tratamiento usa?

No invada este espacio.

	SI	NO	¿Cómo lo usa?*		
Dieta	_____	_____	_____	( )	( )
Pastillas	_____	_____	_____	( )	( )
Insulina	_____	_____	_____	( )	( )
Ejercicio	_____	_____	_____	( )	( )

\* Escriba cómo se lo indicaron, si son medicamentos ponga dosis, frecuencia y desde cuándo.

41.- ¿Qué otras enfermedades tiene?

No invada este espacio

Enfermedad	¿Desde cuándo?		
_____	_____	( )	( )
_____	_____	( )	( )
_____	_____	( )	( )
_____	_____	( )	( )
_____	_____	( )	( )

42.- ¿Qué otros tratamientos recibe?

No invada este espacio

Tratamiento	¿Cómo?*		
_____	_____	( )	( )
_____	_____	( )	( )
_____	_____	( )	( )
_____	_____	( )	( )
_____	_____	( )	( )

\* Escriba cómo se lo indicaron, si son medicamentos ponga dosis, frecuencia y desde cuándo.

43.- Sabe si tiene alguna de las siguientes complicaciones de la diabetes:

No invada este espacio

	SI	NO	Fecha de diagnóstico		
Retinopatía	( )	( )	_____	( )	( )
Nefropatía	( )	( )	_____	( )	( )
Neuropatía Periférica	( )	( )	_____	( )	( )
Neuropatía visceral	( )	( )	_____	( )	( )
Microangiopatía	( )	( )	_____	( )	( )
Macroangiopatía (Infarto agudo de miocardio, Enfermedad vascular Cerebral, otra obstrucción arterial)	( )	( )	_____	( )	( )

44.- Para estos trastornos ¿qué tratamientos recibe?\*

Tratamiento

---

---

---

---

---

---

¿Cómo?\*

---

---

---

---

---

---

No invada este espacio.

( ) ( )  
( ) ( )  
( ) ( )  
( ) ( )  
( ) ( )  
( ) ( )

\* Escriba cómo se lo indicaron, si son medicamentos ponga dosis, frecuencia y desde cuándo.

45.- Resultados de laboratorio.

	Fecha	Resultado
Glucosa	<hr/>	<hr/>
Colesterol	<hr/>	<hr/>
Triglicéridos	<hr/>	<hr/>
Hemoglobina glucosilada	<hr/>	<hr/>

# INVENTARIO DE SITUACIONES RIESGO PARA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALIMENTOS (INSIRCEA)

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** M F

**INSTRUCCIONES:** A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en los cuales algunas personas consumen alimentos en exceso.

Lea cuidadosamente cada situación y responda de acuerdo a su consumo de alimentos, durante el **AÑO PASADO**.

Marque con una "x", dentro del cuadro correspondiente si usted comía en exceso **Nunca**, **Ocasionalmente**, **Frecuentemente** o **Casi siempre**, ante esa situación.

<b>SITUACIONES QUE ME HICIERON COMER EN EXCESO O COMER ALGO QUE SABIA QUE NO DEBIA COMER</b>	<b>Nunca 0</b>	<b>Ocasional- mente 1</b>	<b>Frecuente- mente 2</b>	<b>Casi Siempre 3</b>	
1) Cuando discutía con un algún amigo					1.
2) Cuando me sentía deprimido					2.
3) Cuando sentía que todo finalmente iba por buen camino					3.
4) Cuando me sentía nervioso					4.
5) Cuando decidía demostrar mi fuerza de voluntad controlando mi forma de comer durante una reunión familiar					5.
6) Cuando alguien llegaba de visita					6.
7) Cuando me sentía a disgusto por la presencia de alguien					7.
8) Cuando veía un anuncio de algún alimento que se me antojaba					8.
9) Cuando alguien me criticaba					9.
10) Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía un alimento					10.
11) Cuando no podía dormir					11.
12) Cuando pensaba que me merecía una "buena comida"					12.
13) Cuando me llevaban cómo regalo algún alimento					13.
14) Cuando me sentía muy contento					14.
15) Cuando me ponía triste por algo que me había sucedido					15.
16) Cuando volvía a estar en reuniones					16.

donde siempre comía en exceso					
17) Cuando pensaba que la comida en exceso no era un problema para mí					17.
18) Cuando algunas personas a mí alrededor me ponían tenso					18.
19) Cuando al salir con amigos ellos decidían salir a comer a algún sitio					19.
20) Cuando pensaba lo sabroso que es un alimento de mi preferencia					20.
21) Cuando quería estar cerca de alguien					21.
22) Cuando alguno de la casa estaba comiendo algo que a mí se me antojaba					22.
23) Cuando sentía que no tenía a quien acudir					23.
24) Cuando sentía que me estaba deprimiendo					24.
25) Cuando me sentía rechazado					25.
26) Cuando estaba aburrido					26.
27) Cuando no me sentía capaz de expresar mis sentimientos de otra manera que no fuera aceptando lo que me ofrecían de comer					27.
28) Cuando la gente era injusta conmigo					28.
29) Cuando me acordaba lo sabrosa que es mi comida preferida					29.
30) Cuando me sentía rechazado por mis amistades					30.
31) Cuando me sentía relajado y seguro					31.
32) Cuando veía algo que me recordaba la comida					32.
33) Cuando me empezaba a sentir harto de la vida					33.
34) Cuando me sentía muy contento					34.
35) Cuando me sentía muy solo					35.
36) Cuando me quería convencer que era capaz de comer sólo lo que me habían indicado					36.
37) Cuando me sentía lleno de entusiasmo y expectativas					37.
38) Cuando pasaba por donde vendían comida					38.
39) Cuando estaba en una situación en la que siempre comía en exceso					39.
40) Cuando me sentía "débil"					40.

41) Cuando estaba cansado				41.
42) Cuando tenía algún dolor				42.
43) Cuando me sentía bien de salud				43.
44) Cuando alguien cercano a mí tenía algún problema y sentía que a mí me afectaba también				44.
45) Cuando pensaba que una probada no me iba a hacer daño				45.
46) Cuando salía con mi familia				46.
47) Cuando tenía la oportunidad de comer mi platillo favorito				47.
48) Cuando estaba platicando muy a gusto y consideraba que debía acompañar la plática con un bocadillo				48.
49) Cuando me ofrecían algún alimento y me sentía incomodo por tener que rechazarlo				49.
50) Cuando sentía que no le caía bien a las personas				50.
51) Cuando me sentía mareado				51.
52) Cuando tenía algo que festejar				52.
53) Cuando me sentía muy presionado por problemas				53.
54) Cuando sentía que se me "bajaba la presión"				54.
55) Cuando parecía que nada de lo que hacía me estaba saliendo bien				55.
56) Cuando otras personas interferían con mis planes				56.
57) Cuando otras personas me convencían que no me iba a hacer daño comer en exceso, ya que solo era por ese día				57.
58) Cuando todo me estaba saliendo muy bien				58.
59) Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que a mí me pasaba				59.
60) Cuando en una fiesta, todos disfrutaban de la comida				60.
61) Cuando me sentía inseguro				61.
62) Cuando me sentía presionado por quedar bien con los compañeros del trabajo				62.
63) Cuando sentía que durante una comida familiar, era la única forma de que me tomaran en cuenta				63.

64) Cuando tenía miedo de que si rechazaba una comida no me volverían a invitar					64.
65) Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho					65.
66) Cuando sentía que mi "azúcar" estaba controlada					66.
67) Cuando pasaba frente a un lugar donde vendían antojitos					67.
68) Cuando sentía que a pesar de lo que hiciera, mi enfermedad de todos modos no se iba a controlar					68.
69) Cuando en algún restaurante alguien pedía algo que se me antojara					69.
70) Cuando me sentía muy cansado					70.
71) Cuando todo me estaba saliendo mal					71.
72) Cuando me sentía culpable por algo					72.
73) Cuando me sentía nervioso y tenso					73.
74) Cuando sentía ganas de celebrar con amigos					74.
75) Cuando sentía ganas de celebrar con mi familia					75.
76) Cuando me sentía enojado por algún motivo					76.
77) Cuando me sentía muy presionado por mi familia					77.
78) Cuando me sucedía algo bueno y quería celebrarlo					78.
79) Cuando me sentía contento con mi vida					79.
80) Cuando sentía que el exceso de comida en una sola ocasión no iba a influir en el control de mi enfermedad					80.
81) Cuando mi familia me regañaba por lo que comía					81.
82) Cuando pensaba que con una comida podía disfrutar más la compañía de la gente					82.
83) Cuando me sentía confundido respecto a lo que podía comer					83.
84) Cuando se hacían reuniones familiares					84.
85) Cuando quería celebrar una ocasión especial como una Navidad o un cumpleaños					85.
86) Cuando tenía dolor de cabeza					86.

87) Cuando sabía que no había nadie que me vigilara lo que comía					87.
88) Cuando me la estaba pasando muy bien en una reunión					88.
89) Cuando de repente sentía un antojo inmenso de comer algo que no estaba dentro de mí diente					89.
90) Cuando trataba de agradar a mi familia invitándolos a comer					90.
91) Cuando me daba pena decir que no podía comer algo por mi enfermedad					91.
92) Cuando había pleitos en mi casa					92.
93) Cuando salía de viaje					93.
94) Cuando tenía problemas en mi trabajo					94.
95) Cuando salía de compras					95.
96) Cuando tenía que acudir a las comidas organizadas por mis jefes					96.
97) Cuando no hacía una de las comidas durante el día y en la siguiente sentía mucha hambre y me "aprovechaba"					97.
98) Cuando salía sólo y podía comer lo que quisiera					98.
99) Cuando tenía que convivir con otras personas de mi familia o amistades					99.
100) Cuando sentía que mi familia trataba de controlar mi forma de comer					100

## ESCALA DE CONSECUENCIAS POR EL CONSUMO EXCESIVO DE ALIMENTOS

### ECCEA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F M

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas abarcan una amplia variedad de situaciones relacionadas con el consumo de alimentos. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto.

Considerando sus hábitos de alimentación en LOS **ULTIMOS SEIES MESES**, conteste cada pregunta marcando una "X" dentro del paréntesis de la opción más adecuada para su situación. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

1.- ¿Tiene dificultad para dejar de pensar en comer?	( 0 ) Nunca ( 1 ) Algunas veces ( 2 ) Frecuentemente ( 3 ) Casi siempre	1.- (    )
2.- ¿Es más importante lo que va a comer en su próxima reunión que la reunión en sí misma?	( 0 ) Nunca ( 1 ) Algunas veces ( 2 ) Frecuentemente ( 3 ) Casi siempre	2.- (    )
3.- ¿ Organiza su día de acuerdo a cuándo y dónde puede comer?	( 0 ) Nunca ( 1 ) Algunas veces ( 2 ) Frecuentemente ( 3 ) Casi siempre	3.- (    )

4.- ¿ Come entre comidas a cualquier hora del día?	( 0 ) Nunca ( 1 ) Algunas veces ( 2 ) Frecuentemente ( 3 ) Casi siempre	4.- (    )
5.- ¿Come por comer sin importar de qué alimento se trate?	( 0 ) Nunca ( 1 ) Algunas veces ( 2 ) Frecuentemente ( 3 ) Casi siempre	5.- (    )
6.- ¿Come la cantidad que desea independientemente de las indicaciones de su médico?	( 0 ) Nunca ( 1 ) Algunas veces ( 2 ) Frecuentemente ( 3 ) Casi siempre	6.- (    )
7.- ¿Come en exceso aún sabiendo que muchos problemas de salud pueden ser causados por no llevar su dieta?	( 0 ) Nunca ( 1 ) Algunas veces ( 2 ) Frecuentemente ( 3 ) Casi siempre	7.- (    )
8.- ¿ Piensa que una vez que se salió de su dieta, "ya que más da" si continúa comiendo?	( 0 ) Nunca ( 1 ) Algunas veces ( 2 ) Frecuentemente ( 3 ) Casi siempre	8.- (    )
9.- ¿ Trata de controlar su forma de comer dejando de realizar alguno de sus alimentos durante el día?	( 0 ) Nunca ( 1 ) Algunas veces ( 2 ) Frecuentemente ( 3 ) Casi siempre	9.- (    )
10.- ¿ Cuándo no ha llevado su dieta adecuadamente ha presentado aumento en el número de veces que orina en el día o noche?	( 0 ) Nunca ( 1 ) Algunas veces ( 2 ) Frecuentemente ( 3 ) Casi siempre	10.- (    )
11.- ¿ Después de una comida en exceso ha presentado aumento de sed?	( 0 ) Nunca ( 1 ) Algunas veces ( 2 ) Frecuentemente ( 3 ) Casi siempre	11.- (    )

12.- ¿ Después de una comida en exceso se siente culpable?

- ( 0 ) Nunca
- ( 1 ) Algunas veces
- ( 2 ) Frecuentemente
- ( 3 ) Casi siempre

12.- (    )

13.- ¿ Ha presentado molestias gastrointestinales por comer en exceso?

- ( 0 ) Nunca
- ( 1 ) Algunas veces
- ( 2 ) Frecuentemente
- ( 3 ) Casi siempre

13.- (    )

14.- ¿ Continúa comiendo después de sentirse satisfecho?

- ( 0 ) Nunca
- ( 1 ) Algunas veces
- ( 2 ) Frecuentemente
- ( 3 ) Casi siempre

14.- (    )

15.- ¿Cuándo come en exceso, lo hace únicamente con algún tipo de alimento?

- ( 0 ) Nunca
- ( 1 ) Algunas veces
- ( 2 ) Frecuentemente
- ( 3 ) Casi siempre

15.- (    )

TOTAL

12.- (    )
13.- (    )
14.- (    )
15.- (    )