



019681
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
GARCÍA FLORES RAQUEL

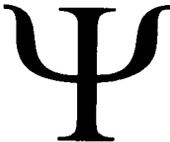
DIRECTOR DEL REPORTE:

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

COMITÉ TUTORIAL:

PRIMER VOCAL: DRA. ISABEL REYES LAGUNES
SEGUNDO VOCAL: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
TERCER VOCAL: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA
SECRETARIO: MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA
SUPLENTE: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
SUPLENTE: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MÉXICO, D.F.

2003



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi Madre, Cristina, la mujer más valiente que conozco, quien con su fortaleza me demuestra día con día que para una mujer no existen fronteras ni límites. ¡Gracias por tu apoyo!

Al jovencito Rade por contagiarme de su optimismo, energía, apoyo y cariño.

A mi Maestra y Amiga Rebeca por sus sabias enseñanzas inolvidables en el campo de la psicología y por sus lecciones de la vida.

A Christian Oswaldo por todo el amor que compartimos juntos.

A mis Maestros Laura Rojano y Raúl Alcázar por saber ser mis amigos y al mismo tiempo guiar mi conocimiento en los terrenos cognitivo-conductuales.

A mis amigos del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico-Degenerativos: Claudia, Gaby, Nancy, Tere, Lety, Janneth, Gustavo, Betsabé, Naara, Edith, Sol, Belén, Ricardo y Jonnathan por enriquecerme diariamente en el intercambio de conocimientos y de afecto.

A mi tutor Leonardo por su apoyo académico.

Al Dr. Micho Durdevich por sus invaluable apoyo tecnológico en la elaboración de este reporte (en el cual se utilizó el programa Tex y el sistema operativo OS/2, no Windows). 2/Sobarba, ohcim igard.

Al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", la mejor sede, por abrirme sus puertas para que pudiera aprender de los pacientes .

A mi querida UNAM...

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Autorizo a la Dirección General de Estudios de la UNAM a difundir en formato electrónico e impresa el contenido de esta tesis.
NOMBRE: Flavio Raquel García
FECHA: 17 sept 03
FIRMA: Raquel García F

**PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ENFERMOS
CRÓNICO DEGENERATIVOS**

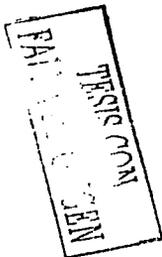
RAQUEL GARCÍA FLORES

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Sede: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	4
2.1. Características de la sede	
3. "Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos"	8
3.1. Servicio	
3.2. Docencia	
3.3. Prevención	
3.4. Investigación	
3.5. Informe de Actividades de Servicio	
4. La Diabetes Mellitus tipo 2	38
4.1. Definición de Diabetes	
4.2. Tipos de diabetes	
4.3. Causas de la Diabetes Mellitus tipo 2	
4.4. Complicaciones agudas	
4.5. Complicaciones crónicas	
4.6. La diabetes en México	
4.7. Aspectos psicológicos de la diabetes	
4.8. Area cognitiva	
4.9. Area emocional	
4.10. Area conductual	
4.11. Resultados de Intervenciones Psicológicas	
5. Programa de Control de Glicemia en Pacientes con Diagnóstico Médico de Diabetes Mellitus tipo 2	49
5.1. Evaluación	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5.2.	Modelo de autorregulación en las enfermedades crónico-degenerativas	
5.3.	Educación para la salud en el diabético	
5.4.	La entrevista motivacional	
6.	Descripción del Programa de Control Glicémico de pacientes con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipo 2	60
6.1.	Objetivo general	
6.2.	Procedimiento	
7.	Aplicación del "Programa de control glicémico para pacientes con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2": un caso clínico	71
7.1.	Datos generales	
7.2.	Entrevista de exploración	
7.3.	Evaluación	
7.4.	Diagnóstico	
7.5.	Plan de tratamiento	
7.6.	Resultados del Tratamiento	
7.7.	Conclusiones	
7.8.	Competencias profesionales alcanzadas durante la residencia	
8.	Conclusiones	85
	Referencias	87



1. INTRODUCCIÓN

Los avances científicos y tecnológicos en la medicina actual han permitido que las enfermedades infecciosas y agudas hayan disminuido considerablemente. Sin embargo, este hecho ha modificado la epidemiología ya que se ha incrementado la frecuencia de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

El diagnóstico de una enfermedad crónica puede ser que influya en que el paciente sea estigmatizado en virtud de la limitada independencia y/o el impacto negativo en la rutina diaria. Algunos autores han resumido la manera en que la vida de los pacientes con enfermedad crónica ha cambiado: "con la enfermedad crónica, la vida del paciente cambia de manera irreversible. Ni la enfermedad o sus consecuencias son estáticas. Interactúan para crear patrones de comportamiento requiriéndose continuamente de manejos complejos. Además, las variaciones en los patrones de enfermedad y tratamientos provocan el que se desconozcan los resultados en menor o mayor medida creando una incertidumbre acerca del pronóstico. La llave para el manejo efectivo es entender los diferentes cursos en el comportamiento de la enfermedad y su paso. La meta no es curar sino mantener una vida placentera e independiente" (Holman y Loring, 2000).

Las enfermedades crónico-degenerativas se ven claramente afectadas por manifestaciones conductuales cotidianas que se traducen en un estilo de vida tal como los hábitos alimenticios, ejercicio físico y exposición al estrés. Por otro lado, en algunos casos, tal es la confianza que se tiene en los avances médicos que ya los pacientes esperan pasivamente a ser curados sin ver la necesidad de actuar para hacer frente a su enfermedad (White, 2001). Además que, hacer cambios en las rutinas resulta complicado para la mayoría de ellos. De aquí surge la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario formado por diferentes especialistas en el campo de la salud para apoyar y regular el curso e impacto de la enfermedad con la finalidad de retrasar el deterioro físico, mejorando así la calidad de vida del paciente.

Este es uno de los factores que permite el surgimiento de la Medicina Conductual como especialidad, la cual tiene por objetivo el desarrollar e integrar conocimientos y técnicas de las ciencias conductuales y biomédicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Actualmente existen diferentes programas académicos diseñados para entrenar a profesionales de la salud en esta área. Uno de estos esfuerzos se ha llevado a cabo en la Facultad de Psicología de la UNAM, dentro de la Maestría en Psicología Profesional, estableciéndose la Residencia en Medicina Conductual. Este programa tiene por objetivo el capacitar a psicólogos para desarrollar programas de intervención en el campo de la salud utilizando técnicas cognitivo-conductuales. Para este fin fueron asignados residentes de este programa a diferentes sedes hospitalarias pertenecientes a la Secretaría de Salud.

Sin embargo, se incluyó una sede que no pertenecía a este esquema, el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Esta sede ha albergado durante dos años el "Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos", que a pesar de ser un programa joven y de no ubicarse en un centro hospitalario, se ha desarrollado a tal grado que ha permitido el enlace de la docencia, el servicio y la investigación. El propósito de este trabajo es en primer lugar describir el *modus operandi* del Programa y la forma en como se enlazan las tres áreas mencionadas dentro del programa. Este hecho lo considero importante ya que escasos programas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tienen una estructura de trabajo tan clara y específica por lo que considero conveniente describirlo en este reporte ya que puede servir como estructura principal a futuros programas que se pudieran desarrollar en el ámbito de atención psicológica en el campo de la salud. Por otro lado, este Programa fungió como base para yo elaborara un programa de intervención en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que también será descrito detalladamente en este reporte y la aplicación de dicho programa de intervención a un paciente.

2. SEDE: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"

2.1. Características de la sede

La Facultad de Psicología se constituye como tal el 27 de febrero de 1973 después de haber estado adscrita como escuela a la Facultad de Filosofía y Letras desde el año 1945. A partir de este hecho se modifican proyectos de estudios, se impulsa la estructuración de un nuevo currículum académico que unifique los aspectos teóricos y prácticos en la formación del psicólogo. Siendo director de la Facultad el Dr. Luis Lara Tapia se nombró a la Dra. Bertha Blum como jefe del departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado y durante este lapso se reestructura este departamento, contemplando diferentes aspectos. Uno de ellos fue la elaboración de un proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia psicológica comunitaria.

Este proyecto tuvo su origen en las necesidades que generaba el nuevo programa de psicólogos clínicos a nivel maestría y doctorado, pues requería de un espacio en el que se conjugaran los aspectos académicos y de docencia teórica con la práctica clínica y que al mismo tiempo cumpliera una función social. En ese momento los centros de salud disponibles cerraban su acceso a los estudiantes y la mayoría de los maestros centraban sus cursos únicamente en aspectos de carácter teórico. La creación de este centro de servicio psicológico a la comunidad satisfacía la necesidad de capacitar a los psicólogos clínicos en diversos aspectos: asistencia individual, familiar, de pareja, de grupo, etc. y permitía superar la antigua separación entre la teoría y la práctica.

En el terreno de la investigación, el servicio a la comunidad aportaría los elementos necesarios para llevar a cabo proyectos de investigación generados por el departamento de Psicología Clínica y los alumnos podrían realizar así sus tesis profesionales ya fuera de acuerdo con sus intereses personales o bien participando de los proyectos de investigación del propio centro. En la elaboración del proyecto del centro participaron el Dr. Darvelho Castaño Azmitia y la Dra. Bertha Blum, como secretarios de la División y del Departamento de Clínica respectivamente. Sin embargo, no hubo una respuesta favorable inmediata de las autoridades que permitiera la creación de dicho centro.

A partir de 1977, durante el período en el que fué Directora de la Facultad la Dra. Graciela Rodríguez de Arizmendi y jefe de la División de Estudios Superiores el Dr. Raymundo Macías Avilés, se comenzaron a desarrollar iniciativas más concretas en el sentido de la creación de centros de atención a la comunidad.

El proyecto original del CSP fue que surgiera como un gran plan piloto dirigido a la población estudiantil de la Facultad de Psicología y a su familia nuclear con el propósito de ampliarlo más adelante a toda la población universitaria y a la comunidad en general.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Dr. Lichtszajn, siendo jefe del departamento de Psicología Clínica de Estudios de Posgrado, recibe el proyecto con la estructura física el fin de ponerlo en práctica.

Y en 1980 se nombró a la Lic. Josette Benavides Tourres como coordinadora del CSP. Entre ambos se concretó la organización del proyecto original y se supervisó el acondicionamiento de las instalaciones, se equiparon las salas de observación con los recursos más modernos de grabación, filmación e intercomunicación. En 1981 el Dr. Lichtszajn y la Lic. Benavides hicieron un viaje a la Universidad de Austin, Texas para conocer el funcionamiento del Centro de Servicios Psicológicos de esta universidad. Es a partir de entonces que se empieza a dar forma al proyecto. Se elaboró por escrito la estructura y funciones del CSP. Además se invitó a profesores a participar con la finalidad de que pudieran vincular la docencia (cátedras en su mayoría teóricas) con una actividad práctica terapéutica, eligiendo cada uno el tipo de terapia que más se adecuara a sus intereses. Sin embargo, de 44 profesores solo se interesaron 7 en formar parte del proyecto. Se creó un seminario de entrenamiento terapéutico con el personal asignado al CSP y se invitó a estudiantes de la maestría a participar en el seminario, con una duración de un año (Lorentzen, 1986).

Finalmente el CSP se inauguró oficialmente el día 8 de mayo de 1981 e inició labores el 1 de agosto del mismo año. Originalmente fue adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado y adquirió su autonomía en 1983.

Los principales objetivos del Centro de Servicios Psicológicos fueron:

- Proporcionar atención psicológica al estudiante del nivel de Estudios Superiores de la Facultad de Psicología, a los trabajadores administrativos de la UNAM; y a familiares cercanos de ambos grupos. Este servicio está enfocado a los siguientes aspectos:

Informativo: mediante un banco de información institucional proporcionar la orientación necesaria sobre las diversas instituciones y el tipo de servicios que ofrecen a la comunidad.

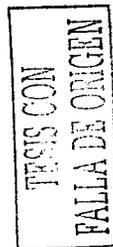
Preventivo: por medio de ciclos de conferencias, talleres y mesas redondas sobre temas relevantes (educación sexual, divorcio, drogadicción, etc.).

Académico: mediante la organización de talleres en relación a hábitos de estudio, control de la ansiedad ante los exámenes, etc.

Terapéutico: servicio a estudiantes en terapia individual y grupal dentro de un enfoque de terapia breve e intervención en crisis.

- Organizar seminarios, conferencias, mesas redondas que contribuyan a la formación profesional y/o sustenten información accesible a toda la comunidad estudiantil de la propia facultad.
- Desarrollar programas de entrenamiento teórico-práctico para estudiantes de posgrado, abiertos a diversas especialidades. Estos consisten en cursos de capacitación enfocados en terapia breve (individual, grupal, familiar y de pareja) e intervención en crisis así como una tutoría cercana y constante de casos bajo la estrecha supervisión de maestros altamente calificados.
- Realizar programas de investigación psicológica.
- Programar actividades de superación y extensión académica.

El Centro de Servicios Psicológicos trabaja dentro de los marcos conceptuales de la Psicología Clínica que, con diversos enfoques, pone énfasis en la terapia breve de



objetivos específicos, sobre todo en la intervención auxiliar en situaciones de crisis y/o emergencia.

Se utilizan diversos tipos de técnicas terapéuticas que se apegan a una duración limitada dentro del proceso terapéutico y que precisan el objetivo específico para cada caso.

2.1.1. Requisitos de admisión

El usuario deberá llenar una solicitud (ver anexo 1) personalmente, acompañado de una identificación oficial con fotografía que, extendida ante la recepción del CSP, permitirá que tenga acceso a la primera entrevista la cual se efectuará por acuerdo combinado tanto con las posibilidades del propio solicitante como del CSP dentro de los horarios de funcionamiento. Se hace del conocimiento del usuario un documento en que se especifican cuales son los derechos y responsabilidades del solicitante de los servicios del CSP y si está de acuerdo asenta con su firma este reconocimiento (ver anexo 2). Por último contesta un cuestionario sobre síntomas físicos, para poder detectar la existencia de un padecimiento médico (ver anexo 3).

Las solicitudes son canalizadas a los diferentes programas existentes en el CSP de acuerdo al motivo de consulta. Cada programa se encarga de citar a los pacientes para entrevista y tratamiento en sus horarios de trabajo. La atención ofrecida para los solicitantes tiene un costo relativamente bajo (no mayor a 50 pesos por sesión).

Toda la información recabada por el personal del CSP en relación con los procesos terapéuticos es absoluta y estrictamente de índole confidencial.

2.1.2. Ubicación

Sótano del Edificio D de la Facultad de Psicología en Cd. Universitaria.

2.1.3. Nivel de atención

El nivel de atención es de segundo nivel porque asisten a pedir atención psicológica las personas que ya presentan un problema de esta índole.

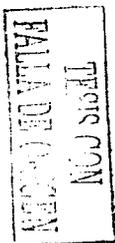
2.1.4. Servicios de la sede

Los servicios que se proporciona son de orientación, diagnóstico y tratamiento psicológico. Los programas existentes actualmente son:

- Programa de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual.
- Terapia con enfoque psicoanalítico
- Dictámenes para guarda y custodia de niños en caso de divorcio.
- Modificación de hábitos alimenticios
- Terapia familiar
- Terapia de pareja
- Retroalimentación biológica
- Programa de atención psicológica a enfermos crónico degenerativos

2.1.5. Ubicación de la residente de Medicina Conductual en la sede

La residente fue ubicada en el Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos.



2.1.6. Recursos humanos

El centro cuenta con 35 terapéutas y 40 estudiantes de posgrado, licenciatura y servicio social.

Los recursos humanos con los que cuenta el "Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos" son los siguientes:

- 1 responsable del programa;
- 2 residentes de segundo año;
- 3 residentes de primer año;
- 3 tesis de licenciatura;
- 3 estudiantes de prácticas profesionales;
- 3 prestadores de servicio social.

2.1.7. Líneas de autoridad

Como coordinadora en el Centro se encuentra la Lic. Noemí Barragán y del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos se encuentra la responsable del programa Psic. Rebeca Sánchez Monroy.

2.1.8. Supervisor in situ

La responsable del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos, Psic. Rebeca Sánchez Monroy realiza las funciones de supervisión y coordinación del programa.

2.1.9. Actividades desarrolladas en la sede

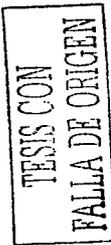
Las actividades fueron enmarcadas dentro del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos cuya descripción se proporcionará en el capítulo 3 de este reporte.

2.1.10. Programa específico desarrollado

El programa desarrollado fue "Programa de Control de Glicemia en Pacientes con Diagnóstico Médico de Diabetes Mellitus tipo 2" que será descrito en los capítulos 4, 5 y 6 de este trabajo.

2.1.11. Asistencia a eventos académicos

- Congreso Psicosalud 2000 del 30 de noviembre al 6 de diciembre de 2000, celebrado en La Habana, Cuba.
- Simposia Salud Mental y Pediatría llevado a cabo en el Instituto Nacional de Pediatría los días 5 y 6 de septiembre del 2002.
- Coloquio 2002 de la Sociedad de Medicina Conductual A.C. celebrado los días 29 y 30 de noviembre del 2002 en la Cld. de México.
- 1er. Encuentro de la coordinación de los centros y programas de servicios a la comunidad universitaria y al sector social celebrado en la Facultad de Psicología del 2 al 6 de diciembre de 2002.



3. "PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS"

El programa fue creado en el año 2000 por la Psic. Rebeca Sánchez Monroy como respuesta ante la necesidad de dar cabida a estudiantes de la Maestría en Psicología Profesional con el fin de entrenar y desarrollar sus habilidades clínicas dentro del campo de la medicina conductual además de cubrir la demanda de brindar **servicio** a pacientes con un padecimiento físico o bien prevenir la aparición de este.

Como ya se mencionó en los objetivos del CSP, uno de ellos fue el de llevar a cabo **campañas de prevención** en diferentes temas, sin embargo, quedaba pendiente el rubro de atención a la salud física, que actualmente cobra un alto precio al bienestar psicológico de los individuos. Aunque el programa está diseñado para el tratamiento de enfermedades crónicas y la mayoría de los casos canalizados no padecen un trastorno de este tipo, nuestra función como profesionales de la salud también es detectar la aparición de conductas de riesgo en nuestros pacientes, en su mayoría provenientes del ámbito universitario, con la finalidad de controlar la aparición de algún trastorno médico a largo plazo.

Simultáneamente la Psic. Rebeca Sánchez Monroy desarrolló el **Modelo de Supervisión y Entrenamiento** que sería ejecutado por los integrantes del Programa, el cual se caracteriza por tener un orden de jerarquías de acuerdo al nivel académico. Este modelo es denominado de **cascada**, ya que los de mayor nivel académico supervisan y entrenan a los de menor nivel académico, aprovechando los recursos en cuanto a conocimientos se refiere para nutrir este proceso, además de desarrollar habilidades de docencia en los integrantes.

Por otro lado, se están desarrollando investigaciones respecto a programas de intervención en enfermedades crónicas, tal como gastritis, hipertensión arterial y diabetes, este último presentándose en este documento.

De esta forma el Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos cubre 4 importantes rubros:

- Servicio
- Docencia
- Investigación
- Prevención

A continuación se describirán las actividades de cada una de estas áreas.

3.1. Servicio

Una enfermedad crónica puede ser definida como aquel trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el estilo de vida del paciente y que es probable que persista por largo tiempo. Los problemas psicológicos pueden complicar el manejo de problemas médicos y dificultar el trabajo de los terapeutas en la elaboración de programas de tratamiento ya que hay que tomar en cuenta variables biológicas, psicológicas y físicas.

Como se requiere de un servicio formal para dar atención efectiva a este tipo de problemas complejos que se presentan en las enfermedades crónicas, el Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos se encuentra lógicamente estructurado en una serie de etapas que van desde que llega la solicitud derivada por la coordinación del Centro hasta que se dá de alta a un paciente (ver figuras 1 y 2). Estas etapas serán descritas a continuación.

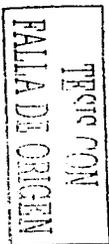


FIGURA 1. Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos

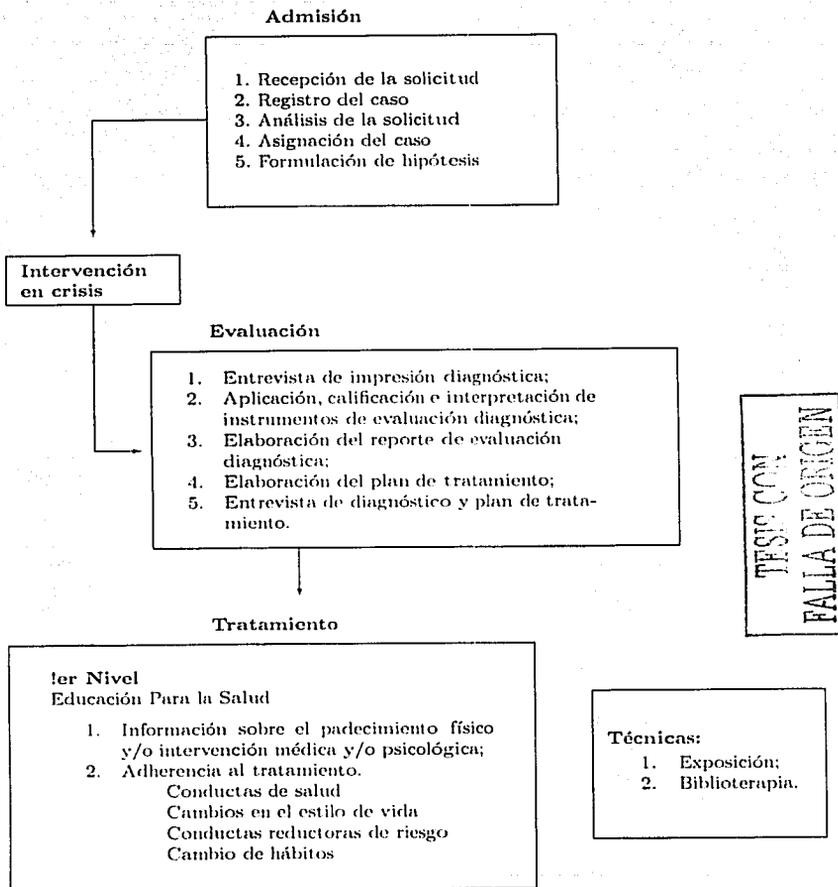
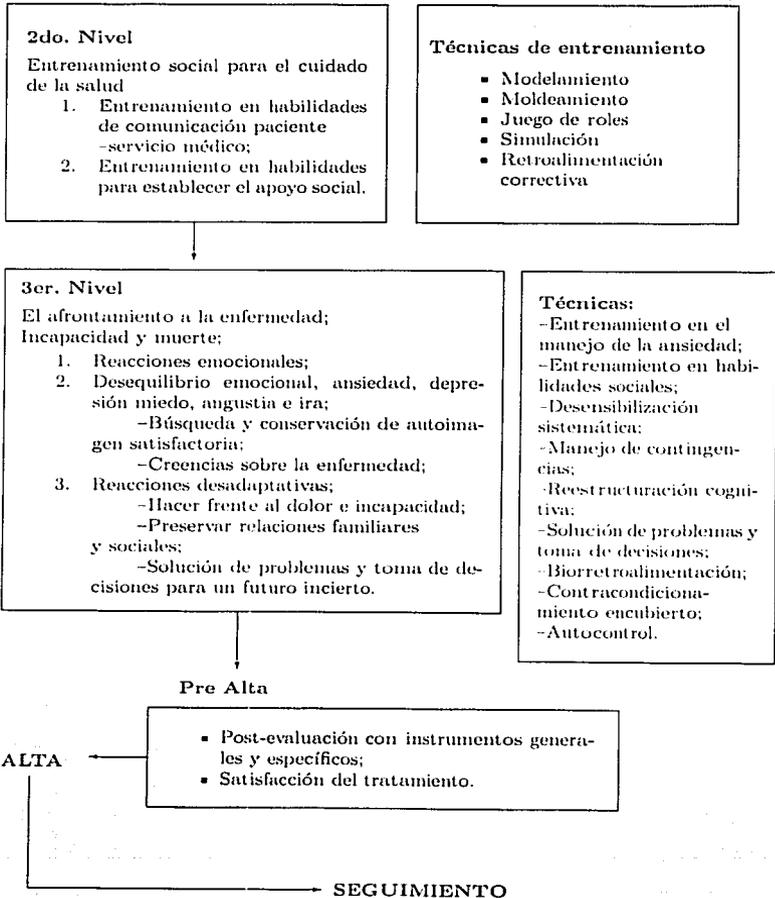


FIGURA 2. (cont. . .) Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos



3.1.1. Admisión

Una vez que el paciente completó con sus datos personales la solicitud de atención psicológica que el Centro proporciona, ésta es analizada por la Coordinación y, de acuerdo a su criterio, es canalizada al Programa. Se registra en la base de datos, el residente responsable analiza las solicitudes y asigna el caso a uno de los terapeutas del programa. El terapeuta responsable del caso analiza los datos de la solicitud para estructurar posibles hipótesis en torno a la problemática del paciente que sirvan de guía para la evaluación del paciente.

3.1.2. Evaluación

La evaluación cognitivo conductual es un componente central en la terapia. El primer objetivo es acumular información para sintetizar la formulación del caso o conceptualizarlo. Si una evaluación es llevada a cabo correctamente y tiene una cobertura amplia entonces puede ser fácil formular las formas en las cuales un paciente puede ser apto para lograr las metas del tratamiento. Existen varios métodos que pueden ser usados en el proceso de la evaluación, por ejemplo, la observación, cuestionarios de autoreporte, entrevistas semiestructuradas, entrevistas clínicas y autorregistros. En el caso del Programa se utilizan con mayor frecuencia las entrevistas y los registros. Solo en casos de sospecha de alteración psicopatológica grave, por ejemplo, psicosis o trastornos severos del estado de ánimo, se aplican instrumentos clínicos tradicionales.

Cuando la información ha sido recolectada sobre el problema del paciente, se puede asociar esta información con una teoría psicológica para poder elaborar un plan de tratamiento. El proceso en el cual se asocian la evaluación y el tratamiento se le llama formulación o conceptualización del caso. Una formulación delimita como un problema particular o síntoma ha emergido, la forma en que se manifiesta y como se ha mantenido. El proceso de formulación conforma un sistema explicativo de los problemas físicos, sociales y psicológicos. Es mediante el proceso de formulación que los clínicos pueden sintetizar los hallazgos de sus evaluaciones o integrar esto en una explicación de los mediadores y moderadores de los problemas de un paciente. Los mediadores son las variables responsables de la ocurrencia de los problemas (tipo de interpretaciones, relaciones entre conductas) y los moderadores son las variables que señalan la severidad con la cual un elemento es expresado y la forma en que las relaciones entre variables se manifiestan (White, 2001).

La conceptualización de un caso incluye la aplicación de la teoría cognitivo conductual y principios para describir los factores principales que contribuyen a la ocurrencia, severidad y naturaleza de los problemas. Además incluye información de la experiencia previa de la enfermedad y la descripción individualizada de cada conflicto en la lista de problemas integrada por elementos de la historia de vida del paciente y su contexto.

Cabe destacar que en el caso de las enfermedades crónicas es necesario integrar el conocimiento de los problemas psicológicos y médicos. Y a partir de esta formulación se pueden elaborar hipótesis de como interactúan los factores detectados. La conceptualización de un problema permite al terapeuta entender por qué está ocurriendo el problema, cómo fue iniciado, como se ha mantenido, las posibles estrategias de su mejoría o solución, las formas en las que es posible prevenir su ocurrencia futura y las variables que deben ser monitoreadas para evaluar el impacto de la intervención.

TRIPLO CON
FALLA DE ORIGEN

La evaluación consta de una serie de procedimientos los cuales serán descritos a continuación.

3.1.2.1. Entrevista de exploración

Se realiza la entrevista de exploración para obtener una impresión diagnóstica del caso. En ésta se realizan una serie de pasos que son los siguientes:

1. Se recibe al paciente en la sala de espera, el terapeuta se presenta y se le indica al paciente que esta es una entrevista de exploración para identificar el problema y brindar el tratamiento que satisfaga sus necesidades.
2. Se corroboran los datos generales del paciente y se aborda el motivo de consulta expresado en la solicitud, así como las características principales del problema que refiere en términos conductuales (frecuencia, topografía, intensidad, descripción de la primera vez que presentó el problema y subsecuentes).
3. Se exploran los intentos de solución realizados por el paciente y los resultados obtenidos.
4. Se investigan las áreas personales que han sido afectadas por la problemática expuesta.
5. Se explora como se está manifestando la problemática actualmente.
6. Se realiza una conclusión de la problemática expuesta, enfatizando la relación entre los problemas psicológicos y el estado de salud actual del paciente.
7. Se cuestiona al paciente sobre sus expectativas del tratamiento psicológico.
8. Se motiva al paciente relacionando sus expectativas con el tipo de tratamiento que se le puede proporcionar en el centro.
9. A criterio del terapeuta se pueden asignar tareas al paciente que se revisarán la siguiente sesión.
10. Se cierra la entrevista indicando al paciente que la próxima sesión se realizará una evaluación psicológica estableciéndose hora de la cita y cuota del servicio para registrarlo en el carnet de asistencia.

Cada uno de estos rubros es registrado en el formato de **Entrevista de Exploración** (anexo 5). Existe un apartado para problemas durante la sesión. En éste el terapeuta describe si durante la sesión se presentó un obstáculo para el desarrollo de la misma (llanto, silencios prolongados, verborrea, etc.) y las soluciones adoptadas por el terapeuta para superar tales dificultades. Además de aplica un **Cuestionario de salud de enfermedades crónicas** con la finalidad de detectar padecimientos que el paciente no haya reportado y que se incluyan dentro del programa de tratamiento (anexo 5 A). También se registran los datos de la ficha de identificación del paciente en la **Hoja Frontal** (anexo 4) que se colocará al inicio del expediente como referencia rápida de las características del paciente atendido.

3.1.2.2. Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos de evaluación diagnóstica

La aplicación de instrumentos no es un proceso fundamental en el Programa dadas las características de la terapia cognitivo-conductual en la que se pone énfasis en los síntomas que, a consideración de la percepción del paciente, más afectan su grado de funcionalidad. Por tal motivo se utilizan con mayor frecuencia los **registros de frecuencia, intensidad y duración de los síntomas** (anexo 6) o registros descriptivos de estados emocionales disfuncionales a partir de cogniciones, sentimientos y conductas, llamado **Cadena cognitivo-conductual** (anexo



7). También se llevan a cabo registros de aspectos más específicos como Horario de Actividades (anexo 8) o Registro del Control de Peso (anexo 9) que además nos auxilian en la evaluación continua a lo largo del tratamiento.

Sin embargo, existen casos en los cuales resulta relevante la aplicación de instrumentos. Por ejemplo cuando existe sospecha de trastorno psicopatológico grave en el paciente, tal como un trastorno psicótico o episodio depresivo que pudiera conducir a un intento de suicidio.

Además los instrumentos nos pueden auxiliar en la obtención de la topografía de la conducta problema, entonces se llega a hacer un análisis más cualitativo que cuantitativo de las respuestas de los pacientes a los cuestionarios.

Los cuestionarios que se llegan a utilizar son:

- Inventario de Ansiedad de Beck
- Inventario de Depresión de Beck
- Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor
- Escala de Depresión de Zung
- Escala de Enojo de Spielberger
- Inventario de Resolución de Conflictos
- Cuestionario de Habilidades Sociales de Goldstein, Sprafkin y Gershaw

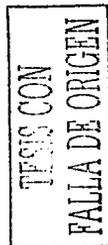
3.1.2.3. Reporte de evaluación diagnóstica

El reporte contiene información obtenida a partir de la entrevista de exploración, resultados de los instrumentos aplicados o de los registros elaborados. Esta información se registra en el formato **Modalidad de Tratamiento** en donde se registran los instrumentos utilizados, sus datos cuantitativos y aspectos cualitativos, así como propuestas de técnicas a utilizar (ver anexo 10).

3.1.2.4. Plan de tratamiento

Es el documento guía del proceso de tratamiento. Está conformado de los datos de identificación del paciente de diagnóstico médico y psicológico, objetivo del tratamiento, modalidad y áreas de trabajo (ver anexo 11). Además están definidos los siguientes puntos:

- Definición de la conducta objetivo: se registran los excesos, déficits y recursos cognitivo-conductuales.
- Métodos de recolección de información: son las formas bajo las cuales se detectará la frecuencia de las conductas objetivo.
- Análisis funcional de la conducta: se especifican los eventos manifiestos (conductas) y/o encubiertos (pensamientos) que preceden y siguen a la conducta objetivo, así como las recompensas o ganancias por mostrar dicha conducta.
- Motivación para el cambio: se anotan los aspectos que marcarán la diferencia si existiera un cambio en la conducta objetivo, tanto para el paciente como para las personas que lo rodean (familiares, amigos, personal médico). También se mencionan aquellos reforzadores que pudieran apoyar el cambio en la conducta objetivo.
- Personas significativas para el paciente: se identifica si existen personas dentro de la red social del paciente que pudiesen colaborar en el proceso de tratamiento.



- Factores que mantienen el problema: son los elementos ambientales o psicológicos que contribuyen al mantenimiento del problema, de forma que se puedan implementar técnicas para modificar dichos elementos específicos.
- Programa de intervención: en este rubro se estructuran los objetivos generales y específicos, así como las técnicas, procedimientos y actividades para cada área en la que el paciente se encuentre afectado.
- Evaluación del programa de intervención: en este punto se especifican el monitoreo, la programación del mantenimiento del cambio de conducta, los resultados y la satisfacción con respecto al tratamiento, lo que es útil para la retroalimentación del terapeuta así como para reproducir tratamientos similares para poblaciones específicas.

Cabe resaltar que a lo largo del tratamiento, en cada sesión se registran los objetivos, técnicas, procedimientos, resultados y recomendaciones (tareas para el paciente) en la **Nota Psicológica** (anexo 12) la cual es indispensable tener actualizada con la finalidad de verificar que el curso del tratamiento es satisfactorio y para tener una supervisión adecuada y completa del caso tratado.

3.1.2.5. Entrevista de diagnóstico y plan de tratamiento

Una vez cubiertos los puntos de evaluación y plan de tratamiento se cita al paciente para darle a conocer los resultados y se delimita el problema, explicándose el mecanismo existente en el mismo y como este se manifiesta en las áreas de la vida del paciente. Se enfatiza la importancia que tiene el aprendizaje en la problemática y la forma en que se puede modificar en base al tratamiento estructurado.

En caso de que la problemática requiera de otro tipo de atención especializada que sea un requisito previo o simultáneo al tratamiento, por ejemplo el servicio psiquiátrico u otro programa del Centro de Servicios Psicológicos, se elabora un **Formato de Canalización** (anexo 13) y se proporciona al paciente una **Ficha de Canalización** (anexo 14) manteniéndose la supervisión de los resultados que se están obteniendo del tratamiento producto de tal canalización.

En otros casos la canalización será definitiva cuando nuestro programa no cubra las necesidades del paciente y solo se mantendrá el contacto con el paciente hasta asegurarnos que se encuentra atendido por el servicio recomendado.

Los tratamientos que se imparten en el Programa tienen como referencia un plan general dividido en tres niveles de atención que se describirán a continuación. Cabe señalar que el tratamiento que se brinda a los pacientes no necesariamente debe incluir todos los niveles. Esto dependerá de las necesidades específicas de cada uno. Pero es importante contemplar todo este esquema ya que sirve de guía para la estructuración de las intervenciones.

3.1.3. Primer nivel de tratamiento: Educación para la salud

La educación para la salud es definida como la adquisición de cierto grado de conocimientos y habilidades acerca de la enfermedad y su tratamiento. Es elemento fundamental en el tratamiento de las enfermedades físicas, ya que puede existir un déficit en cuanto a la información del padecimiento se refiere que ocasiona en el paciente la sensación de tener poco o nulo control sobre su padecimiento porque desconoce los factores que están influyendo en el desarrollo del mismo.

Por otra parte, pueden presentarse algunas ideas irracionales en relación a la enfermedad que estén obstaculizando una adecuada adherencia a los tratamientos



médicos, la cual es definida (Latorre y Beneit, 1992) como "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". Esta incluye visitas médicas, toma de medicamentos, conductas adecuadas en el estilo de vida (alimentación, ejercicio, control emocional) y evitar conductas de riesgo (beber, fumar, etc.).

Con la información científica expuesta por el terapeuta de manera clara y sencilla el paciente puede formularse expectativas más realistas sobre su padecimiento y sobre la forma en que él puede controlar algunas situaciones. Además este proceso educativo incrementa la motivación en el paciente ya que, teniendo más conocimientos, estará dispuesto a colaborar de forma activa en su tratamiento.

3.1.3.1. Técnicas

3.1.3.1.1. Exposición

Es una técnica de enseñanza indispensable en este nivel. A través de ella se transmite información vital para el paciente. La exposición debe tener las siguientes características (Rodríguez, 2000):

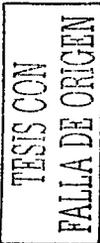
- *Ofrecer información clara y simple*, evitando dentro de lo posible la jerga médica y revisando la comprensión del paciente durante el proceso de explicación ("¿He sido claro?").
- *Usar recomendaciones específicas con ejemplos concretos* ("no coma alimentos grasosos como el mole o quesadillas fritas").
- *Señalar primero las cosas importantes*. La investigación sugiere que lo que se dice primero se recuerda mejor.
- *Emplear la repetición*, principalmente cuando el nivel educativo es bajo.
- *Resumir*. El resumen debe ser breve y repetir los principales puntos acordados en un lenguaje inequívoco y claro. También se puede pedir a los pacientes que repitan las instrucciones del terapeuta para asegurarse de que hay una comprensión compartida.
- *Categorizar la información para reducir la complejidad y ayudarlo a recordar*. Cuando la información a transmitir sea compleja deberá ser claramente dividida en unidades manejables que sean fácilmente señaladas para el paciente usando indicadores ("Entonces hay que recordar, primero...segundo...tercero...").
- *Usar herramientas*. Es conveniente utilizar imágenes para poder transmitir la información de forma más amena y facilitando la memorización de la información.

3.1.3.1.2. Biblioterapia

Se recomiendan algunas lecturas relacionadas con el tema de salud a tratar, o bien, si el nivel educativo del paciente no está a la altura de las lecturas, el terapeuta elabora folletos informativos que proporciona al paciente sobre su padecimiento.

3.1.4. Segundo nivel: Entrenamiento social para el cuidado de la salud

En ocasiones se requiere de ndiestrar a los pacientes en habilidades sociales que permitan incrementar el apoyo de otras personas en el control de su enfermedad.



3.1.4.1. Entrenamiento en habilidades de comunicación paciente-servicio médico

Se ha encontrado que la comunicación paciente-médico en la actualidad está muy deteriorada y este hecho afecta de forma considerable la adherencia a los tratamientos médicos (Rodríguez, 2000). Los factores que intervienen en la comunicación paciente-médico (Latorre y Beneit, 1992) son:

Percepción de sí mismo: La imagen que una persona tiene de sí misma se pone en peligro siempre que se establece una relación interpersonal. Por lo que es importante comprender como el paciente se percibe a sí mismo y a la situación. El temor de poner de manifiesto su ignorancia o su incompetencia puede ser un factor que interfiera en la comunicación. Las personas se encuentran motivadas para dar una buena impresión y tratan de que los demás les consideren como personas competentes. Por ello los pacientes no preguntan si no han entendido cualquiera de las explicaciones y temen expresar sus ideas y temores.

Percepción de los demás: La imagen de los trabajadores de la salud ante los pacientes interviene en la comunicación eficaz. Los pacientes consideran que en las instituciones de salud existe escasez de personal, los médicos están sobrecargados de trabajo y se espera que sean *buenos pacientes*, dispuestos a colaborar, poco exigentes e independientes. De esta forma no defienden su derecho a la información, comunicación y a la participación de sus propios cuidados.

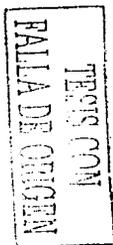
Influencia del contexto: Los centros de salud generalmente están excedidos en cuanto a la asistencia de pacientes y el equipo médico se comunica solo con personas que tienen el mismo rango (por lo que es difícil una comunicación interdisciplinaria). Lo que contribuye a que la comunicación efectiva se vea aún más obstaculizada.

Como terapeutas de Medicina Conductual evaluamos cada uno de estos factores para aplicar las técnicas dirigidas a mejorar este proceso de comunicación del paciente con el servicio médico.

3.1.4.2. Entrenamiento en habilidades para obtener apoyo social

El apoyo social es definido como la variedad de material y soporte emocional que una persona recibe de otros. Existe evidencia que los pacientes con un mayor soporte social tienden a vivir más que los que se encuentran aislados, esto se encuentra principalmente asociado al manejo del estrés, ya que el soporte social al parecer actúa como un protector (Bramon y Feist, 1997).

A veces se requiere que el paciente sea llevado a las instituciones de salud, se tenga una supervisión cercana del seguimiento de las instrucciones médicas (especialmente en adultos mayores) o ser auxiliado en sus labores cotidianas (cuidado del hogar y de los hijos). En ocasiones es importante entrenar al paciente en búsqueda de instituciones que lo auxilien en el tratamiento de su padecimiento, por lo que se necesita de la generación de alternativas para conseguir tal apoyo.



3.1.4.3. Técnicas

Modelamiento: El modelado es un procedimiento en el que se presenta a un individuo una muestra de un comportamiento determinado para inducirle a que realice una conducta similar. En este caso, el terapeuta es el modelo a reproducir por el paciente. Por ejemplo, un paciente con dificultades para expresar a su médico sus dudas puede observar la ejecución de esta tarea por parte del terapeuta y reproducirla en la consulta médica.

Moldeamiento: Es un método que se utiliza para establecer una conducta nueva mediante el refuerzo sucesivo de aproximaciones a esa conducta y la extinción de tales aproximaciones a medida que se va configurando el comportamiento final deseado.

Juego de roles: Consiste en recrear una situación que es problema para el paciente dentro de la sesión terapéutica. Por ejemplo, un paciente puede practicar la petición de pedir ayuda a un familiar para poder asistir al servicio médico.

Simulación: Consiste en la descripción de la ejecución de la conducta a realizar. Por ejemplo, "cuando esté con el médico voy a cuidar que no esté distraído, le hablaré en un voz alta, sin gritarle, le voy a mirar a los ojos y le preguntaré cuales son los alimentos que no debo de comer".

Retroalimentación correctiva: Es el proceso mediante el cual el terapeuta va indicándole al paciente los puntos positivos de la ejecución de la conducta deseada y los puntos a mejorar para que en los ensayos conductuales los errores se corrijan progresivamente.

3.1.5. Tercer nivel de tratamiento: afrontamiento a la enfermedad

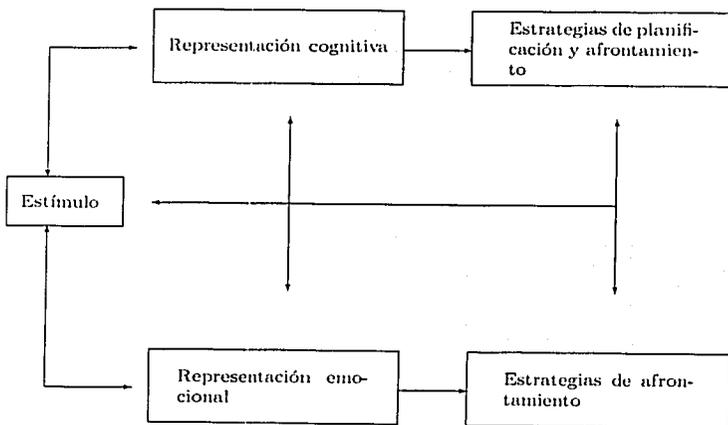
Algunos pacientes con historias de problemas psicológicos incrementan su vulnerabilidad para desarrollar complicaciones como resultado del diagnóstico de una enfermedad crónica. Esto puede ocurrir al diagnosticarla y/o durante el curso de la enfermedad en respuesta a los elementos de tratamiento o eventos que intervienen durante el curso de la enfermedad. Hay otro grupo de pacientes para los cuales el problema médico confiere una vulnerabilidad psicológica para experimentar problemas provocados por otros eventos de la vida. También se ha reconocido que los problemas psicológicos pueden provocar trastornos físicos. Se ha aceptado que las funciones físicas y psicosociales de los pacientes con las mismas condiciones médicas varían ampliamente. Esto depende de la representación de la enfermedad elaborada por el paciente. Y esta representación influye en las reacciones emocionales a los síntomas y conductas de autocuidado. Los pacientes con una percepción negativa de su enfermedad tienden a la depresión. Los pacientes que ven a su enfermedad como seria, crónica o incontrolable tienden a ser más pasivos, con menos habilidades, pobre funcionamiento social y problemas de salud mental (White, 2001).

Se ha enfatizado la importancia que tiene el significado que le da el paciente a la enfermedad como elemento en el entendimiento de la psicopatología. Se sugiere que los trastornos psicológicos están asociados a la presencia de significados de indeseable o doloroso. La idea que el significado es central en el ajuste a la enfermedad física empieza a utilizarse en la psicología de la salud. Los pacientes buscan darle un significado a su enfermedad para entender la experiencia y situación con sus esquemas cognitivos.

Se ha sugerido que los terapeutas necesitan entender la estructura cognitiva interpretativa de los cuales los pacientes derivan significados de sus experiencias y

TEJES CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 3. Representación del Modelo de Autorregulación de Leventhal y Schaefer



es importante que las intervenciones psicológicas lo tengan en cuenta para que sean efectivas.

Entender los significados asociados al diagnóstico y manejo de los problemas médicos crónicos es crucial cuando se aplica la terapia cognitivo conductual a los problemas que encaran los pacientes. El conjunto de consecuencias por padecer una enfermedad crónica es en ocasiones entendida por el paciente en función de sus creencias y suposiciones acerca del mundo en el cual vive.

Para entender la representación que tiene un paciente de su enfermedad y como ésta regula su comportamiento, Leventhal formuló un modelo que permite detectar como el paciente define la amenaza de su enfermedad y como actúa para hacer frente a esa amenaza (ver figura 3).

Los supuestos básicos que caracterizan el modelo de autorregulación de Leventhal (Latorre y Beneit, 1992) son los siguientes:

El primero hace referencia a las etapas de procesamiento. El sistema de autorregulación propuesto opera en tres etapas:

- En la primera de estas etapas tiene lugar la **definición o representación de la enfermedad** y de la emoción que la acompaña.

- La segunda etapa supone la planificación, selección y ejecución de respuestas para afrontar la amenaza objetiva de enfermedad y las reacciones emocionales que estas suscita.
- La tercera etapa es una fase de evaluación, a fin de determinar si las estrategias de afrontamiento han logrado la consecución de metas establecidas.

La información derivada de la última etapa aporta una retroalimentación de las anteriores y puede alterar las estrategias de afrontamiento del individuo o la forma en que representa la enfermedad.

Una segunda característica del modelo de autorregulación es la existencia de dos canales paralelos en el sistema de procesamiento:

- Uno de ellos da lugar a la elaboración de una representación objetiva de la enfermedad y el desarrollo de respuestas de afrontamiento para controlarla.
- El segundo sistema supone el procesamiento de las reacciones emocionales provocadas por la enfermedad y la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento para controlar esas emociones.

Se trataría pues de dos sistemas reguladores (uno objetivo o informacional y otro afectivo) independientes pero interactuantes, fomentando la independencia entre cognición y afecto.

Además Leventhal sugiere una serie de pasos al momento de brindar al paciente una visión realista de su enfermedad.

- La información que se brinda al paciente debe referirse a las tres etapas de procesamiento antes mencionadas.
- Es necesario evitar discrepancias entre la amenaza objetiva provocada por la enfermedad y la representación que el sujeto hace de ella, controlando al mismo tiempo el esquema afectivo del individuo, ya que puede estar influyendo en su representación de la enfermedad.
- Hay que especificar metas y objetivos temporales que se refieren tanto al control del peligro que se deriva de la enfermedad como al control del miedo u otras respuestas emocionales.
- El paciente debe estar consciente de que existen factores sociales y ambientales que pueden estar influyendo en la representación que hace de su enfermedad.

En sí el objetivo es brindar al paciente la oportunidad de estructurar su comprensión de la enfermedad y de construir representaciones más adecuadas de la misma, creando estrategias eficaces de afrontamiento y una evaluación estable de todo el proceso.

3.1.5.1. Técnicas

3.1.5.1.1. Entrenamiento en el manejo de la ansiedad

Técnicas de relajación

El síntoma principal de la ansiedad es la activación fisiológica. El objetivo de las técnicas de relajación es modificar este patrón de activación. La relajación es definida como un proceso psicofisiológico que está integrado por componentes fisiológicos - patrón reducido de activación somática y autónoma-, subjetivos - informes verbales de tranquilidad y sosiego - y conductuales - estado de quiescencia motora- así como sus posibles vías de interacción e influencia.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Las diferentes técnicas pretenden facilitar el aprendizaje del patrón de respuesta biológica correspondiente al estado de relajación, utilizando procedimientos diversos. En el caso de la relajación progresiva de Jacobson el principal mecanismo de aprendizaje podría ser la discriminación perceptiva de los niveles de tensión electromiográfica en cada grupo muscular a través de los ejercicios sistemáticos de tensión-distensión. En el caso de la relajación autógena de Schultz, el mecanismo podría estar relacionado, según la teoría ideomotora de W. James, con la representación mental de las consecuencias motoras de la respuesta - sensaciones de peso y calor - que dispararían las aferencias somáticas y viscerales correspondientes. En el caso de las técnicas de relajación basadas en la respiración, el principal mecanismo estaría basado en las interacciones cardiorespiratorias del control vagal. El entrenamiento de patrones respiratorios caracterizados por tasas respiratorias bajas, amplitudes altas y respiraciones abdominales incrementarían el control parasimpático sobre el funcionamiento cardiovascular a través de los cambios del ritmo cardíaco asociados a la inhalación y expiración de cada ciclo respiratorio (Caballo, 1991).

Se ha considerado que la respuesta de relajación, una vez emitida o evocada, puede ser condicionada a estímulos neutrales del ambiente o ser contracondicionada a estímulos evocadores de ansiedad, de acuerdo con el modelo clásico o pavloviano. Este último mecanismo de aprendizaje es el que se ha supuesto como responsable de los efectos terapéuticos de técnicas de modificación de conducta como la desensibilización sistemática.

Resulta importante el tener en cuenta las mediciones fisiológicas del paciente para poder asegurar que efectivamente se está llevando a cabo el ejercicio de manera adecuada. Por lo que en el programa se integra el **Registro de Relajación** (anexo 15) en el cual se indican medidas fisiológicas obtenidas antes y después del entrenamiento en la sesión. Estas medidas son la presión arterial, tasa cardíaca (pulso), temperatura periférica (manos) y frecuencia respiratoria. Además se anota el reporte subjetivo del paciente respecto a las sensaciones percibidas durante el ejercicio y se asegura la concordancia entre el reporte verbal y los datos fisiológicos para verificar si el objetivo se está alcanzando.

En la ansiedad los errores cognitivos relevantes se relacionan con la percepción de amenaza o peligro por lo que se llegan a incluir técnicas de reestructuración cognitiva para modificar tales creencias (esta técnica será descrita más adelante).

3.1.5.1.2. Entrenamiento en habilidades sociales

Los procedimientos orientados a la adquisición de las habilidades sociales se fundamentan en principios del aprendizaje y cuentan con las contribuciones de distintas disciplinas científicas (especialmente la psicología social). Se considera que las habilidades sociales se aprenden y en este proceso juega un papel fundamental la interacción entre factores intrínsecos a la persona y factores ambientales. El entrenamiento en habilidades sociales está conformado de una serie de técnicas cada uno de los cuales se orienta a la consecución de determinados objetivos particulares (Labrador *et al.* 1995). La planificación de estos objetivos y la aplicación de dichas técnicas se realiza de forma coordinada siguiendo una secuencia de intervención. Las técnicas, los objetivos y la secuencia de aplicación son los siguientes:

Instrucciones y modelado: su objetivo es informar y hacer demostraciones de las conductas adecuadas.

Ensayo conductual: su objetivo es que el sujeto reproduzca y practique esas conductas.



Retroalimentación y refuerzo: su objetivo es moldear y perfeccionar las conductas exhibidas por el sujeto.

Con el fin de maximizar la eficacia del entrenamiento han de considerarse los siguientes aspectos:

- Realizar ensayos reiterados para que las conductas se conviertan en habituales.
- Afrontar situaciones múltiples, variadas y lo más relevantes posible.
- Abordar condiciones de entrenamiento y contextos variados lo más similares posible a los de la vida real.
- Desarrollar capacidades cognitivas que permitan al sujeto discriminar señales sociales y estímulos ambientales. Conocer el cómo, cuándo y dónde emplear una habilidad social en situaciones reales, enseñarle a analizar las situaciones sociales reales con todos sus componentes (metas, normas, roles, secuencia y conceptos).

3.1.5.1.3. Desensibilización sistemática

Es una técnica basada en los principios del condicionamiento clásico, se desarrolló primeramente para el tratamiento de trastornos de ansiedad, como las conductas fóbicas, en los que determinados estímulos o situaciones provocan en los individuos una intensa y desadaptativa reacción de ansiedad (Latorre y Beneit, 1992).

Los tres componentes básicos son:

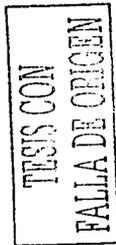
- Entrenamiento del paciente en una técnica de relajación.
- Elaboración de una jerarquía de situaciones, relacionadas con la conducta fóbica que provocan en el paciente una respuesta de ansiedad de intensidad creciente.
- Exposición del sujeto, utilizando la imaginación, a cada una de las situaciones de la jerarquía (comenzando por la que provoca un menor nivel de ansiedad), mientras permanece completamente relajado.

Dado que la ansiedad y la relajación son dos respuestas incompatibles desde el punto de vista psicofisiológico se produce un proceso de contracondicionamiento según el cual el sujeto dejará de experimentar ansiedad por efecto de la relajación muscular.

Este procedimiento se emplea en el área de salud para la ansiedad que genera algunos procedimientos médicos tales como inyecciones (en el caso de diabéticos la insulina) o vómitos anticipatorios a la quimioterapia. También en el caso de conductas de riesgo como el beber alcohol y fumar ya que se encuentran estrechamente relacionadas con niveles de ansiedad elevados.

3.1.5.1.4. Manejo de contingencias

Los principios del condicionamiento operante describen la relación entre la conducta y los eventos ambientales (antecedentes y consecuentes) que influyen en la conducta. Esta relación, se le conoce como **contingencia** y comprende tres componentes: **eventos antecedentes (A)**, **conductas (B)** y **eventos consecuentes (C)**. La noción de contingencia es importante no solo para comprender la conducta sino también para desarrollar programas de cambio de la conducta. Los eventos antecedentes se refieren a los estímulos anteriores a la conducta, como instrucciones, gestos o miradas de otros. Las conductas se refieren a los actos en sí mismos. Las consecuencias se refieren a los eventos que preceden a la conducta.



El desarrollo de programas efectivos depende de la comprensión de los tipos de eventos antecedentes y consecuencias que influyen en la conducta y como operan. Considerando las contingencias parece que los eventos antecedentes deberían de estudiarse primero independientemente del hecho de que aparezcan antes de la conducta. Se puede suponer que si los eventos antecedentes que controlan la conducta se entendieran y alteraran habría poca o ninguna necesidad de modificar las consecuencias de la conducta. Sin embargo, parece ser más frecuente el modificar las consecuencias de las conductas ya que es familiar en la vida diaria, es más difícil identificar específicamente los antecedentes y porque muchos eventos antecedentes adquieren su influencia debido a su asociación con ciertas consecuencias (Kazdin, 1996). Para que una consecuencia altere una conducta particular debe ser dependiente o contingente a la ocurrencia de la conducta. Una consecuencia es contingente cuando se entrega sólo después de que la conducta blanco se ha realizado y no está disponible de ninguna otra forma.

Los principios del condicionamiento operante se refieren a distintos tipos de relaciones contingentes entre la conducta y los eventos que la siguen. Los principios más importantes son el reforzamiento, el castigo y la extinción.

Reforzamiento: es un incremento en la frecuencia de una respuesta cuando a esa respuesta le siguen ciertas consecuencias. Un evento contingente que incrementa la frecuencia de una conducta se conoce como **reforzador**. Los **reforzadores positivos** son eventos que se presentan después de una respuesta desempeñada y que incrementan la frecuencia de la conducta a la que siguen. Los **reforzadores negativos** o **estímulos aversivos** son eventos que se retiran después de realizada una conducta y que incrementan la conducta que precede a su retiro.

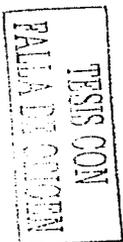
Castigo: es la presentación de un estímulo aversivo o el retiro de un evento positivo que precede a una respuesta, lo cual decreta su frecuencia.

Extinción: se refiere al cese de reforzamiento de una respuesta. El no reforzamiento de una respuesta da como resultado su reducción o eliminación.

Se ha presentado una descripción de los principios más importantes que se emplean para la modificación de conducta. Estos sirven de base para técnicas más complejas en el tratamiento de los pacientes.

3.1.5.1.5. Reestructuración cognitiva

Los modelos cognitivos reconocen una naturaleza multidimensional de las disfunciones en virtud de la cual se produce una interdependencia entre cognición, emoción, afecto y conducta. Conceptualiza al hombre como un sistema que procesa información del medio. En un entorno continuamente cambiante que demanda capacidades adaptativas, el individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. La información que posee un individuo sobre sí mismo y el mundo afectará las respuestas tanto emocionales como conductuales del individuo. Antes de emitir una respuesta emocional o conductual los individuos clasifican, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus **esquemas cognitivos**. Estos se describen como el conjunto de experiencias del individuo provenientes de su interacción con el medio y se consideran formados por creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y valoraciones de uno mismo (Labrador *et al.* 1995).



El elemento fundamental del modelo cognitivo de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. De tal manera que, durante el proceso de interpretación del estímulo podrían activarse esquemas cognitivos negativos que llevarían al individuo a cometer distorsiones del estímulo en cuestión. De esta forma, el elemento responsable de la emisión de las respuestas emocionales y conductuales desajustadas sería la estructuración cognitiva negativa de la situación.

La perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean. Los contenidos negativos de las cogniciones que aparecen en los trastornos emocionales como la depresión o la ansiedad son, según Beck, idénticos a los de cualquier persona ante una situación de pérdida o amenaza real. La diferencia se encuentra en el número y grado de distorsiones cognitivas que comete el individuo y, debido a esto, en la inadecuación de su conducta e intensidad emocional.

Por lo que el objetivo de la terapia se centra en la modificación de las creencias distorsionadas del paciente. Para esto se instruye al paciente a:

- identificar el efecto que tienen sus creencias en su estado de ánimo y conductas que realiza
- evaluar las situaciones relevantes para uno de forma realista
- atender los datos existentes en esas situaciones
- formular explicaciones alternativas para esas situaciones
- poner a prueba los supuestos desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes que proporcionen
- oportunidades para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas

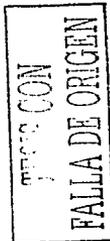
Para la generación de pensamientos alternativos, en el Programa se utiliza el **Registro de pensamientos alternativos** (anexo 16) en el cual se pide al paciente que anote la fecha y hora en que está detectando un estado emocional negativo, los pensamientos que pasan por su mente, el tipo y grado de la emoción percibida, cual es la evidencia a favor y en contra de los pensamientos anotados y cuales serían los pensamientos alternativos que podrían surgir a partir de las evidencias encontradas. Por último se registra el tipo y grado de emoción que el paciente experimenta una vez que generó pensamientos alternativos.

El uso de este tipo de registros es sumamente útil en la reestructuración cognitiva ya que la elaboración del registro en sí funciona como una herramienta de "autoayuda" para el paciente, lo que garantiza una mayor efectividad del tratamiento impartido, ya que el paciente llega a ser su propio "terapeuta".

3.1.5.1.6. Solución de problemas y toma de decisiones

Los problemas dentro del enfoque cognitivo-conductual se definen como situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones debido a la presencia de distintos obstáculos. Estos obstáculos pueden incluir la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y/o la novedad (D'Zurilla, 1986).

Básicamente los problemas representan a menudo una discrepancia entre la realidad de una situación y los objetivos deseados. Los problemas son estresantes si son de alguna manera difíciles y relevantes para el bienestar de las personas. Un



problema puede ser un acontecimiento único, una serie de sucesos relacionados o una situación crónica. Las demandas de la situación problemática pueden originarse en el ambiente o dentro de la persona.

Así que un problema es un tipo particular de relación persona-ambiente que refleja un desequilibrio o discrepancia percibidos entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa. Es probable que este desequilibrio cambie con el tiempo dependiendo de los cambios en el ambiente, en la persona o en los dos.

Una solución en este modelo se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas.

Las soluciones eficaces son aquellas respuestas de afrontamiento que no solo logran estos objetivos sino que al mismo tiempo maximizan los beneficios y minimizan los costos. Se incluyen las implicaciones a corto y largo plazo de la solución así como las consecuencias personales para el individuo y el impacto que la solución tiene sobre otras personas significativas.

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas, en vez de una sola capacidad unitaria. De acuerdo con D'Zurilla, la solución de problemas "eficaz" requiere de 5 pasos:

1. Orientación hacia el problema;
2. Definición y formulación del problema;
3. Generación de alternativas;
4. Toma de decisiones;
5. Puesta en práctica de la solución y verificación.

La **orientación hacia el problema** puede describirse como un conjunto de respuestas de orientación que representan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática. Estas respuestas de orientación incluyen una clase particular de aspectos de la atención (sensibilidad ante los problemas) y un conjunto de creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas generales sobre los problemas.

El objetivo de la **definición y formulación del problema** consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema. Esto puede incluir una renovación de la situación en términos de su significación para el bienestar y el cambio. La valoración inicial del problema implica la respuesta inmediata de la persona ante un problema no definido, basándose principalmente en las experiencias con problemas similares. Después de definir y formular la naturaleza del problema de forma más clara y concreta, la persona puede entonces valorar el problema de modo más preciso.

El objetivo del tercer componente, la **generación de alternativas**, es hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la "mejor" solución (la preferida) se encuentre entre ellas.

El propósito de la **toma de decisiones** es evaluar (juzgar y comparar) las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la mejor para ser llevada a cabo en la situación del problema real.

Finalmente el propósito de la **puesta en práctica de la solución y verificación** consiste en vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática. Las habilidades de verificación abarcan la auto observación y la evaluación del resultado real de la solución.

FALLA DE ORIGEN
 TESIS CON

Para entrenar a los pacientes en esta técnica ha resultado efectivo el **Formato de Solución de Problemas** (anexo 17) ya que los pacientes, con esta forma visual, llegan a adquirir con más facilidad esta estrategia.

3.1.5.1.7. Biorretroalimentación

Se refiere a cierto número de técnicas de intervención diseñadas para alterar procesos fisiológicos mediante el entrenamiento. Consiste en proporcionar información a los individuos sobre sus procesos fisiológicos en curso y la meta es producir un cambio en la influencia de la respuesta específica o controlar el proceso fisiológico.

3.1.5.1.8. Contracondicionamiento encubierto

El condicionamiento encubierto es un modelo teórico presentado por Cautela en 1966 (apoyándose en el trabajo de Wolpe de 1958 sobre desensibilización sistemática) que se refiere a un conjunto de técnicas que utilizan la imaginación y que pretenden alterar la frecuencia de la respuesta a través de la manipulación de las consecuencias también en la imaginación. Se postula que existe:

Homogeneidad: existe continuidad y homogeneidad entre las conductas manifiestas y encubiertas. Por ello es posible transferir las conclusiones derivadas empíricamente de los fenómenos manifiestos a los encubiertos.

Interacción: existe una interacción entre los procesos encubiertos y los observables. Es decir, unos influyen en otros.

Aprendizaje: los procesos encubiertos y los observables se rigen de forma similar por las leyes del aprendizaje.

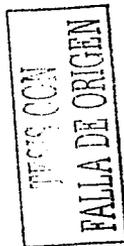
El modelo del condicionamiento encubierto asume la continuidad de los acontecimientos encubiertos y observables, su interacción y examina estos acontecimientos desde el marco de la teoría del aprendizaje. En consecuencia, los procedimientos que han demostrado su efectividad en la modificación de conducta manifiesta pueden ser igualmente efectivos sobre esta siendo aplicados en la imaginación.

En el **contracondicionamiento encubierto** el objetivo es disminuir la frecuencia de la conducta problema a través de la imaginación reforzándose una conducta alternativa que sea incompatible con la conducta problema.

3.1.5.1.9. Autocontrol

Es definido como una habilidad susceptible de ser aprendida que englobaría cualquier conducta controlada exclusivamente por variables autogeneradas (físicas, sociales o cognitivas) que trate de alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta cuyas consecuencias, en algún momento, podrían ser aversivas para el individuo (Labrador *et al.* 1995). Las técnicas de autocontrol se dividen en técnicas de **control estímular**, que van encaminadas a manipular los estímulos discriminativos que controlan la conducta problema antes que tenga lugar y en técnicas de **programación conductual**. Sin embargo cabe destacar la necesidad de motivar al paciente para poner en práctica tales técnicas. Para este fin se cuenta con las siguientes técnicas:

Automonitoreo: Consiste en observar la conducta de modo sistemático. Este procedimiento puede ser afectivo porque el acto de observación per se puede adquirir propiedades reforzantes o punitivas, por ejemplo, para un paciente diabético el percatarse de que sus niveles de glicemia están disminuyendo pueden reforzar la toma de medicamentos. Como no se ha demostrado la



efectividad de esta técnica individualmente, se le combina con otras como el auto reforzamiento y el autocastigo.

Contratos conductuales: Sirven para formalizar el programa de intervención de tal manera que el sujeto sepa que ha de hacer en cada momento y que contingencias ha de autoadministrarse.

Técnicas de control estimular

Restricción física: Esta estrategia iría encaminada a prevenir una respuesta, por ejemplo usar una mascarilla para controlar el peso evitando "picar" la comida cuando se prepara.

Eliminación de estímulos: se trata de hacer desaparecer los estímulos discriminativos elicitadores de conductas problema, por ejemplo, no tener en casa alimentos hipercalóricos, no traer monedas para no comprar autojitos.

Cambiar los estímulos discriminativos: El objetivo es que las conductas objeto de control queden solamente bajo la influencia de determinados estímulos discriminativos, es decir, se trataría de restringir el número de estímulos elicitadores de una respuesta (comer a horas fijas y en un mismo sitio, dormir siempre en la cama).

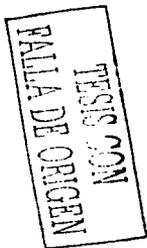
Cambiar el medio social: introducir alguna persona en el contexto en el que se da la conducta para que su presencia impida la realización de la respuesta problema, por ejemplo, comer con la esposa para evitar ingerir alimentos "chatarra".

Modificar las propias condiciones físicas o fisiológicas: El objetivo es modificar el medio interno del sujeto de tal manera que se reduzca la probabilidad de ciertas respuestas (tomar algo en casa antes de ir a una fiesta para evitar ingerir alimentos hipercalóricos).

Estas técnicas por sí solas no producen cambios estables y duraderos sino que es además necesario entrenar al sujeto en conductas y estrategias alternativas que sustituyan la conducta problema. En un primer momento cuando el paciente carece todavía de estrategias de afrontamiento, un método de control adecuado puede ser evitar los estímulos que eliciten comportamientos problemáticos.

Técnicas de programación conductual

Autorreforzamiento: Consiste de entrenar al paciente para aplicarse consecuencias de forma contingente a la conducta en vez de recibirlas de un agente externo. El único requisito es que el individuo sea libre de recompensarse en cualquier momento, se lleve a cabo o no una respuesta particular. Y para calificar como reforzamiento es que la conducta seguida por una consecuencia autoadministrada debe incrementar en frecuencia. En la mayoría de las aplicaciones de autorreforzamiento pueden delinearse dos procedimientos: el cliente debe determinar los requerimientos de respuesta para una determinada cantidad de reforzamiento, es el quien controla cuando entregar el reforzamiento y la cantidad a proporcionarse; a esta técnica se le llama reforzamiento autodeterminado. El cliente puede dar reforzamiento por lograr un criterio particular que puede estar o no autodeterminado, a este se le llama reforzamiento autoaplicado. El autorreforzamiento por lo general requiere que el cliente observe y registre su propia conducta de manera que determine si ha alcanzado el criterio, de esta forma el auto monitoreo es parte del tratamiento.



Autocastigo: El autocastigo se utiliza con poca frecuencia y cuando se pone en práctica se incorpora al autoreforzamiento, principalmente para evitar efectos colaterales indeseables.

Métodos encubiertos: Se caracterizan por utilizar la imaginación del sujeto para la representación de estímulos, respuestas y consecuencias, tanto reforzantes como aversivos. La condición indispensable para el uso de este tipo de estrategias es que el sujeto que va a ser entrenado tenga suficiente nivel de capacidad imaginativa.

Sensibilización encubierta: Consiste en que el individuo se imagine a sí mismo realizando la conducta cuya frecuencia pretende reducir y, de manera contingente, imagine algún acontecimiento aversivo que a largo plazo dicho comportamiento podría acarrear o imagine algún hecho que, aún siendo poco probable en la realidad, resulte muy aversivo para el sujeto.

Autoreforzamiento encubierto: Consiste en la imaginación de la conducta objeto de control y la autoadministración de consecuencias reforzantes también de manera imaginada.

Autoinstrucciones: Consiste en aprender a utilizar una serie de comentarios y sugerencias que controlen la realización de la tarea de tal manera que el sujeto los internalice y generalice, transformándose así en un esquema cognitivo que vaya guiando su comportamiento. Los pasos del entrenamiento autoinstruccional son los siguientes:

1. El modelo realiza la conducta, dándose las autoinstrucciones pertinentes en voz alta.
2. El sujeto realiza la conducta y el modelo le da las instrucciones en voz alta.
3. El sujeto realiza la conducta y se da las autoinstrucciones en voz alta.
4. Mientras el individuo realiza la tarea se da las autoinstrucciones en voz baja.
5. Finalmente, el sujeto realiza la tarea con autoinstrucciones encubiertas.

Los estímulos asociados con regularidad a la conducta actúan como señales e incrementan la probabilidad de que la conducta se lleve a cabo.

Entrenamiento de respuesta alternativa: El centro más común de esta técnica es el control de la ansiedad. La relajación se ha empleado de manera amplia como una respuesta que es incompatible y por tanto una alternativa para la ansiedad.

3.1.6. Pre-Alta

Una vez que se han logrado los objetivos del tratamiento se evalúa nuevamente al paciente para conocer la efectividad del tratamiento. En caso de que se requiera reforzar alguna técnica principalmente para la prevención de recaídas se implementa en el programa de tratamiento. Si la evaluación postratamiento es satisfactoria entonces se pasa a la siguiente etapa.

3.1.7. Alta

En este rubro se indica al paciente que ha completado exitosamente el tratamiento y se completa el **Reporte de Alta** (anexo 18). Además se proporciona al paciente el **Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento** (anexo 19) para obtener sus impresiones en relación al tratamiento impartido y la atención en general que recibió en el Centro. Este procedimiento es valioso para los terapeutas

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

del programa ya que es una retroalimentación del trabajo que se desempeñó y sirve como aliciente para mejorar sus habilidades clínicas. Cabe destacar que a los pacientes del programa se les indica que en caso de sufrir alguna recaída pueden recurrir a su terapeuta responsable, brindado así apoyo y seguridad a los pacientes atendidos. En la experiencia dentro del programa, realmente son muy pocos los casos que reingresan al servicio.

3.1.8. Seguimiento

Dependiendo de los tratamientos implementados se programan períodos de supervisión de los cambios emitidos por el paciente, con el objetivo de prevenir y/o intervenir en las recaídas. Se programan citas a un mes de alta del tratamiento o llamadas telefónicas que evalúan el estado del paciente mediante una corta entrevista de evaluación.

3.1.9. Baja

Cuando el paciente deja de asistir a una de las sesiones del tratamiento, el terapeuta tiene la responsabilidad de indagar vía telefónica el motivo por el cual el paciente no asistió y, en caso de que no se encuentre interesado, motivarlo para que continúe. A este procedimiento se le llama "rescate". En caso de que el paciente se ausente por tres ocasiones consecutivas, se llevan a cabo tres rescates y si el paciente no se presenta entonces se considera una baja y se requisita el **Reporte de Baja** (anexo 20) donde se indican las razones por las cuales el paciente abandonó el tratamiento. El supervisor tiene la función de identificar si hubo algún error por parte del terapeuta que contribuyera al abandono del tratamiento y brinda la retroalimentación necesaria para mejorar el desempeño del terapeuta responsable.

3.2. Docencia

Mediante el modelo de entrenamiento en cascada se pretende que los integrantes del Programa adquieran habilidades y destrezas clínicas dentro del campo cognitivo-conductual (ver figura 4).

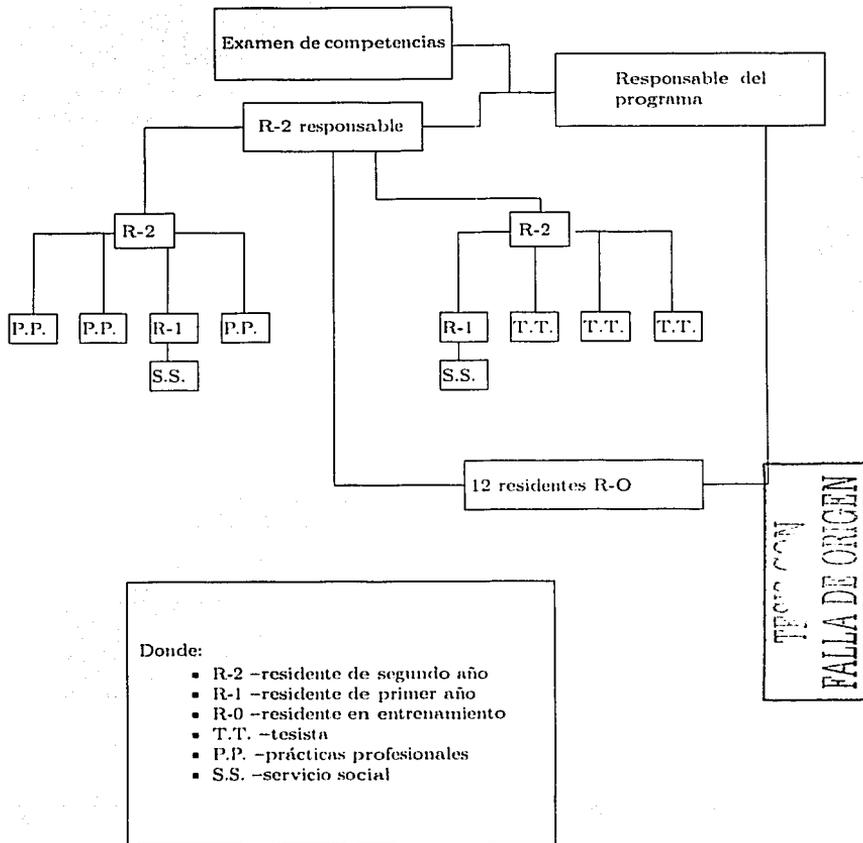
3.2.1. Entrenamiento

El entrenamiento efectivo en técnicas cognitivo-conductuales es un factor determinante en el servicio que se presta ya que permite al terapeuta ampliar las posibilidades de satisfacer las necesidades de los pacientes atendidos y dar fin a un tratamiento exitoso. Ello implica la ejecución de diferentes y complejas habilidades clínicas que requieren de programas sistematizados que faciliten esta tarea. Lloyd y Whitehead (1976) desarrollaron un programa de entrenamiento el cual primero se definieron las responsabilidades de los practicantes en pequeños componentes (Hess, 1980). Estos componentes fueron enseñados en 3 semestres. Los estudiantes eran observados en contacto con los pacientes y eran retroalimentados en función de las conductas exhibidas. Posteriormente Thoresen (1972) (Hess, 1980) utilizó las técnicas como el modelamiento, práctica guiada, retroalimentación inmediata y reforzamiento positivo.

El programa más completo (Hess, 1980) fue el realizado por Levine y Tilker (1974) en el cual se utilizaron técnicas como el modelamiento, retroalimentación

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

FIGURA 4. Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos: Modelo de Supervisión en Cascada



directa y el uso de equipo audiovisual para desarrollar un repertorio de respuestas para el entrenado y está basado en que la exposición gradual a la práctica clínica produce el mejor aprendizaje. Después del aprendizaje de los principales principios de la evaluación y terapia conductual, los estudiantes observan terapias experimentadas en interacción clínica con pacientes y entonces practican respuestas clínicas en rol playing con el supervisor. Una vez que el estudiante ha desarrollado un amplio repertorio de respuestas puede entrar a una sesión de tratamiento con el supervisor. A lo largo del tiempo el estudiante incrementa sus responsabilidades en la conducción de la terapia. Conforme el estudiante va incrementando su actividad en la terapia, el supervisor va decrementando su acción, saliendo de la sala y observando al estudiante en la cámara de Gesell.

De similar forma se proporciona el entrenamiento en el Programa (ver figura 5 y 6), en conjunto con la supervisión, que será descrita a continuación.

3.2.2. Supervisión

La supervisión es definida por Bernard and Goodyear (1992) como "una intervención que es provista por un miembro experto de una profesión a un miembro subalterno. Esta relación es evaluativa, se extiende a través del tiempo y tiene propósitos simultáneos de incrementar el funcionamiento profesional del miembro subalterno, monitoreando la calidad de los servicios profesionales ofrecidos a los clientes y sirve como vigilante de aquellos que entran a una profesión en particular" (Watkins, 1997).

Analizando cada uno de los componentes de la definición tenemos:

Relación: Algunos enfatizan la relación supervisor-supervisado como una alianza para el aprendizaje, otros la ven como la "esencia" de la supervisión, otros como el medio para la adquisición de herramientas y técnicas. Sin embargo, no cabe duda que la relación facilita el proceso de supervisión.

Evaluación: Si los supervisados reciben retroalimentación sobre sus ejecuciones, identifican sus puntos fuertes y sus puntos débiles, son informados sobre las áreas que deben desarrollar entonces la supervisión es evaluativa y es una característica que debe estar presente en cualquier programa de supervisión.

Extiende a través del tiempo: La supervisión es un proceso en el que ocurre el aprendizaje y el crecimiento. Para esto se requiere de tiempo para que los supervisados tengan la oportunidad de trabajar con diferentes pacientes, evaluar los efectos de los tratamientos impartidos. Se sugiere que la supervisión dure mínimo un año para ver resultados positivos.

Incrementa el funcionamiento profesional: La supervisión auxilia al terapeuta a ser mejor y más efectivo en relación a sus habilidades para conceptualizar los casos, llevar a cabo intervenciones y evaluaciones. Este es el objetivo principal de la supervisión.

Monitoreo de la calidad del servicio profesional: Los supervisores son los responsables reales del tratamiento que se brinda a los pacientes y una de sus funciones es estar al pendiente de la calidad del tratamiento en el proceso.

Sirviendo como vigilante: Los supervisores también tienen la función de evaluar y juzgar si un terapeuta se encuentra listo para ejercer la profesión o si requiere de mayor entrenamiento o de estar en terapia. Metafóricamente

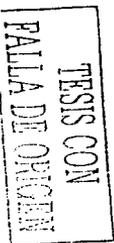


FIGURA 5. Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos: Modelo de Entrenamiento y Supervisión

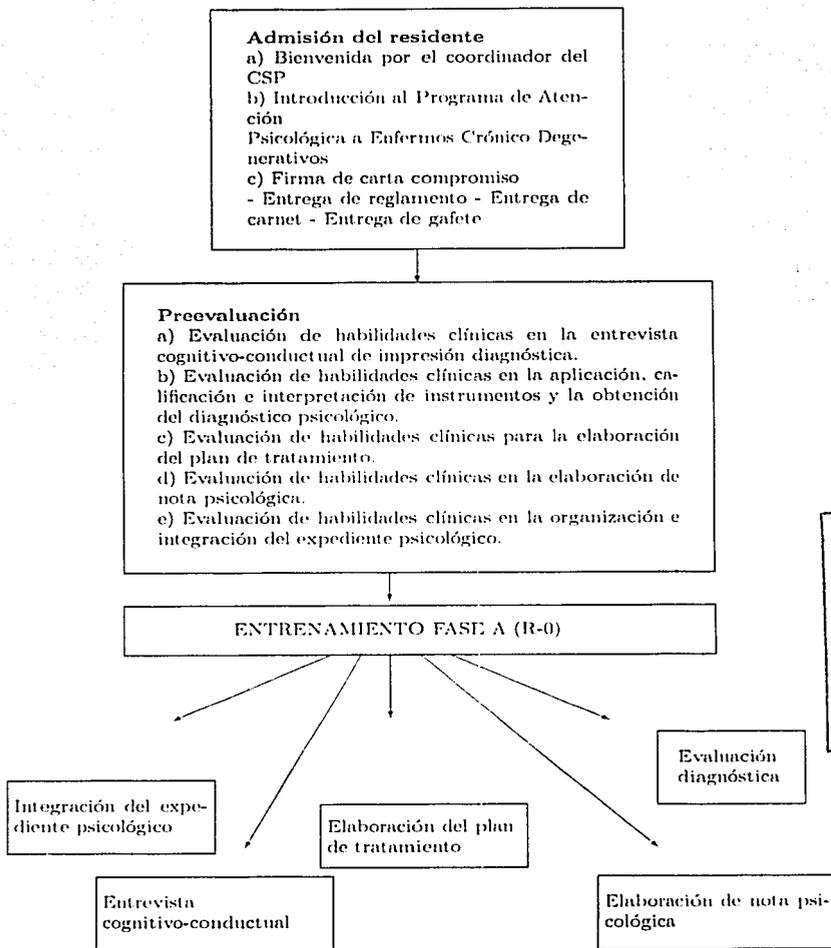
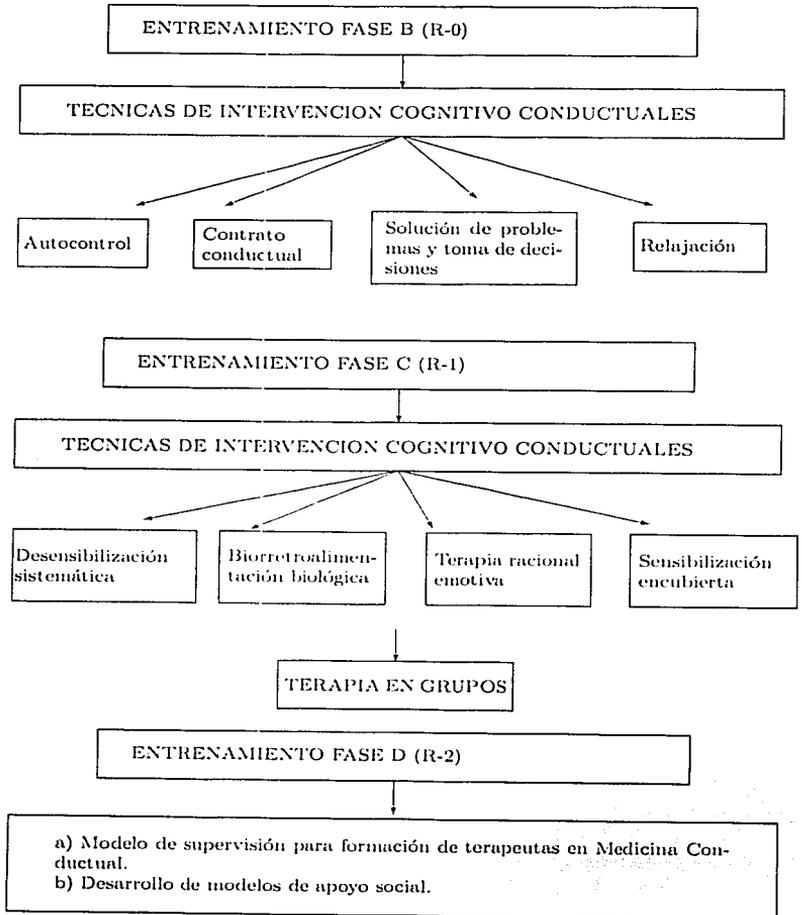


FIGURA 6. (cont. . .) Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónicos Degenerativos: Modelo de Entrenamiento y Supervisión

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



funcionan como vigilantes que aceptan o rechazan a los que deseen cruzar la puerta profesional.

Se concluye que la supervisión (Watkins, 1997) es elemento esencial en la práctica clínica porque:

- Brinda retroalimentación sobre la actuación del terapeuta en la impartición de un tratamiento
- Ofrece una guía para los momentos de confusión
- Es una oportunidad de tener un diferente punto de vista sobre el curso del tratamiento
- Estimula la curiosidad del supervisado acerca de los pacientes y los tratamientos impartidos
- Contribuye al proceso de la formación de una "identidad como terapeuta"
- Sirve como una base segura para los supervisados permitiéndoles saber que no están solos en el proceso de aprendizaje como terapeutas

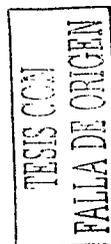
Y la supervisión asegura que:

- Los pacientes sean tratados con cuidado
- Los terapeutas no perjudicarán a los pacientes
- Los terapeutas posean las herramientas suficientes para funcionar como "terapeutas"
- Los terapeutas que no posean tales herramientas no continúen sin remedio

Cubriendo los objetivos y características mencionadas, en el Programa los supervisores siguen 10 pasos estructurados:

1. Revisar que el expediente clínico esté organizado para facilitar el manejo de la información de la supervisión.
2. Pedir al supervisado que exponga brevemente el caso con los datos relevantes (ficha de datos generales, motivo de consulta, impresión diagnóstica, instrumentos y resultados, formulación - cadena conductual del problema).
3. Pedir al supervisado que exprese sus dudas en cuanto al manejo de las técnicas y procedimientos en un problema específico.
4. Retomar los datos del caso, ordenar la secuencia y orientar al supervisado en la generación de alternativas para resolver el problema expuesto.
5. Retroalimentar al supervisado indicando aspectos técnicos de las intervenciones y señalar los aciertos y aspectos a mejorar.
6. Integrar un esquema de acción terapéutica, detallando los aspectos de técnica de intervención.
7. Realizar un ejercicio de entrenamiento y/o simulación del procedimiento, donde el supervisor funge como modelo y apoyar al supervisado para moldear las conductas que hagan efectivo dicho procedimiento.
8. Sugerir al supervisado bibliografía especializada para ampliar y mejorar el empleo de la técnica de intervención de la problemática expuesta.
9. Realizar la detección oportuna del impacto del caso clínico en la estabilidad emocional del supervisado y brindar apoyo vinculando la temática con el ejercicio profesional y la revisión de lecturas especializadas.
10. Programar la presentación del caso clínico.

Con la finalidad de desarrollar estas habilidades, en el Programa se llevan a cabo una serie de actividades académicas en cada nivel de entrenamiento, que se describirán enseguida.



3.2.3. Actividades académicas

Cabe señalar que al ingresar un nuevo miembro al Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos firma una carta en donde se estipula el reglamento que rige el comportamiento de los integrantes del equipo dentro de las instalaciones del Programa (anexo 21).

3.2.3.1. Responsable del programa

- Coordinación de actividades del programa
- Supervisión de casos clínicos a R-2
- Supervisión de actividades realizadas por R-2
- Supervisión en la elaboración de proyectos de investigación
- Supervisión de sesiones clínicas
- Supervisión de la realización del examen de competencias de R-2

3.2.3.2. Responsable de Residentes Nivel R-2

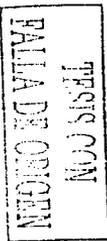
- Vínculo de comunicación con la responsable del programa
- Coordinación de actividades de R-2
- Programación de sesiones clínicas y exposición de casos
- Recepción y asignación de solicitudes canalizadas al servicio
- Supervisión de la actualización de la base de datos
- Diseño de programa de entrenamiento de R-0
- Elaboración de examen de competencias

3.2.3.3. Residente Nivel R-2

- Atención a pacientes derivados al programa en formato grupal (4 integrantes)
- Supervisión clínica de R-1, tesis y prácticas profesionales
- Entrenamiento a R-1 en técnicas cognitivo-conductuales
- Impartición de sesiones clínicas y exposición de casos
- Participación y asistencia en eventos académicos
- Elaboración y presentación de artículos de investigación
- Supervisión de casos con la responsable del programa
- Evaluación de rendimiento académico de R-1, prácticas profesionales y servicio social
- Realización de investigación en programas de intervención
- Elaboración de examen de competencias

3.2.3.4. Residente Nivel R-1

- Recepción, análisis y registro de solicitudes canalizadas al servicio
- Realización de entrevistas de primera vez
- Elaboración de impresión diagnóstica así como diagnóstico
- Impartición de tratamientos a pacientes canalizados al servicio
- Reporte de canalizaciones, altas y bajas de pacientes
- Asistencia a supervisión clínica individual
- Asistencia a sesiones de entrenamiento
- Desarrollo y aplicación de programas de prevención
- Supervisión de las actividades realizadas por co-terapeutas
- Supervisión de sesiones terapéuticas en Cámara de Gesell
- Diseño y aplicación de programa de intervención en crisis



**FALTA
PAGINA**

35

**FALTA
PAGINA**

36

FIGURA 8. Informe de Servicio

Actividades	Frecuencia	Horas
Entrevista de Exploración	75	80
Aplicación de Instrumentos	60	90
Calificación e Interpretación de Instrumentos	60	80
Elaboración de Reporte de Dx	75	40
Elaboración de Plan de Tratamiento	51	90
Sesiones terapéuticas	700	700
Orientación familiar	15	20
Canalizaciones	10	-
Rescates	10	-
Altas	50	-
Bajas	11	-
Intervención en crisis	4	4
Sesiones grupales	5	12

FIGURA 9. Supervisión

Supervisión	Frecuencia	Horas
1er. año		
Supervisión de expedientes	40	50
Supervisión clínica	46	50
2do. año		
Supervisión de expedientes	42	40
Supervisión clínica	30	35
Estudiantes supervisados	6	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

los familiares de los pacientes y se proporcionaba orientación principalmente para el manejo emocional en estos trastornos.

Los casos en los que se detectaba una necesidad inmediata de atención psicológica que no podía satisfacerse en esa sesión se sugería a los pacientes que podían acudir al Programa implementado en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología.

Por otra parte se realizaron intervenciones en comunidad, dentro de las Jornadas de Salud para personas de la Tercera Edad en el año 2002 en la delegación Coyoacán, donde se participó realizando entrevistas de orientación cuyo propósito fue canalizar a diferentes instituciones de salud para acceso a atención médica para problemas de salud física. Para este fin elaboré algunos folletos relacionados con el tema de diabetes y enfermedades crónico degenerativas (ver anexo 2S).

4. LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

4.1. Definición de Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónico degenerativa que se caracteriza por una disfunción en el páncreas para producir suficiente insulina con la finalidad de mantener el proceso normal en el metabolismo de los alimentos. Esto produce un elevado nivel de glucosa sanguínea que si se mantiene por períodos prolongados producen lesiones características en los ojos, riñones, arterias y nervios, lo que llega a incapacitar al paciente y a provocarle la muerte. Los criterios médicos que actualmente se utilizan para diagnosticar la diabetes mellitus incluyen una concentración de glucosa en sangre, en ayunas, de 126 mg/dl o más.

4.2. Tipos de diabetes

En general se acepta que existen dos tipos principales de diabetes, la tipo 1 y la tipo 2. La diabetes tipo 1 se caracteriza por ser de origen autoinmune (provocada por una reacción del cuerpo contra sus propios tejidos, en este caso, contra las células que producen insulina) y porque se presenta principalmente en niños y adultos jóvenes. Se ha estimado que constituye menos del 5% de todos los casos de diabetes en el país.

La diabetes tipo 2 es un desorden metabólico que se produce por la incapacidad del cuerpo para producir suficiente insulina o para usarla adecuadamente y es por mucho la forma más común de esta enfermedad, ya que representa de 90 a 95% de los casos de diabetes en México.

4.3. Causas de la Diabetes Mellitus tipo 2

Los factores genéticos son de mayor peso que los ambientales en la aparición de este trastorno y la tendencia familiar llega a ser del 60 al 90%. Sin embargo, esta predisposición por sí sola no es suficiente pues se requieren otros factores que desencadenen la enfermedad. Los más frecuentes son la edad, los embarazos continuos, la obesidad, la elevación crónica de hormonas antagónicas a la insulina o el empleo de ciertos medicamentos.

Estos factores de riesgo por un período variable que va de semanas a años originan hiperglucemia moderada que no llega a producir síntomas. Sin embargo, la presencia de un factor precipitante como las infecciones, con mayor frecuencia u otro tipo de estrés hará que la hiperglucemia aumente, lo que producirá síntomas muy notorios. Esta forma de presentación ondulante provoca que el paciente no tome en serio la enfermedad y se presta a que personas que no están capacitadas para tratarlos en apariencia "curen" este padecimiento.

Dado que la diabetes mellitus afecta de manera sistémica al organismo, existen una serie de complicaciones asociadas al descuido de los niveles de glucosa en sangre

TESIS CON
 FALLA DE CROQUIS

que se dividen en **agudas** (que requieren de atención inmediata) y **crónicas** (daño permanente a órganos debido a descuido prolongado).

4.4. Complicaciones agudas

4.4.1. Hiperglucemia

Los síntomas de la diabetes mellitus dependen de los niveles de glucosa en la sangre. Cuando las células del organismo no utilizan la glucosa, aumenta el número de moléculas de este azúcar en los vasos sanguíneos, presentándose hiperglucemia.

Las causas son:

- No se ha seguido la dieta baja en carbohidratos
- No de han ingerido los medicamentos prescritos
- Constantes infecciones o fiebre
- Déficit en el manejo del estrés

La elevación de las moléculas de glucosa provoca, por el fenómeno de la osmosis, (el paso de agua de un compartimento en el que hay menor concentración de sustancias disueltas a otro en el que hay mayor concentración) que el agua proveniente de los espacios circundantes (los que se hallan entre los capilares sanguíneos y las células) entre en la sangre. Por desgracia, la salida de agua de los espacios circundantes provoca, a su vez, una salida compensatoria de parte de ese líquido, pero ahora del que está en el interior de las células, de los tejidos cercanos y esa compensación causa en última instancia la deshidratación celular.

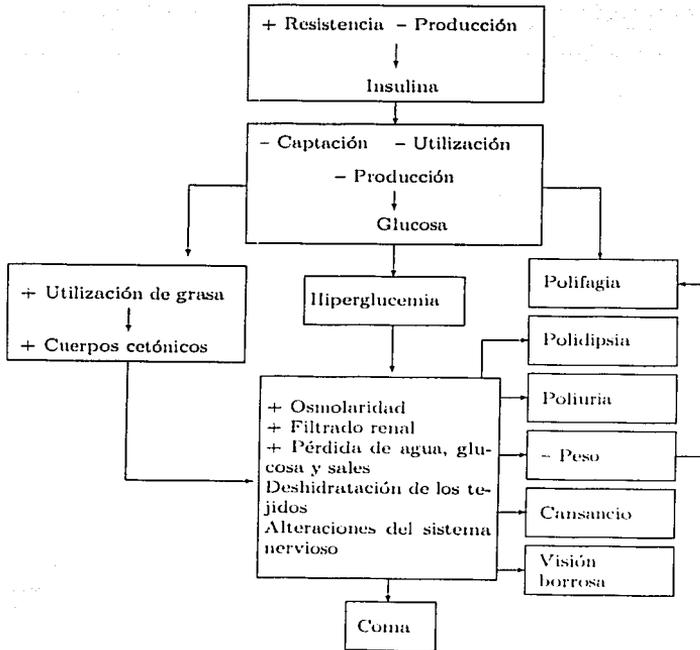
Como consecuencia del incremento de volumen dentro de los vasos sanguíneos provocado por los movimientos de agua señalados, la presión arterial aumenta y fuerza a los riñones encargados de producir la orina, a filtrar más agua y más glucosa. Normalmente el riñón reabsorbe la glucosa que logra filtrarse de la sangre a la orina. Pero cuando la concentración de glucosa en la sangre aumenta, llega a rebasarse la capacidad del riñón para reabsorber hacia la sangre la glucosa que se filtra. Esta glucosa residual dentro de los túbulos renales hace que el agua de los espacios que están fuera de los túbulos fluya hacia su interior y finalmente se elimine junto con la glucosa, provocando en la persona infectada aumento en el número y en el volumen de sus micciones así como la presencia de glucosa en orina.

La pérdida de agua provocada por la hiperglucemia estimula el centro de la sed en el cerebro, haciendo que la persona aumente la cantidad de agua que bebe y la frecuencia en que lo hace. No obstante, el paciente sigue deshidratado pues las pérdidas de líquidos sobrepasan las cantidades que consume. Por otro lado, la deficiente utilización de glucosa en algunas regiones del cerebro, como el llunado núcleo ventromediano del hipotálamo, despierta el apetito del paciente que se ve impelido a incrementar la cantidad y frecuencia de sus comidas.

A pesar de la mayor ingestión de alimentos, el paciente experimenta pérdida de peso como consecuencia de la pérdida de glucosa por la orina (que puede equivaler a la cantidad de 500 a 1500 calorías o más por día) y al uso de sus grasas corporales como fuente alterna de energía. Además esta pérdida de calorías sumada a los cambios en la concentración de sales (electrolitos) provoca estado de cansancio y fatiga. Finalmente la deshidratación de los tejidos, particularmente del cristalino, el lente del ojo, provoca que el paciente experimente visión borrosa a la distancia y mejore su visión cercana.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

FIGURA 10. Hiperglucemia



Cuando la hiperglucemia es muy elevada, la deshidratación, la pérdida de electrolitos, la aparición en la sangre de ciertas sustancias ácidas llamadas cuerpos cetónicos, derivadas de la utilización de la grasa corporal como fuente de energía, alteran las funciones del sistema nervioso y llegan a producir somnolencia, estupor y coma (ver figura 10).

4.4.2. Hipoglucemia

Es la complicación más frecuente del tratamiento farmacológico de la diabetes, caracterizada por el descenso de la glucemia por debajo de los valores normales, arbitrariamente la podemos definir como la obtención de cifras de glucemia por debajo de 60 mg/dl.

Podemos clasificarla como:

- Hipoglucemia severa: la que ocasiona coma, convulsiones o alteraciones neurológicas que impiden que el paciente pueda autotratarse, precisando ayuda de otra persona.
- Hipoglucemia moderada: existe evidente alteración de la función motora, confusión o conducta inadecuada, pero está lo suficientemente alerta para el autotratamiento.
- Hipoglucemia leve: el paciente siente necesidad de tomar alimento, sin presentar afectación neurológica.

Las causas más frecuentes:

- Exceso de insulina o hipoglucemiantes orales
- Retraso en la ingesta de alimentos o consumo inadecuado
- Ejercicio intenso o prolongado
- Consumo de alcohol

La hipoglucemia se manifiesta por diferentes síntomas o signos: ansiedad, inquietud, irritabilidad, palpitaciones, taquicardia, palidez, debilidad, temblor, hambre, sudoración abundante, cefalea, lentitud, dificultad para hablar, visión borrosa, visión doble, somnolencia, confusión mental, comportamiento anormal, delirio, episodios de psicosis, convulsiones.

Complicaciones de la hipoglucemia:

- Síndrome de hiperglucemia post-hipoglucemia (efecto Somogyi).
- Precipitación de accidentes cardiovasculares agudos (infarto de miocardio, isquemia periférica) o cerebrovasculares.
- Aparición de hemorragias retinianas en pacientes con retinopatía previa.
- Encefalopatía hipoglucémica o daño permanente de la corteza cerebral por episodios repetidos de hipoglucemias severas.

4.4.3. Cetoacidosis diabética

Es una complicación metabólica aguda típica de la DM1, aunque también la podemos encontrar en la DM2 en situaciones de estrés, debido a que se utiliza la descomposición de las grasas como combustible para el organismo.

Se caracteriza por hiperglucemia (generalmente mayor a 300 mg/dl), cuerpos cetónicos elevados en plasma, acidosis metabólica, glucosuria, cetonuria.

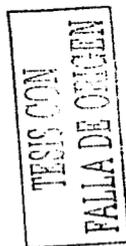
Se manifiesta con anorexia, náuseas, vómitos, orinar con frecuencia, sed intensa, dolor abdominal, con pérdida progresiva de sensaciones hasta llegar incluso al coma.

4.4.4. Descompensación hiperglucémica hiperosmolar no cetónica

Es la complicación metabólica aguda más frecuente en los pacientes con DM2, en especial por encima de los 65 años, presentándose en el 50 % de los casos sin una historia previamente conocida de diabetes. Condiciona una mortalidad superior a la de la cetoacidosis diabética.

Se caracteriza por hiperglucemia generalmente superior a 600 mg/dl y ausencia de cuerpos cetónicos, acompañándose de depresión sensorial y signos neurológicos variables.

Suele aparecer de forma insidiosa, en el curso de días, con los síntomas ya expuestos para la hiperglucemia y con frecuencia se asemeja a un accidente cerebrovascular. Las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse son las trombóticas.



4.5. Complicaciones crónicas

La elevación de la glucosa sanguínea que caracteriza al estado diabético es el factor más importante detrás de cada uno de los mecanismos a que se atribuyen las complicaciones crónicas de la diabetes. A continuación se hará una descripción detallada de los mecanismos que intervienen en las complicaciones de esta enfermedad (Guillen, 2002). Los altos niveles de glucosa favorecen un proceso a través del cual la glucosa se une espontáneamente a las proteínas que están en ellos y en los tejidos que bañan (la llamada glucosilación no enzimática de las proteínas). Dicha glucosilación altera la forma y la función de las proteínas que son glucosiladas y es responsable de las alteraciones que se observan tardíamente en el riñón, la retina, los nervios y otros órganos. Por ello la medición de la hemoglobina glucosilada es un parámetro valioso pues permite inferir el grado de glucosilación de otras proteínas corporales y predecir la aparición de complicaciones crónicas.

Por otro lado, el incremento del volumen sanguíneo provocado por el incremento de la glucosa sanguínea contribuye de manera importante a que se aumente la presión sanguínea. La frecuencia de hipertensión arterial en diabéticos es dos veces mayor que en la población no diabética. Factores adicionales determinados por la hiperglucemia como la retención de sodio provocada por alteraciones en el riñón así como la activación del sistema nervioso simpático que al contraer las arteriolas de pequeño calibre aumenta la resistencia al paso de la sangre, también influyen en el origen de la hipertensión arterial que se observa en los diabéticos.

Aparte de la glucosilación de las proteínas, el incremento de la concentración de glucosa en la sangre favorece que entre mayor cantidad de glucosa en ciertos tejidos que no requieren insulina para su transporte. Ello favorece la formación de sustancias tóxicas en estos tejidos, como el sorbitol (el alcohol de la glucosa). Tales sustancias tóxicas alteran la función de sus células llegando incluso a provocarles la muerte.

Cabe señalar que el pie diabético aparece cuando se conjuntan la neuropatía, la aterosclerosis y la inmunosupresión adquirida. La neuropatía sensitiva provoca falta de sensibilidad que favorece la aparición de úlceras inducidas por traumatismos y quemaduras los cuales no son percibidos inmediatamente por el paciente. Tales úlceras, generalmente infectadas como resultado de la inmunodeficiencia que experimenta el diabético son difíciles de curar dada la deficiente circulación que la arterioesclerosis causa en las extremidades inferiores. En consecuencia, dichas lesiones se perpetúan y provocan, en etapas más avanzadas, la aparición de la gangrena húmeda que en muchos casos obliga a la amputación del miembro afectado.

4.6. La diabetes en México

En un reporte (Hernández y Olafé, 2002) se señala que la frecuencia de diabetes mellitus en la población mexicana ha aumentado más de 30 veces durante los recientes 50 años. Como causa de muerte fue la novena en importancia en 1980 y actualmente es la primer causa de muerte en nuestro país. Representa la principal demanda de atención médica y una de las causas más importantes de hospitalización en México. Existen 39 defunciones diarias en el IMSS asociadas a este padecimiento y los costos relacionados directamente con el tratamiento de la diabetes así como las incapacidades que ocasiona superan los 4 mil millones de pesos anuales. Sumando

FALLA DE ORIGEN
TIPO COM

a esto los costos que origina en el sector privado y en la población no asegurada, los costos podrían ser de 10 mil millones de pesos anuales.

Datos recientes de la Encuesta Nacional de Salud 2000 indican que existen 3.6 millones de mexicanos mayores de 20 años con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Con los datos señalados se estima que el 8.2% de la población mayor de 20 años padece esta enfermedad. Además predicen que en los próximos años esta cifra aumentará como consecuencia de la acción combinada de varios factores: el incremento en la esperanza de vida y el envejecimiento de la población mexicana y por otro lado la alta predisposición genética de la población mexicana. A estos factores se le suman los efectos del sobrepeso y de la inactividad física, ya que, de manera independiente ambos factores aumentan la posibilidad de que una persona desarrolle este padecimiento en alguna etapa de su vida.

En relación a las complicaciones crónicas de la diabetes las cifras son alarmantes, iniciando porque el porcentaje de apego al tratamiento médico es del 33%. De cada 100 diabéticos en México 14 desarrollan padecimientos del sistema nervioso, de 7 a 10 pie diabético, que en 30% de los casos puede terminar en amputación, y el 22% desarrollará retinopatía en un lapso de 4 años de los cuales el 2 a 5% desarrollan ceguera. Los infartos son de 2 a 4 veces más frecuentes en los diabéticos. En 1995, 28 mil personas con diabetes desarrollaron enfermedad renal terminal. En 1995, 99 mil personas con diabetes se sometieron a diálisis o trasplante de riñones.

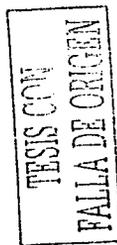
4.7. Aspectos psicológicos de la diabetes

Un diagnóstico de diabetes tiene implicaciones para el funcionamiento social y psicológico de los pacientes y requiere de tenacidad para dedicar tiempo y energía para el autocontrol de la enfermedad. El éxito con el cual los pacientes pueden integrar esto en su estilo de vida se fundamenta en la forma en que relacionen eventos específicos de la diabetes con las creencias pre-existentes, pensamientos, sentimientos y conductas. Además la diabetes es asociada frecuentemente con la existencia de trastornos psicológicos que desafortunadamente pueden obstaculizar la habilidad de los pacientes para adaptarse a un autocontrol óptimo provocando que se encuentre dentro de un círculo vicioso.

Esto que puede complicarse aún más por las reacciones psicológicas no adecuadas al experimentar los síntomas de la diabetes misma. Esta influencia bidireccional donde la diabetes influye la salud psicológica y ésta influye en la habilidad para hacer frente a las demandas de autocontrol.

Por muchos años la filosofía en el cuidado de la diabetes fue que los pacientes modificaran sus vidas para cumplir con las demandas y necesidades de su enfermedad. En los años recientes esto se ha modificado, ahora se habilita al paciente para adaptar la diabetes a su vida. La mayoría de las estrategias de intervención promueve el autocontrol de la enfermedad y minimiza los problemas psicológicos que son resultado de la enfermedad.

El diagnóstico de diabetes obliga a los pacientes a tener que aceptar la necesidad de un cambio en su estilo de vida y el alto riesgo de presentar posteriormente complicaciones físicas. Los pacientes tienen que vivir con la idea de que el riesgo de desarrollar esas complicaciones está directamente relacionado con el éxito de integrar los cambios en su nuevo estilo de vida con el estilo de vida premórbido.



Se revisó un meta-análisis (Gonder L *et al.* 2002) de las investigaciones realizadas en 10 años y que sirve de base al presente trabajo para señalar a detalle los principales descubrimientos de la medicina conductual para el tratamiento de esta enfermedad. Además se ha demostrado que el mantener los niveles de glucosa rigurosamente controlados puede retardar o prevenir el desarrollo de las complicaciones crónicas.

Como ya se mencionó, la diabetes depende de un proceso complejo de autorregulación conductual, por lo tanto las habilidades de los pacientes para cumplir con o adherirse a los regímenes han sido objeto de estudio. Sin embargo, los estudios han demostrado que la diabetes es pobremente explicada por modelos simplistas de adherencia (Glasgow y Eakin, 1998). Un constructo global de adherencia es también engañoso porque existe una variabilidad considerable en el nivel individual de autocuidado a través de los diferentes aspectos del régimen y del tiempo.

La toma de decisiones es parte integral del manejo de la diabetes y los pacientes frecuentemente confrontan situaciones con respuestas múltiples y no una sola solución. Por esas razones se han propuesto (Feste y Anderson, 1995) modelos de manejo de diabetes, educación y consejo que están basados en un fortalecimiento. En contraste, como ya se resaltó, con modelos tradicionales de adherencia que exhortan y ejercen presión para seguir las recomendaciones, los objetivos del fortalecimiento son proveer a los individuos de herramientas y recursos que se necesitan para elaborar y ejecutar elecciones personales basadas en la información sobre su autocuidado. Para proveer a los pacientes de esas herramientas críticas y recursos los cuidadores primero se deben entender los factores que facilitan o interfieren con el autotratamiento. Estos factores pueden pertenecer a 3 áreas: cognitiva, emocional y conductual.

4.8. Area cognitiva

Las primeras investigaciones de los factores psicológicos que intervienen en el manejo de la diabetes fueron guiadas por modelos de creencias en salud y teorías socio-cognitivas. Los estudios demostraron que las creencias de salud y autoeficacia predecían el autocuidado a través de un alto rango de conductas que tenían efectos indirectos en los resultados clínicos (Robiner y Keel, 1997). Sin embargo, el impacto de las creencias de salud puede variar en función de la etapa de desarrollo. Por ejemplo, para los adolescentes es más importante las consecuencias inmediatas de la enfermedad (nivel glicémico) que las consecuencias a largo plazo (complicaciones crónicas). Existe una fuerte relación entre creencias individuales de salud altas, llamadas modelos personales de enfermedad y autocontrol (Hampson, Glasgow y Strycker, 2000).

Las ideas irracionales sobre la salud caracterizadas por distorsiones cognitivas (por ejemplo, minimización de riesgo personal) también pueden estar asociadas con un pobre control metabólico (Christenson, Moran y Wiebe, 1999).

Los pensamientos automáticos relacionados con los temas de aceptación y no aceptación de la diabetes, el opino de la enfermedad y opiniones de las recomendaciones médicas se relacionan con problemas emocionales y conductuales. Los pacientes pueden encontrar difícil de aceptar que la administración exógena de insulina no resuelve o previene los problemas relacionados con la diabetes. Los pensamientos de aceptación frecuentemente se relacionan con enojo o frustración, pero puede ser que no se expresen directamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

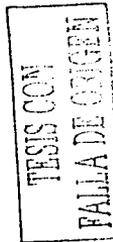
Se destaca como los pacientes tienen pensamientos que, a pesar de no relacionar-se con la diabetes, son idénticos a los temas predominantes en su forma de pensar acerca de la diabetes. En ocasiones los pacientes pueden llegar a incurrir en una serie de comportamientos no saludables como el comer o beber alcohol, sin poder identificar que fue lo que le condujo a determinada situación. Por ejemplo, cuando acude a un restaurante e ingiere alimentos no adecuados pero que el paciente describe "que solo sucedió". Es cuando podemos percatarnos que el concepto de "agradable" tiene que ver con estas conductas.

¿Podría deberse a las creencias que los pacientes no tienen otros placeres? ¿Se deriva de un mal estado de ánimo? Los sentimientos negativos o los problemas situacionales que se vinculan a este tipo de conductas "agradables" necesitan ser definidos de acuerdo a los principios del reforzamiento negativo. Los pacientes inicialmente pueden describir esas ocurrencias como inexplicables o sin razón aparente. Pero revisando más a detalle podremos encontrar pensamientos como "Si tuve un mal día, yo merezco esto" que se puedan modificar para incrementar las respuestas para un autocuidado óptimo de la diabetes. Los problemas en el autocontrol usualmente se relacionan con pensamientos que minimizan la importancia del autocontrol o acentúan los aspectos negativos de esta. Ocasionalmente habrá pensamientos no relacionados con la diabetes que comprometan la habilidad para implementar el autocontrol.

Las restricciones en la dieta pueden incrementar los problemas psicológicos en virtud del esquema que manejan los pacientes, ya que se presentan pensamientos distorsionados de maximización de las limitantes que impone esta enfermedad provocando que el paciente se sienta abrumado y que el panorama de su futuro sea incierto. Los pacientes frecuentemente tienen creencias sobre la dieta que se basan en experiencias de pacientes que ya tienen años con la enfermedad y que se relacionan con la vida de un diabético tal como "Nunca volveré a disfrutar de mi comida como antes lo hacía". La dieta premórbida y los pensamientos de los pacientes sobre los cambios en su dieta, asociados al diagnóstico son importantes y su reestructuración deben formar parte de los tratamientos.

Otros tendrán como característica un locus de control externo lo que predispondrá al paciente a esperar más del equipo médico y no tanto de los esfuerzos que él realice. Este hecho también podrá apreciarse en pensamientos como "Si yo creo en los médicos, entonces no debería haber problemas con la diabetes". En ocasiones el equipo médico puede tender a tomar a crédito los éxitos y atribuir las fallas a los pacientes. Esto en ocasiones causa problemas a los pacientes que son sensibles a la crítica y esto debe incluirse en la formulación del caso. La vulnerabilidad percibida en el paciente se deriva de esquemas perfeccionistas, fatalistas, pesimistas u optimistas preexistentes a la enfermedad y que modulan el impacto de las demandas de manejo.

En algunos casos es posible identificar problemas con la adherencia debido a creencias de poca autoeficacia. Los eventos vitales y otros problemas no relacionados con la diabetes que denoten estas creencias pueden incorporarse en la formulación del caso. El locus de control de algunos pacientes puede tener un impacto en más de un elemento de ajuste a la diabetes y puede inclinar decisiones sobre el método preferido para administrar insulina, respuestas para modificar el grado de ejercicio y/o alimentación y reacciones a problemas agudos y crónicos. Cualquier complicación durante el manejo de la enfermedad debe ser incluida en la formulación del caso, particularmente en referencia de como estas han influenciado creencias intermedias



sobre la diabetes, por ejemplo, "No tienen caso mis intentos de manejar la diabetes, ya que aún así tengo complicaciones".

4.9. Área emocional

Los episodios de tristeza o depresión son mediados por la preocupación de las pérdidas asociadas con el diagnóstico de diabetes y el impacto en el estilo de vida del paciente (por ejemplo, dejar el placer de comer dulces). La presencia de depresión clínica, la cual ocurre en un 20% de los pacientes interfiere con un adecuado autocontrol y control glucémico (Christenson, Moran y Wiebe, 1999). Sin embargo, la fuerte relación entre hiperglucemia y depresión fue confirmada aunque los mecanismos aún no son muy claros (Lustman *et al.* 2000). Los síntomas depresivos tal como la motivación y energía reducida pueden claramente tener un impacto negativo en el automanejo pero la presencia de hiperglucemia crónica y el miedo a las complicaciones pueden fácilmente desencadenar sentimientos de incapacidad y desesperanza. Hay también evidencia de que la depresión tiende a preceder la aparición de la diabetes. El tratamiento con fármacos o la terapia mejoran a la vez los síntomas depresivos y el control de la diabetes (Lustman *et al.* 2000).

No se han profundizado estudios del impacto que tienen los trastornos de ansiedad en el autocontrol, sin embargo, se encuentra asociada en pacientes con un pobre control metabólico ya que probablemente puede interrumpir la habilidad del paciente para manejar las conductas de autocuidado. Por lo tanto, los contribuyentes cognitivos de la ansiedad usualmente se relacionan a una percepción de incapacidad para hacer frente a situaciones adversas y que paradójicamente resulta en problemas de autocontrol que refuerzan la percepción de una pobre capacidad.

Un estudio reciente reveló que los pacientes puntuaban síntomas de depresión y ansiedad en rangos similares. Esto sugiere que el impacto de la ansiedad merece de una mayor atención científica. La posibilidad de que las respuestas neurohormonales a la ansiedad, en primer lugar de la activación simpática, puede tener un efecto directo en el control de la diabetes. Un estudio utilizó medicación ansiolítica que mejoró los niveles de hemoglobina glucosilada en pacientes con y sin trastornos de ansiedad. Cabe destacar que la ansiedad puede tener efectos en el autocuidado de la diabetes. Por ejemplo, se encontró que los pacientes con frecuencia atribuir por error síntomas de hipoglucemia con síntomas de ansiedad, por lo que pueden llevar un tratamiento innecesario (Wiebe *et al.* 1994).

También intervienen los niveles de activación fisiológica derivada de estados emocionales negativos en el autocuidado pero la naturaleza precisa de sus efectos aún no se ha identificado plenamente. El grado en que afecta la activación fisiológica en el control glucémico a través de mecanismos neuroendocrinos (por ejemplo, niveles de epinefrina) o por deficiente automanejo de la diabetes aún no es claro y la suposición de que el manejo de la diabetes se deteriora cuando la activación fisiológica se incrementa ha recibido solo un soporte esporádico (Stenstrom *et al.* 1993).

Por lo tanto, es importante definir los enlaces entre los estados de ánimo negativos y el control glucémico (por las influencias fisiológicas del estado de alerta, que es uno de los componentes de los estados de ansiedad, pánico, frustración y enojo).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.10. Area conductual

El control de la diabetes exige al paciente la ejecución de un número importante de conductas, las cuales quedarían dentro de lo que se denomina adherencia al tratamiento médico que en este padecimiento consiste de:

- Automonitoreo de glicemia: obtención de nivel glicémico cuando:
 - Existen síntomas asociados a una posible hipo o hiperglucemia;
 - Cuando se inicia un nuevo tratamiento médico-farmacológico.
- Toma de medicamentos: ingerir los fármacos indicados por el médico.
- Visitas regulares al servicio médico: asistir a las citas cuando son indicadas por el médico.
- Dieta adecuada: ingerir alimentos bajos en carbohidratos
- Ejercicio físico: ejecución de movimientos corporales para mantener niveles de glicemia estables

El que el paciente realice estas conductas depende de la información que tiene sobre su padecimiento y del conocimiento que tiene para llevarlas a cabo. Como vimos en los datos demográficos, solo el 33% de los diabéticos mexicanos llevan a cabo tales conductas de autocuidado que se deben en gran medida a una falta de conocimiento científico sobre su padecimiento y la abundancia de ideas irracionales o mitos sobre el mismo.

Cabe destacar que algunos aspectos del tratamiento de la diabetes como el cambio de hábitos alimenticios y actividad física son más difíciles de seguir por los pacientes que otros como el tomar medicamentos o insulina.

Además pueden existir otro tipo de complicaciones para presentar las conductas de autocuidado. Por ejemplo, en el caso de la hipoglucemia, los pacientes en ocasiones perciben los síntomas pero no actúan en función de estos y otros difícilmente logran distinguir los síntomas característicos de este estado o los relacionan a otros factores. O un déficit en habilidades para la organización de actividades pudiera estar afectando esta área.

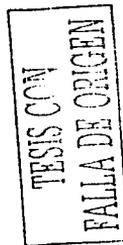
4.10.1. Relaciones interpersonales

Las interacciones con otras personas pueden ser influenciadas por pensamientos sobre ser controlado o criticado y puede causar problemas en una amplia variedad de situaciones, que pueden ser formuladas sobre bases individuales. Esto puede ligarse a pensamientos acerca de como otros son involucrados en el impacto de la diabetes en sus vidas.

Algunas personas significativas pueden frustrarse por las fallas de los pacientes para adherirse a las recomendaciones de autotrol. Estos pueden incluir los profesionales de la salud y familiares.

Los comentarios de otras personas influyen en la percepción de los pacientes sobre la enfermedad. Por otra parte, una relación disfuncional con miembros de la familia puede provocar descuidos intencionales tal como el manipular sus dosis de insulina para encontrarse en situaciones indeseables relacionadas con niveles de glucosa.

O bien, el paciente puede verse expuesto a una serie de situaciones familiares en que se encuentran asociados hábitos alimenticios inadecuados que resultan ser un obstáculo para que el paciente siga su dieta. Por ejemplo, las reuniones familiares



en muchas ocasiones son un peligro para el diabético, ya que fácilmente llegan a consumir alimentos altos en carbohidratos porque "nomás es tantito". Así que es recomendable que el apoyo familiar pueda orientarse adecuadamente para que efectivamente sea un apoyo y no un obstáculo para la adherencia médica del paciente diabético.

4.11. Resultados de Intervenciones Psicológicas

Como ya se mencionó anteriormente, los estudios realizados en la década pasada se han enfocado principalmente a proveer de herramientas de afrontamiento a los pacientes con DM2, principalmente en el manejo de la ansiedad y conductas de autocuidado, mejorando el autocuidado y el control glicémico. A pesar de haber obtenido buenos resultados en estos aspectos, el impacto a largo plazo del entrenamiento en habilidades de afrontamiento dentro del estilo de vida tales como la dieta y el ejercicio parece ser pobre (Rubin *et al.* 1991).

Las terapias conductuales que incluyen objetivos, contratos, reforzamiento y que se centran en conductas específicas de autocuidado tales como el automonitoreo de glucosa o cuidados del pie son asociados con mejoras en el manejo de la diabetes a largo plazo (Litzelman *et al.* 1993). Estudios más recientes se han enfocado en adaptar la terapia cognitivo conductual para poblaciones diabéticas, obteniéndose muy buenos resultados para el manejo de la depresión (Lustman *et al.* 2000). Y en los Países Bajos se han aplicado estas técnicas de forma grupal para objetivos específicos (como la ansiedad relacionada con las complicaciones de la enfermedad y problemas de relaciones interpersonales) y creencias sobre la diabetes que son barreras para el autocuidado y para la calidad de vida. Los datos han demostrado un decremento en el estrés relacionado con la enfermedad mejorando el bienestar subjetivo y el control metabólico (Van de Ven *et al.* 2000).

Una crítica frecuente a la investigación de intervenciones es el uso de muestras pequeñas de lugares específicos. Una excepción es el BGAT (blood glucose awareness training) que incorpora estrategias cognitivo/conductuales para mejorar el autotratamiento y la toma de decisiones en adultos con DM1. Tiene como objetivos conductas específicas de autorregulación como es el reconocimiento de síntomas de glicemia elevada y la identificación de los factores que contribuyen a la irregularidad de la glicemia. Su eficacia ha sido demostrada en series de estudios conducidos en múltiples sitios de los Estados Unidos y Europa. Los beneficios de este programa, que son a largo plazo, incluyen la mejoría del estatus psicosocial, mejores habilidades para reconocer los síntomas de niveles de glicemia, una reducción de episodios de hipo e hiperglucemia y menos accidentes de tránsito (Cox, *et al.* 2001).

Las investigaciones en relación a las intervenciones en DM2 se han enfocado principalmente en crear programas de pérdida de peso. Estos han resultado exitosos para la pérdida de peso a corto plazo, sin embargo los esfuerzos para mantener esos efectos no han sido satisfactorios. Una estrategia que parece ser útil en la pérdida de peso a largo plazo es el uso de dietas periódicas de muy bajas calorías (Williams *et al.* 1998). Los programas que integran intervenciones conductuales y farmacológicas pueden resultar útiles (aunque queda aún mucho por investigar) además del rol del ejercicio en el mantenimiento de peso. Existe un interés por añadir algunas técnicas psicológicas como la entrevista motivacional, sin embargo esto no ha mejorado los resultados a largo plazo en cuanto a pérdida de peso se refiere (Smith *et al.*, 1997).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En un meta-análisis realizado por (Norris *et al.* 2001) se revisaron 74 estudios y se encontró que la mayoría utilizaron técnicas psico-conductuales no sistematizadas y que la interacción con los pacientes era muy reducida. Sin embargo, existe amplia evidencia que el entrenamiento en automanejo tiene mayores beneficios en los resultados de los tratamientos y en áreas específicas como cambios en la dieta, automonitoreo y control metabólico. Además, las intervenciones que presentaron una mayor interacción y colaboración con el paciente fueron más efectivas.

Otra técnica que se ha utilizado para el control de la DM2 es el entrenamiento en relajación, que ha resultado ser una buena opción para el control de la glicemia asociada a trastornos de ansiedad, ya que se han encontrado evidencias de que las personas con DM2 que responden rápidamente al estrés con activación del sistema simpático tienen niveles de glicemia más altos (Feinglos M *et al.* 1987). Sin embargo, actualmente no se ha tenido más interés en desarrollar intervenciones a gran escala sobre la relación entre la regulación del estrés y de la DM2.

5. PROGRAMA DE CONTROL DE GLICEMIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

5.1. Evaluación

Algunos autores (White, 2001) sugieren que para la evaluación se tome en cuenta:

- el impacto psicológico del diagnóstico
- aspectos cognitivo conductuales del automanejo
- la interacción de pre o co-existencia de factores psicológicos y sociales con el cuidado de la diabetes.

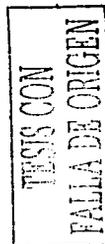
La evaluación del impacto psicológico de la diabetes puede estar estructurada en función de la cronología de la enfermedad y de la revisión de los eventos pasados, involucrando al paciente en la habilidad para recordar detalles históricos. Esto requerirá que el terapeuta elabore resúmenes con frecuencia. Cuando los pacientes padecen de diabetes por varios años pueden dar prioridad a las experiencias críticas en relación a la diabetes o eventos personalmente significativos en el curso de su vida con diabetes.

La evaluación de este aspecto es crucial y provee información sobre la relación de ocurrencia de estos eventos con el desarrollo o activación de creencias sobre la diabetes y su manejo (esencial en la construcción de la formulación de un caso). Para algunos, esos episodios serán incidentes críticos que han mediado el desarrollo de problemas psicológicos.

Una revisión de la historia de la enfermedad capacita al paciente y al terapeuta para entender los eventos principales y como se relacionan con aspectos cognitivos y conductuales de la vida con diabetes. Estos pueden incluir admisiones al hospital por complicaciones o un pobre control de la glicemia. Cuando los pacientes con una larga historia de diabetes son referidos, las evaluaciones deben centrarse en el por qué los problemas psicológicos se han desarrollado recientemente y no antes.

Con el fin de obtener información lo más organizada posible se elaboró un formato de **Entrevista Inicial para pacientes diabéticos** (anexo 22) para facilitar el manejo de los datos proporcionados por el paciente.

El programa se basa fundamentalmente en el modelo de autorregulación en las enfermedades crónicas, en un modelo de educación para la salud y en la entrevista



motivacional, que, dadas las características de la enfermedad, se requiere de conocimiento, autocontrol y motivación para mantener los cambios implementados en el estilo de vida. Se describirán en breve las características de estas tres herramientas.

5.2. Modelo de autorregulación en las enfermedades crónico-degenerativas

La autorregulación puede definirse como una secuencia de acciones y/o procesos dirigidos intencionalmente para alcanzar una meta personal. En otras palabras, la autorregulación consiste de los esfuerzos individuales para controlar su propia conducta a través del tiempo y diferentes contextos para lograr metas autoelegidas. Creer (2000) señala que un modelo de autorregulación en las enfermedades crónicas se compone de 5 elementos que son:

5.2.1. Selección de objetivos

Existen dos funciones preparatorias necesarias en la selección de objetivos: los sujetos deben adquirir conocimientos de su enfermedad crónica y como manejarla. La educación para los pacientes provee esta información así como la enseñanza de estrategias de autocontrol que pueden ejecutar para mejorar su condición. Cuando los pacientes han sido enseñados sobre su enfermedad y el rol que pueden tener en el automanejo, los objetivos específicos deben establecerse y en caso de ser alcanzados mejorarán la salud y el bienestar de la persona. La selección de objetivos es la única actividad donde existe una verdadera colaboración entre los pacientes y los profesionales de la salud. Una vez que los objetivos han sido discutidos, negociados y finalmente determinados deben escribirse y describirse en un plan de tratamiento.

Existen 4 consecuencias positivas en la selección de objetivos:

- Se establece preferencia sobre los resultados deseados
- Se incrementa el compromiso de los individuos a perfeccionar sus habilidades de autocuidado
- Se establecen expectativas que alimentan el esfuerzo de los pacientes.
- El paciente se siente parte de un equipo en el cuidado de su salud

5.2.2. Recolección de información

Los medios de recolección de información es el automonitoreo, la auto-observación y el autorregistro de datos. Esto será útil para verificar que tanto los objetivos se están alcanzando. Para que un automonitoreo sea óptimo se requiere de:

- que los pacientes monitoreen el fenómeno que ha sido operacionalmente definido como conductas objetivo y no ofuscarlo con demasiadas categorías.
- que se trate de una medida objetiva.
- que el registro se lleve a cabo por un período especificado.

5.2.3. Procesamiento de la información y evaluación

Existen 5 pasos que están involucrados en este proceso:

- Los pacientes deben ser capaces de detectar cualquier cambio significativo que ocurre en ellos mismos. Para esto deben evaluar la información que ellos observan, almacenan y procesan sobre ellos mismos.

- Para hacer la evaluación de los cambios más consistentes en los pacientes, los estándares deben establecerse.
- Los pacientes deben ser capaces de evaluar y hacer juicios sobre los datos que procesa.
- Los pacientes deben aprender a evaluar cualquier cambio que ocurre en términos de las condiciones antecedentes que los condujeron al cambio, las conductas que pueden ejecutar para alterar los cambios y las consecuencias potenciales de su acción.

5.2.4. Toma de decisiones

Después de que los pacientes coleccionan, procesan y evalúan datos de ellos mismos y de su enfermedad deben tomar decisiones apropiadas basadas en la información. No solo se les piden juicios más exactos sobre su condición sino también tomar decisiones más complejas. De esta forma la toma de decisiones es el centro de un autocontrol exitoso.

5.2.5. Acción

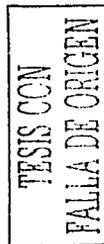
Se compone de las ejecuciones de habilidades de autocontrol de la enfermedad crónica. Prácticamente se fundamenta en autoinstrucciones que incluyen puntualidad, dirección y mantenimiento de las conductas encaminadas a mantener en estándares deseables las condiciones relacionadas con la salud. Esto puede dar pie a la adquisición de otras estrategias para afrontar la enfermedad tal como solución de problemas, control de estímulos, control cognitivo, relajación, desensibilización sistemática, modelamiento y autoreforzamiento. (Creer, 2000).

5.2.6. Autorreacción

Se refiere a como los individuos evalúan sus ejecuciones. En base a esta evaluación pueden establecer de forma realista expectativas sobre sus ejecuciones y si necesitan de más entrenamiento o experiencia. Los pacientes crónicos deben establecer expectativas realistas sobre los límites del autocontrol de su condición. La autoeficacia influye en la ejecución de conductas de autocontrol. Autoeficacia es la creencia de los pacientes de poner en práctica estrategias en una situación dada (Bandura, 1977). El conocimiento de habilidades no es garantía suficiente de que serán usadas apropiadamente. Los pacientes deben creer que son capaces de ejecutar tales estrategias para lograr los objetivos que se propongan. Así que la autoeficacia se desprende de los logros obtenidos. De este modo, la autorreacción es elemento indispensable del mantenimiento de las habilidades a través del tiempo.

5.2.7. Técnicas de autocontrol

Los procedimientos de autocontrol en modificación conductual se refieren principalmente a las técnicas en las cuales el paciente juega una parte activa y en ocasiones es la única en la administración del tratamiento, tal es el caso de los pacientes con enfermedades crónicas. Entre estas técnicas destacan el control de estímulos, el automonitoreo, autorreforzamiento y autocastigo, entrenamiento de respuesta alternativa, biorretroalimentación y biblioterapia.



5.3.1.2. Planteamiento de los objetivos a lograr

Se debe hacer siempre conjuntamente con la persona implicada, nunca deben ser prescriptivos. El planteamiento de objetivos debe ser gradual, escalonado, según se vayan obteniendo logros. Los grandes objetivos a largo plazo u objetivos muy ambiciosos pueden crear una gran desesperanza en la persona por la dificultad para lograrlos. Es más conveniente ir concentrándose en unos pocos y prácticos objetivos a corto plazo, ir planteando pequeños objetivos que vayan delineando los objetivos finales. Por ejemplo, mejor que insistir al paciente en disminuir una serie de kilos se podría proponerle que perdiera una mínima cantidad en dos semanas o simplemente plantearse no ganar peso (que ya sería un gran logro).

En resumen los objetivos deben ser precisos, prácticos, alcanzables a corto plazo y acordados con el propio paciente.

5.3.1.3. Definir las estrategias y actividades educativas

Se toma en cuenta que el aprendizaje es un proceso en el que se suceden una serie de fases:

- Estar informado, estar al corriente
- Estar interesado
- Sentir la necesidad de tomar una decisión
- Tomar una decisión
- Ensayar el comportamiento
- Adoptarlo
- Adaptar la conducta
- Mantenerla

Ejemplo: Vamos a transmitir información sobre el ejercicio y sus ventajas. Es posible que logremos interesar al paciente sobre el tema, de forma que él también busque información y reflexione sobre ella. Una vez que ha procesado esta información puede que sienta necesidad de tomar una decisión respecto a si hace ejercicio. Decide caminar todos los días y se une a un grupo de vecinos que da un paseo diariamente a primera hora de la mañana. Empieza a probar, y se da cuenta que se siente mejor, más relajado, sus cifras de glucemia han mejorado y ha tenido que disminuir la dosis de insulina. Además disfrutar estar con este nuevo grupo de amigos que ha encontrado. Todas estas ventajas le irán influyendo para que el hacer ejercicio deje de ser algo que siempre iniciaba y probaba, se convierta en una conducta adoptada, y con el tiempo la incluya dentro de su forma de vivir. Nosotros tenemos que seguir todas estas fases y reforzar cada una de ellas.

5.3.1.4. La comunicación en el proceso de aprendizaje

La entrevista motivacional es el instrumento que el profesional de la salud debe conocer y utilizar en el proceso de educación del paciente diabético. Requiere un adecuado entrenamiento por parte del profesional de la salud, ya que supone un cambio conceptual con respecto al modelo informativo clásico. Permite la aplicación de una serie de habilidades de comunicación centradas en la experiencia del consultante, bajo un clima de empatía, interés, tolerancia y cooperación mutua, respetando siempre las últimas decisiones del paciente. Con ello trasladamos el peso del cambio en los hábitos hacia la propia persona diabética, ayudando nosotros en el proceso de toma de decisiones, reestructurando sus creencias y negociando los cambios propuestos. Es una línea de entrevista que trata de conseguir decisiones

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

que partan del paciente, obtenidas tras una correcta información por parte del profesional y después de verificar la necesaria comprensión del problema de salud que presenta la persona con diabetes. Esta técnica se describirá a detalle más adelante.

A la hora de informar al paciente acerca de su enfermedad y de las distintas opciones terapéuticas recomendadas, debemos tener en cuenta que el éxito en todo proceso de comunicación viene marcado por la bidireccionalidad. El paciente no es un mero receptor, sino que se deben dar las condiciones para que pueda interrumpir y opinar en cualquier momento, explorando los conocimientos y creencias previas del paciente y apoyándonos en ellos para conseguir que los mensajes sean correctamente interpretados.

5.3.1.5. Métodos de exposición

Los elementos conceptuales en la emisión de mensajes informativos se apoyan en una serie de técnicas que resulta imprescindible incorporar como rutinarias en el proceso de educación para la salud en la persona diabética. Estos elementos conceptuales son:

5.3.1.5.1. Enunciación

Anunciar los contenidos que vamos a explicar ("ahora vamos a hablar de la hipoglucemia, voy a explicarle en que consiste tener el azúcar bajo...")

5.3.1.5.2. Ejemplificación

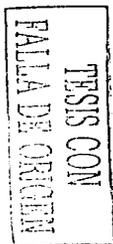
Explicar un contenido mediante un ejemplo de fácil comprensión. Es una técnica muy potente con la que conseguimos transmitir complicadas ideas con poco esfuerzo de comprensión por parte del paciente. Nos basamos en asimilar el concepto que queremos comunicar a un modelo exterior y conocido por el paciente (la glucosa con las monedas, el metabolismo con una caldera, la insulina con una llave, las arterias con mangueras). La técnica de ejemplificación debe ser breve, clara, y de escasa complejidad, sobre todo en ancianos y personas de escaso nivel cultural.

5.3.1.5.3. Racionalidad

Explicar el fundamento o actuación de la conducta terapéutica propuesta. No se trata de una explicación técnica, sino de intentar que el paciente comprenda el porqué de nuestra propuesta, respetando su independencia ("los hipoglucemiantes orales ayudan al páncreas a segregar insulina, la insulina es necesaria para que el organismo utilice el azúcar, el ejercicio hace consumir azúcar al organismo...")

5.3.1.5.4. Detallar las instrucciones y los cambios

Detallar los cambios conductuales propuestos. El paciente recuerda solo una pequeña parte de lo que le comunicamos verbalmente, pero lo que recuerda es lo más importante, lo que decimos al principio y lo que se incorpora a su régimen habitual de vida. Es conveniente basarse, a través de la bidireccionalidad, en los hábitos del paciente para detallar los cambios que queremos introducir ("se tomará las pastillas antes de las comidas", "la insulina se la pone antes del desayuno y cena", "salga a dar un paseo por la mañana antes de recoger a sus nietos en la escuela..."). Es muy importante detallar por escrito las instrucciones terapéuticas, considerando siempre la posibilidad del alfabetismo funcional y las posibles limitaciones visuales que podemos encontrarlos.



5.3.1.5.5. Comprobar la asimilación

Corroborarse de la exacta comprensión de los mensajes (“explíqueme usted ahora como va a inyectarse la insulina”, “enseñeme como se determina la glucemia”...) Las características formales en la emisión de mensajes informativos deben ser dominadas de forma eficaz por el profesional que educa individualmente al paciente. La forma de hablar y construir las frases, el vocabulario empleado y los complementos visuales utilizados son factores esenciales para conseguir una correcta comprensión del mensaje que pretendemos comunicar:

5.3.1.5.6. Frases cortas

Las frases deben tener una longitud no superior a las 20 palabras, como media. Evitaremos utilizar términos médicos, adecuando nuestro lenguaje al nivel cultural del paciente. En los ancianos es conveniente usar un tono más pausado para permitir una mejor asimilación.

5.3.1.5.7. Vocabulario neutro

Utilizar términos de bajo contenido emocional, evitando palabras que desencadenen una respuesta emocional intensa por sí mismas (ceguera, amputación, muerte)

5.3.1.5.8. Dicción clara y entonación adecuada

Las palabras más importantes deben quedar suficientemente subrayadas y la dicción permite comprenderlas sin esfuerzo. No hay peor enemigo para una comunicación eficaz que una voz inaudible o monótona.

5.3.1.5.9. Complemento visual-táctil

Utilizar vías de comunicación distintas a la auditiva, reforzando la comprensión de los mensajes. Utilizar folletos explicativos adaptados a las características de nuestros pacientes, sin olvidar el alto grado de analfabetismo funcional que existe en nuestros mayores.

La utilización de material escrito (libros, folletos, guías) es un complemento importante en el que podemos apoyarnos para reforzar nuestro mensaje. En relación a este tema se señala que debemos tomar en cuenta el nivel cultural de nuestros pacientes que con frecuencia es bajo, por lo que sugiere que los recursos visuales sean muy simples, utilizando caricaturas, ya que el material con mucho texto y pocas figuras suele intimidar a quienes no acostumbran leer. También que las recomendaciones escritas sean claras y sencillas ya que puede existir una buena motivación por parte del paciente pero que las sugerencias sean tan complejas que decida finalmente no actuar (Ovalle, 2000).

5.3.1.6. Evaluación del programa educativo

Algunos autores (Ovalle, 2000) indican que la evaluación del programa educativo debe comprender las siguientes áreas:

- Cognitiva (cuantos conocimientos teóricos adquirió el paciente);
- Afectiva (que actitudes desarrolló la persona en relación con su estado de salud);
- Psicomotriz (habilidades y destrezas adquiridas);
- Control bioquímico de la enfermedad (estado actual de salud).

TÍPICOS CON
 FALLA DE ORIGEN

Además señala que en caso de que no se obtengan los resultados deseados es conveniente revisar los procedimientos pedagógicos, ya que no solo es llenar la memoria con información sino producir un cambio progresivo en las creencias de los pacientes acerca de su enfermedad y lograr un cambio permanente de conducta.

Hay una serie de "máximas", que son fundamentales en educación y que es importante tener presentes (SAMFYC, 2000):

- La educación no se debe concentrar toda al inicio del diagnóstico.
- La educación no puede ser puntual, tiene que ser continuada.
- La educación es un proceso largo que requiere insistencia y paciencia.
- No iniciar un nuevo tema de educación sin haber consolidado el anterior.
- Nunca ser punitivos. Tener una actitud comprensiva. Tener en cuenta que no es fácil cambiar rápidamente costumbres o hábitos que hemos tenido toda la vida.
- Nunca intentar motivar a través del miedo. No da resultados a largo plazo. Utilizar siempre estímulos positivos. Hablar siempre de ganancias, nunca de pérdidas.
- Debemos ser flexibles, adaptar el proceso educativo y los objetivos a la persona diabética y no al revés.

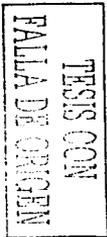
5.4. La entrevista motivacional

Como se mencionó antes, el tratamiento de la diabetes comprende una complicada trama de interrelaciones e interdependencias entre sus tres elementos (insulina-dieta-ejercicio) que obligan a una constante TOMA DE DECISIONES en base al estado puntual del organismo del paciente diabético y a los acontecimientos ocurridos en las horas mediatas. El tratamiento de la diabetes no es estático sino dinámico y cambiante.

Sin embargo, a la mayor parte de los pacientes les resulta sumamente complicado seguir las instrucciones médicas de por vida para la conservación de su salud y prevenir secuelas derivadas del padecimiento. Por esta razón es conveniente estrategias que permitan al paciente dirigir sus esfuerzos para modificar estas áreas.

Una de estas estrategias de intervención es la entrevista motivacional, que ha sido ampliamente utilizada para estos fines y que ha brindado muy buenos resultados. Por ejemplo, en un estudio se interesaron en mejorar la adherencia a un programa conductual de control de peso en mujeres diabéticas obesas mediante la entrevista motivacional (Smith *et al.* 1997). Este consistió en explorar y trabajar la ambivalencia acerca de la conducta de cambio, elicitar frases automotivadoras, formular metas personales en términos conductuales y resolver los problemas que eran obstáculos para el cambio. Los resultados determinaron que el uso de la entrevista motivacional aumenta la adherencia a las recomendaciones del tratamiento y el control glicémico.

Por otra parte, se usó la entrevista motivacional para detectar la relación entre niveles de motivación y control glicémico en pacientes diabéticos. Se encontró que existe una asociación significativa entre ambas variables pero no en la dirección esperada. Es decir, pacientes en una etapa motivacional temprana tienen bajos niveles de glicemia que aquellos que se encuentran en las últimas etapas (Trigwell *et al.* 1997). Se llegó a la conclusión de que el modelo de las etapas de cambio, la entrevista motivacional y técnicas conductuales (entrenamiento en habilidades) son relevantes para facilitar el autocontrol en personas con diabetes (Doherty *et al.* 2000).



Se han utilizado programas personalizados que incluían metas realistas y alcanzables y la negociación de obstáculos para la modificación conductas no saludables teniendo como base la entrevista motivacional (Clark y Hampson, 2001). Los resultados fueron altamente satisfactorios, a pesar de haber sido una intervención breve.

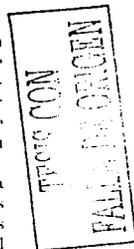
Esta técnica también se ha enseñado a médicos y enfermeras que trabajan con pacientes diabéticos. Por ejemplo, en investigaciones (Stott *et al.* 1996) se diseñó un programa de entrenamiento usando principios de negociación y entrevista motivacional (ayudados de medios visuales) para médicos y enfermeras (Stott *et al.* 1995). Estos últimos reconocieron que la nueva tecnología facilitaba la negociación clínica en el tratamiento de los pacientes diabéticos y que resultaba muy útil. Por lo tanto se puede concluir que esta estrategia ha generado resultados muy favorables en las diferentes investigaciones realizadas recientemente en lo que a Diabetes Mellitus se refiere. A continuación se brinda un breve resumen de los fundamentos de la entrevista motivacional.

5.4.1. Entrevista motivacional: una estrategia para el cambio

La motivación, de acuerdo con este enfoque, es definida como la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar. Es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Por lo tanto, la entrevista motivacional se trata de una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio (muy común en los diabéticos). Intenta resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo del camino del cambio.

Para entender el proceso de cambio, Prochaska y DiClemente (1982) crearon un modelo, "la rueda del cambio" el cual representa las etapas por las que se atraviesa generalmente en este proceso. A continuación se explican cada una de ellas y las tareas del terapeuta:

1. Precontemplación: cuando la persona aún no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. Ante esto se siente más sorprendida que defensiva. En esta etapa la persona necesita información y retroalimentación para que aumente su conciencia del problema y la posibilidad de cambiar. Tareas del terapeuta: aumentar la duda, lo que es incrementar la percepción del paciente de los riesgos y problemas de su conducta actual.
2. Contemplación: la persona considera y rechaza el cambio a la vez, fluctúa entre las razones por las que debe preocuparse de su problema y las razones que cree tener para no preocuparse. Tareas del terapeuta: evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar, aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.
3. Determinación: es cuando la persona se encuentra a favor del cambio pero no sabe de que manera. Tareas del terapeuta: ayuda a determinar la mejor estrategia terapéutica que guíe al paciente al cambio.
4. Acción: la persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio. Tarea del terapeuta: ayuda al paciente a dar los pasos hacia el cambio.



5. **Mantenimiento:** la persona mantiene el cambio conseguido en la etapa anterior y previene la recaída. Tareas del terapeuta: ayuda al paciente a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída.
6. **Recaída:** es cuando la persona presenta el mismo patrón conductual anterior al tratamiento. Su objetivo será pasar nuevamente por algunas de las etapas anteriores y no quedarse estancado en este periodo. Tareas del terapeuta: evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar la determinación y encaminar los esfuerzos realizados para alcanzar las etapas de acción y de mantenimiento.

5.4.1.1. La primera fase: creación de la motivación

Las primeras estrategias que sugiere Miller utilizar en la entrevista motivacional son las siguientes:

- Las preguntas abiertas: abren la puerta para que el paciente empiece a analizar sus problemas. Se le puede preguntar de esta manera al paciente que es lo que le gusta de su conducta problema y que aspectos consideran como negativos.
- La escucha reflexiva: intenta deducir lo que la persona realmente quiere decir. Es una manera de comprobar más que de asumir que el paciente sabe lo que quiere decir. Así que implica realizar una afirmación que no es un obstáculo sino más bien una deducción de lo que la persona quiere decir. Una reflexión más sofisticada sustituye con nuevas palabras lo que el paciente ha comentado o hace una deducción sobre el significado que no ha sido verbalizado.
- Afirmar: realizar comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión.
- Resumir: reunir el material que se ha comentado de forma periódica refuerza lo que ya se ha dicho y confirma que el terapeuta ha escuchado con atención y prepara al paciente para seguir progresando.
- Provocar frases automotivadoras: en la entrevista motivacional el paciente presenta las razones para cambiar y es tarea del terapeuta facilitar la expresión del paciente de las frases automotivadoras. Estas afirmaciones se categorizan en:
 - Reconocimiento del problema
 - Expresión de preocupación
 - Intención de cambiar
 - Optimismo sobre el cambio

En todo proceso de cambio existen resistencias que son barreras que lo obstaculizan y es responsabilidad del terapeuta el manejo adecuado de las mismas. La resistencia es una conducta observable que surge durante el tratamiento. Esta indica al terapeuta que el paciente no está siguiendo el curso normal de la terapia. Esto puede significar que el terapeuta no está utilizando estrategias que no son adecuadas al estado de cambio en el que se encuentra el paciente. Así que la tarea del terapeuta es la de retroceder, descubrir donde se encuentra el paciente y trabajar desde ese punto.

5.4.1.2. La segunda fase: fortaleciendo el compromiso para el cambio

En este momento el paciente está preparado para cambiar pero aún no ha asumido una firme decisión o compromiso para hacerlo. Por lo tanto el objetivo es comprometer al paciente para el cambio, dado que si no se enfoca el terapeuta en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

esto, probablemente el paciente empiece nuevamente a dudar respecto al cambio. Miller enumera los siguientes signos de disponibilidad para el cambio:

- Disminución de la resistencia:** El paciente deja de discutir, interrumpir, negar o realizar objeciones.
- Disminución de las preguntas:** El paciente parece tener información suficiente sobre su problema y deja de hacer preguntas. Existe una sensación de haber acabado.
- Resolución:** El paciente parece haber llegado a una resolución y está más tranquilo, relajado, calmado.
- Afirmaciones automotivadoras:** El paciente expresa el interés por el cambio.
- Aumento de las preguntas sobre el cambio:** Pregunta que es lo que podría hacer con su problema o algo similar.
- Imaginando:** El paciente empieza a hablar sobre como podría ser su vida después del cambio o a prever dificultades que podrían surgir si se lleva a cabo un cambio o comentar las ventajas de un cambio.
- Experimentación:** Si el paciente ha tenido tiempo entre las sesiones tal vez haya empezado a experimentar con los diferentes enfoques posibles para poder cambiar.

Las estrategias a seguir ya en la segunda fase consisten en la *recapitulación*:

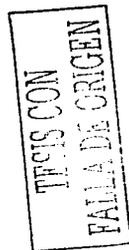
- Resumen de las percepciones personales del paciente sobre el problema tal y como se expresa en sus afirmaciones automotivadoras.
- Resumen de la ambivalencia del paciente, incluyendo lo que sigue considerando como positivo o atractivo de la conducta problema.
- Revisión de todos los datos objetivos que el terapeuta tiene con respecto a la presencia de riesgos y problemas.
- Repetición de todos los indicadores que el paciente ha referido sobre el deseo, la intención o la consideración de cambiar.
- La evaluación del terapeuta de la situación del paciente, particularmente en temas en los que coincide con las preocupaciones propias de este.

El objetivo del resumen es unir todas las razones posibles mientras se reconoce la ambivalencia del paciente. Lleva directamente a la formulación de preguntas clave que orienten al paciente en la formulación de un plan de cambio que contendría los siguientes puntos.

Establecer los objetivos: No se espera que los objetivos del terapeuta coincidan con los del paciente, por lo tanto es importante seguir manteniendo una alianza con él y empezar por objetivos hacia los cuales se muestre más entusiasmo para seguir trabajando. Los objetivos pueden definirse en función de algunas preguntas clave: ¿cómo le gustaría que cambiaran las cosas? ¿qué es lo que quiere cambiar? Además debe evaluarse si un objetivo seleccionado es accesible pidiendo al paciente que considere las consecuencias de seguir este curso particular de acción

Considerar las opciones: Se consideran métodos posibles para conseguir dichos objetivos.

Establecer un plan: Se pide al paciente que describa a detalle de que manera se efectuara el plan de acción. Y el terapeuta resume el plan que parezca adecuarse a los objetivos, necesidades, intenciones y creencias del paciente.



Provocar el compromiso: Implica conseguir la aprobación del cliente y la aceptación del plan además de decidir los pasos inmediatos que hay que llevar a cabo. Esto se puede potenciar haciendo que este se haga público.

Transición a la etapa de acción: Se planifican los pasos inmediatos que hay que realizar a fin de implementar el plan.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL GLICÉMICO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

6.1. Objetivo general

Que el paciente con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 mantenga los niveles de glicemia dentro de estándares funcionales (dictaminados por el médico) mediante el control de los factores de riesgo (alimentación, toma de medicamentos, ejercicio, supervisión médica, monitoreo de glicemia, control del estado emocional) con la finalidad de prevenir complicaciones agudas y crónicas derivadas de la enfermedad.

Para lograr este objetivo se construyó un programa a impartirse de modo individual en aproximadamente 20 sesiones divididas en 7 etapas (ver figuras 11 y 12) que serán descritas a continuación. De manera semejante al Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos, no todo el programa se aplica por igual a todos los pacientes, son módulos que se ajustan a las necesidades y objetivos de los pacientes.

A partir de la evaluación el terapeuta escogerá los módulos o sesiones pertinentes al caso. Se puede alterar la secuencia de las sesiones u omitir algunas sesiones, siempre y cuando el terapeuta justifique con bases sólidas estas modificaciones.

6.1.1. Criterios de inclusión

- Tener el diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2
- En caso de ser menor de edad, presentarse con un familiar
- En caso de ser analfabeta, presentarse acompañado de un familiar
- Tener la capacidad de trasladarse al centro de servicios psicológicos

6.1.2. Criterios de exclusión

- Que el paciente padezca algún trastorno psicótico
- Que el paciente necesite estar hospitalizado

6.2. Procedimiento

6.2.1. ETAPA 1 Evaluación (1 a 2 sesiones)

6.2.1.1. Objetivo general

El paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 será evaluado por medio de cuestionarios y/o entrevista clínica para detectar la información que posee respecto a la enfermedad y la frecuencia de conductas de riesgo (en alimentación, ejercicio, automonitoreo de glicemia, toma de medicamentos, control emocional) en el control de sus niveles de glicemia.

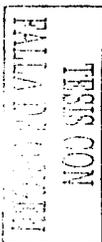


FIGURA 11. Programa de Control de Glicemia en Pacientes con Diagnóstico Médico de Diabetes Mellitus tipo 2

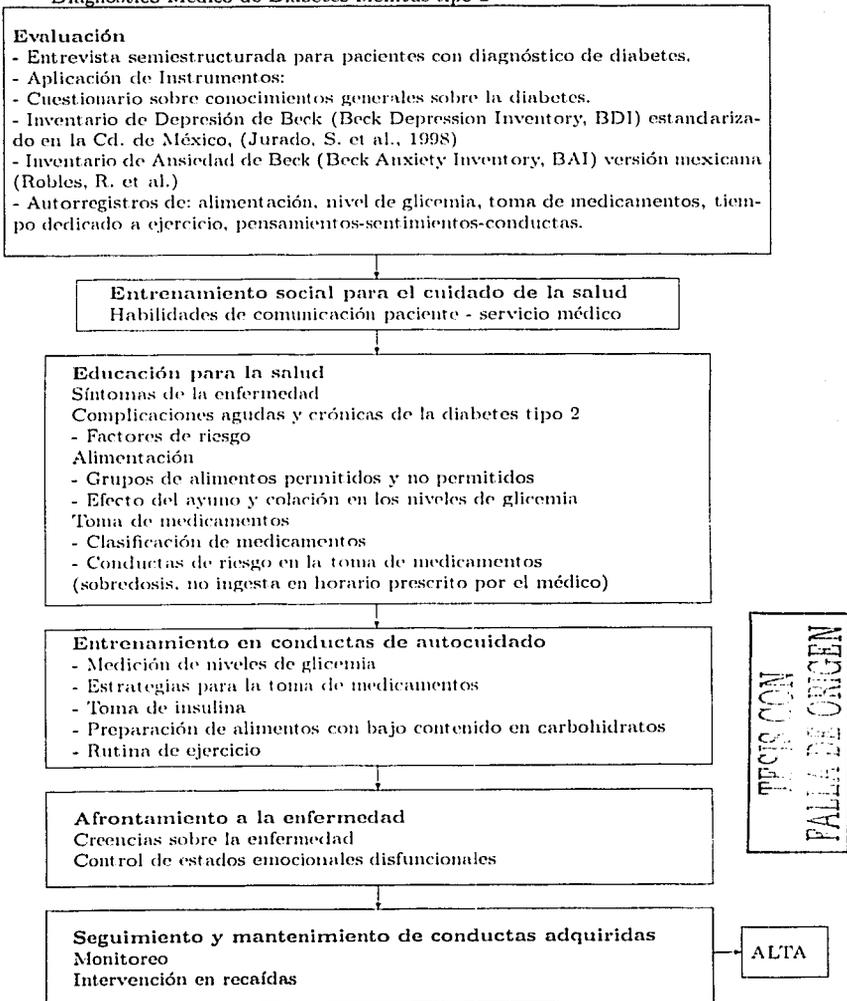


FIGURA 12. Etapas del Programa de Control de Glicemia en Pacientes con Diagnóstico Médico de Diabetes Mellitus tipo 2

Línea base	Evaluación	Entrenamiento social para el cuidado de la salud	Educación para la salud	Conductas de Auto-cuidado	Afrontamiento a la enfermedad	Mantenimiento
------------	------------	--	-------------------------	---------------------------	-------------------------------	---------------

6.2.1.1.1. Instrumentos

- Entrevista Inicial para pacientes diabéticos (anexo 22)
- Cuestionario de conocimientos generales sobre la diabetes (anexo 23)
- Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) estandarizado en la Cd. de México (Jurado, S., et al., 1998) (anexo 24)
- Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI), versión mexicana (Robles, R. et al., 2001) (anexo 25)
- Autorregistros diarios de:
Nivel de glucosa sanguínea, toma de medicamentos, alimentación y ejercicio (anexo 26)

6.2.1.1.2. Sesión 1

Aplicación de instrumentos

Objetivo específico: El paciente proporcionará información sobre su padecimiento y sobre su estado psicológico actual por medio de una entrevista estructurada y por medio de la contestación de instrumentos por escrito.

Técnicas: Entrevista de exploración, Aplicación de instrumentos

Material: Instrumentos impresos, lápiz, goma de borrar.

Procedimiento: Se explicará al paciente que esta es una entrevista para conocer su problemática actual de manera específica con la finalidad de brindarle el tratamiento más adecuado a sus necesidades. Se entrevistará al paciente siguiendo el formato de entrevista estructurada para pacientes diabéticos. Una vez finalizada la entrevista se pedirá al paciente que conteste los instrumentos para tener información sobre su estado emocional actual y sobre los conocimientos que posee respecto a su enfermedad. Si la entrevista duró un lapso prolongado de tiempo se pueden aplicar los instrumentos en la sesión siguiente. Si el paciente es analfabeta el terapeuta leerá las preguntas y anotará las respuestas proporcionadas verbalmente.

Ya aplicados los instrumentos se indicará al paciente que la siguiente sesión se le proporcionarán los resultados de la evaluación.

Recomendaciones: Se indicará al paciente como contestar el registro de alimentos, ingesta de medicamentos y nivel de glucosa diario para que lo lleve a cabo durante la semana. Será importante para el terapeuta enfatizar la importancia que tiene el contestar los registros. En caso de que no cuente con servicio médico se le recalcará la relevancia que tiene el contar con tal servicio y se le pedirá que inicie la búsqueda. En caso de que se encuentre emocionalmente alterado (signos de depresión y/o ansiedad elevados observados durante al entrevista) o sea analfabeta se pedirá que a la siguiente cita asista con un familiar cercano para que lo apoye en su tratamiento.

6.2.1.1.3. Sesión 2

Entrevista de diagnóstico y plan de tratamiento

Objetivo específico: El paciente estará informado sobre su situación actual, el plan de tratamiento y se encontrará motivado para llevarlo a cabo.

Técnicas: Entrevista de diagnóstico, entrevista motivacional.

Material: Pizarrón, gises.

Procedimiento: Se pedirán los registros y se explicará al paciente los resultados obtenidos en las evaluaciones y los factores de riesgo que se están presentando para el descontrol de sus niveles de glicemia, haciendo notar las necesidades del paciente. Para este fin se pueden utilizar los registros elaborados por el paciente, señalando los factores de riesgo que se presentaron en la semana. También se explicará el formato de tratamiento (que incluye información verídica sobre su enfermedad, folletos informativos, la ejecución de tareas), la duración y de que forma sus necesidades pueden estar cubiertas. Esto se puede describir por escrito en el pizarrón, asegurando con preguntas que el paciente está comprendiendo la explicación.

Recomendaciones: Continuar con los registros de alimentación, medicamentos y nivel de glicemia.

6.2.2. ETAPA 2 Entrenamiento social para el cuidado de la salud (1 sesión)

6.2.2.1. Objetivo general

El paciente adquirirá habilidades de comunicación para poseer información suficiente sobre su tratamiento médico.

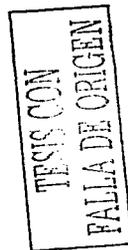
6.2.2.1.1. Sesión 1

Preguntas para el médico

Objetivo específico: El paciente identificará los elementos que desconoce de su tratamiento médico y elaborará preguntas para su médico que le auxilien para tener información completa sobre la prescripción.

Técnicas: Ensayos conductuales, reforzamiento positivo, modelamiento, moldeamiento, juego de roles.

Material: Hojas de papel, lápiz.



Procedimiento: Se pedirá al paciente que entregue los registros. Se cuestionará al paciente sobre su tratamiento médico y las preguntas que él no pueda responder las escribirá en una hoja de papel o el familiar las puede anotar. Se pedirá al paciente que simule como si estuviera en la consulta médica y que formule al médico sus preguntas. Si el terapeuta observa que la ejecución no es satisfactoria, adoptará el papel del paciente y ejecutará la conducta para que el paciente la replique. Ya en esta ejecución le puede hacer indicaciones para mejorarla y finalmente reforzar positivamente al paciente cuando haya logrado el objetivo. Y se le motiva para que lo lleve a cabo en la próxima visita médica. En caso de que el terapeuta detecte dificultades en la relación entre el paciente y el médico puede destinar una sesión más para entrenarlo en las habilidades en las cuales tiene déficits que estén obstaculizando una comunicación adecuada.

Recomendaciones: Continuar con los registros de alimentos, medicamentos y nivel de glucosa (diario).

6.2.3. ETAPA 3 Educación para la salud (5 sesiones)

6.2.3.1. Objetivo general

El paciente con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 identificará los factores de riesgo a los que se expone en alimentación, ejercicio, automonitoreo de glicemia, toma de medicamentos y control emocional.

6.2.3.1.1. Sesión 1

Síntomas de la enfermedad

Objetivo específico: El paciente identificará el proceso de su enfermedad para comprender la relación existente entre los mecanismos fisiológicos y los síntomas que presenta.

Técnicas: Exposición guiada, preguntas de exploración.

Material: Láminas con dibujos explicativos, folleto explicativo.

Procedimiento: Se preguntará al paciente en cada subtema si tiene el conocimiento sobre este y dirigir sus respuestas hacia la explicación correcta. La explicación se acompañará de dibujos y la terapeuta se estará asegurando, por medio de preguntas, de que los pacientes estén comprendiendo las explicaciones. Se entregará el folleto explicativo correspondiente a lo visto en la sesión que es "Información general sobre la diabetes mellitus tipo 2" (folleto 1).

Recomendaciones: Elaborar registro de alimentos y medicamentos así como de nivel de glucosa diario.

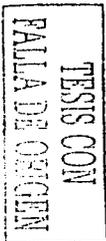
6.2.3.1.2. Sesión 2

Complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus tipo 2

Objetivos específicos:

El paciente identificará las complicaciones agudas y crónicas en la diabetes mellitus tipo 2.

El paciente identificará los factores de riesgo a los que se expone en su vida cotidiana (alimentación, ejercicio, automonitoreo de glicemia, toma de medicamentos y control emocional) para comprender el efecto que tienen sus conductas sobre su salud.



Técnicas: Exposición guiada, preguntas de exploración

Material: Láminas con dibujos explicativos, folleto explicativo

Procedimiento: Se preguntará al paciente en cada subtema si tiene el conocimiento sobre éste y dirigirá sus respuestas hacia la explicación correcta. La explicación se acompañará de dibujos y la terapeuta se estará asegurando, por medio de preguntas, de que los pacientes están comprendiendo las explicaciones. Se entregará el folleto explicativo correspondiente a lo visto en la sesión que es "Las complicaciones crónicas en la diabetes mellitus tipo 2" (folleto 2).

Recomendaciones: Elaborar registro de alimentos y medicamentos así como de nivel de glucosa diario.

6.2.3.1.3. Sesión 3

La alimentación

Objetivos específicos:

El paciente identificará los grupos de alimentos permitidos en su dieta.

El paciente identificará los alimentos no permitidos en su dieta.

El paciente describirá el efecto del ayuno en sus niveles de glicemia.

El paciente describirá el efecto de la colación en sus niveles de glicemia.

Técnicas: Exposición guiada

Material: Láminas con dibujos explicativos, folleto explicativo

Procedimiento: Se mostrarán las láminas y se explicarán cada uno de los factores que intervienen en la alimentación y sus consecuencias en el padecimiento. Se proporcionará el folleto "La alimentación en la diabetes mellitus tipo 2" (folleto 3).

Recomendaciones: Registro de glucemia cada tercer día, de alimentos y toma de medicamentos.

6.2.3.1.4. Sesión 4

Clasificación de alimentos

Objetivos específicos:

El paciente distinguirá los alimentos que ingiere habitualmente de los que no consume con frecuencia.

El paciente identificará los grupos de alimentos permitidos en su dieta.

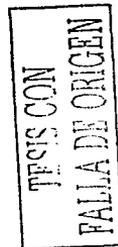
El paciente discriminará de entre los alimentos permitidos aquellos que aporten un menor nivel energético.

Técnicas: Exposición guiada, clasificación de material.

Materiales: Dibujos plastificados de alimentos, una mesa.

Procedimiento: Se colocarán los dibujos de alimentos sobre una mesa y se pedirá al paciente que agrupe de un lado los alimentos que consume con regularidad y del otro lado los que no consume o no conoce. De los alimentos que consume con regularidad señalará aquellos que si están permitidos en su dieta y los que no están permitidos. Mientras lleva a cabo esta actividad se le pedirá que mencione las razones por las que dichos alimentos están o no permitidos. Finalmente se pedirá una conclusión sobre las agrupaciones realizadas para evaluar que tanto su dieta se adecúa o no a los lineamientos establecidos para su padecimiento.

Recomendaciones: Continuar con los registros de alimentos y nivel de glucosa.



6.2.3.1.5. Sesión 5

Toma de medicamentos

Objetivos específicos:

El paciente reconocerá el tipo de medicamentos que le prescribió el médico.

El paciente describirá el efecto que tienen los medicamentos en su organismo.

El paciente reconocerá las conductas de riesgo en la toma de medicamentos, tales como sobredosis, no ingesta del medicamento y horarios no prescritos por el médico.

Técnicas: Exposición

Materiales: Pizarrón, gises, láminas.

Procedimiento: Se pide al paciente que mencione los medicamentos que fueron indicados para su tratamiento médico y se le explica la clasificación de estos en función del efecto que tienen. También se le pedirá que enumere los problemas que se pueden presentar en la toma de medicamentos y los efectos que pueden ocasionar en los niveles de glicemia. En caso de que el paciente tenga dificultades para llevar a cabo esta tarea el terapeuta explica la pertinencia de vigilar las circunstancias que pueden tener efectos adversos en el organismo. Se entregará el folleto "Los medicamentos orales en la diabetes mellitus tipo 2" (folleto 4).

Recomendaciones: Elaborar los registros de alimentación, toma de medicamentos y nivel de glicemia.

6.2.4. ETAPA 4 Entrenamiento en conductas de autocuidado (5 sesiones)

6.2.4.1. Objetivo general

El paciente adquirirá las habilidades conductuales, tales como la medición de glicemia, toma de medicamentos, toma de insulina, la preparación de alimentos bajos en carbohidratos para el control de niveles de glucosa sanguínea y ejecutar ejercicio físico.

6.2.4.1.1. Sesión 1

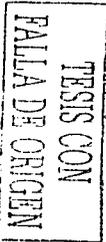
Medición de niveles de glicemia

Objetivo específico: El paciente adquirirá la habilidad para medir sus niveles de glicemia.

Técnicas: Moldeamiento, modelamiento.

Material: Aguja, bandas indicadoras, aparato electrónico para medir glucosa.

Procedimiento: El terapeuta dará una breve explicación sobre la importancia del automonitoreo. Simulará ejecutar la medición de glucosa en sí mismo para que el paciente lo replique. En caso de que sea acompañado por un familiar también se le pedirá a este que realice una simulación. El terapeuta estará retroalimentando la ejecución y haciendo las correcciones pertinentes. Finalmente se reforzará la ejecución correcta. Se proporcionará el folleto 5, "La medición de glucosa en la diabetes mellitus tipo 2".



Recomendaciones: Continuar con la práctica de la medición de glucosa y en caso de detectar problemas comunicarlo al terapeuta. Registrar alimentación, niveles de glicemia y toma de medicamentos

6.2.4.1.2. Sesión 2

Estrategias para la toma de medicamentos

Objetivo específico: El paciente adquirirá habilidades para la toma de medicamentos

Técnicas: Modelo de solución de problemas.

Materiales: Pastilleros de diferentes tipos.

Procedimiento: Se recordará brevemente al paciente la importancia de la toma de medicamentos en el control de su glicemia. Se pedirá que mencione el esquema médico de la toma de sus medicamentos. Se pedirá que recuerde cuales han sido los obstáculos que han dificultado su ingesta de manera adecuada (olvidos, no traer el medicamento cuando es la hora indicada, falta de recursos económicos, etc.). Entonces se le pedirá que genere alternativas para dar remedio a este tipo de situaciones. En caso de que el paciente refiera no percatarse de alguna entonces el terapeuta puede poner ejemplos tales como colocar la medicina en un lugar asociado a la hora en que lo toma (si es en la noche en el buró o si es en la mañana en la mesa de la cocina, etc.), o utilizar los pastilleros mostrando algunos tipos que existen en el mercado, o, en caso de falta de recursos económicos, pedir prestado, ahorrar, autoemplearse. De estas alternativas el paciente elegirá las mas convenientes y las pondrá en práctica. En caso de que las estrategias elegidas no surtan resultados satisfactorios entonces se dedicará una sesión más a este tema. Se proporcionará el folleto "Consejos prácticos para la toma de medicamentos" (folleto 6).

Recomendaciones: El paciente continuará con sus registros de alimentación, nivel de glicemia y toma de medicamentos. Poner en práctica las opciones seleccionadas para tomar sus medicamentos.

6.2.4.1.3. Sesión 3

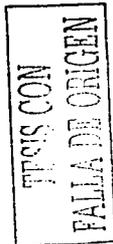
Toma de insulina

Objetivo específico: El paciente adquirirá la habilidad de inyectarse insulina correctamente.

Técnicas: Exposición, modelamiento, moldeamiento

Material: Una botellita vacía de insulina (de la que habitualmente el paciente toma) Una jeringa especial para insulina Alcohol Láminas con dibujos explicativos

Procedimiento: Se explicará brevemente al paciente los tipos de insulina que existen, enfatizando las características de la insulina prescrita por el médico. También se subrayará la importancia de los cuidados con el manejo de la insulina. Posteriormente el terapeuta simulará la inyección de insulina y se pedirá al paciente que realice la simulación, mientras que el terapeuta retroalimenta la ejecución. Finalmente se reforzará la ejecución adecuada del paciente. En caso de que el paciente ya tuviera conocimiento de esta conducta antes del tratamiento psicológico, se le pedirá que la ejecute bajo la supervisión del terapeuta para verificar que lo este llevando a cabo de la forma adecuada. Se proporcionará el folleto 7 "Información sobre la insulina en la diabetes mellitus tipo 2".



Recomendaciones: Continuar con el registro de alimentación, toma de medicamentos y niveles de glicemia.

6.2.4.1.4. Sesión 4

Entrenamiento en la preparación de alimentos con bajo contenido en carbohidratos

Objetivo específico: El paciente elaborará platillos con bajo contenido energético y diferentes a los que habitualmente consume con la finalidad de variar su dieta.

Material: Alimentos, recipientes, recetario.

Técnicas: Modelamiento, moldeamiento, retroalimentación positiva.

Procedimiento: El terapeuta elige una o dos recetas del 'recetario' y consejguirá los ingredientes indispensables para prepararlos. Se pedirá al paciente que colabore con la preparación de alimentos mientras se le explica las propiedades de cada uno de ellos. Una vez finalizada la preparación se pedirá al paciente que deguste cada uno de los alimentos preparados y que califique si es desagradable o agradable el sabor. Se le preguntará si considera que podrá prepararlo, si los ingredientes son fáciles de conseguir y si el gasto en ellos no afectará su economía. Se le entregará el "Recetario para pacientes con diabetes mellitus tipo 2" (folleto 8).

Recomendaciones: Leer el recetario, identificar si alguna de las recetas resulta difícil de preparar y elaborar al menos un platillo del recetario en esta semana. Continuar con el registro de alimentación, glicemia y medicamentos. Preguntar al médico el tipo, duración y frecuencia de ejercicio que recomienda al paciente.

6.2.4.1.5. Sesión 5

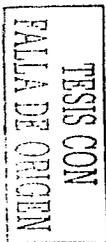
Rutina de ejercicio

Objetivo específico: El paciente adquirirá la habilidad de realizar una rutina de ejercicio para el control de sus niveles de glicemia.

Técnicas: Modelo de solución de problemas.

Procedimiento: El terapeuta recordará brevemente la importancia del ejercicio en el control de los niveles de glicemia. Se pedirá al paciente que enumere las características del tipo, duración y frecuencia recomendado por su médico. A partir de esto se pedirá al paciente que genere alternativas para llevar a la práctica su rutina de ejercicio (ir a un parque a caminar, asistir a un gimnasio, reunirse con amistades o familiares para hacer ejercicio, hacer ejercicio en casa, etc.) cuidando aspectos físicos tal como el tipo de zapatos para evitar lesiones, medición de glicemia después de realizar el ejercicio, no esforzarse en exceso. Se pedirá al paciente que presente la opción seleccionada la ponga en práctica y que las dificultades que presente las notifique la siguiente sesión al terapeuta. Se proporcionará el folleto 9, "Consejos prácticos para hacer ejercicio".

Recomendaciones: El paciente pondrá en práctica la estrategia seleccionada. Continuar con registro de alimentación, niveles de glicemia, toma de medicamentos y que incluya el registro de ejercicio.



6.2.5. ETAPA 5: Afrontamiento a la enfermedad (4 sesiones)

6.2.5.1. Objetivo general

El paciente adquirirá estrategias para el manejo de sus estados emocionales con la finalidad de mantener conductas saludables y los niveles glicémicos estables.

6.2.5.1.1. Sesión 1

Mitos sobre la diabetes

Objetivo específico: El paciente modificará creencias irracionales sobre la diabetes que estén vinculadas con estados emocionales disfuncionales y las contrastará con información científica con la finalidad de mantener las conductas saludables en el control de la enfermedad.

Técnicas: Exposición, reestructuración cognitiva, diálogo socrático.

Material: Folletos, pizarrón, gises, hojas de registro.

Procedimiento: El terapeuta identificará las creencias irracionales que se hayan presentado durante las sesiones anteriores y las conjuntará en esta, presentándoselas al paciente, por ejemplo "la diabetes se cura". El terapeuta expondrá por qué es falsa esta creencia o guiará por medio de preguntas a la respuesta adecuada, por ejemplo, "si la diabetes se cura, entonces porque hay tantos enfermos" "si el páncreas funciona mal y no hay nada que mejore su funcionamiento, solo trasplantándolo, entonces ¿de qué forma se va a curar la diabetes?". Esta sesión es importante porque se resolverán dudas que tenga el paciente sobre su padecimiento y que estén o pudieran estar en un futuro obstaculizando el seguimiento óptimo de las indicaciones médicas.

Recomendaciones: Registrar estados emocionales, pensamientos y conductas además del registro de niveles de glicemia cada tercer día.

6.2.5.1.2. Sesión 2

Identificación de estados emocionales disfuncionales y su relación con los niveles de glicemia

Objetivo específico: El paciente identificará la relación entre estados emocionales disfuncionales y niveles de glicemia.

El paciente manejará el modelo de solución de problemas para iniciar con el control emocional.

Técnicas: Exposición, Modelo de Solución de Problemas

Materiales: Pizarrón, gises.

Procedimiento: Se pedirá al paciente que entregue sus hojas de registro. Se analizará el registro en base a la frecuencia de cada uno de los pensamientos registrados, las emociones descritas y conductas. Estas se asociarán a los niveles de glicemia. El terapeuta puede dar una breve explicación sobre el efecto fisiológico de las emociones en la concentración de glucosa en sangre, describiéndolo en el pizarrón. El paciente podrá recordar este punto visto durante la fase de educación para la salud y en caso de que no sea así el terapeuta lo auxiliará con preguntas guiadas sobre este tema. Se mostrará al paciente, con la hoja de registro, la manera en como están influyendo sus pensamientos en sus estados emocionales. Se mostrarán los pasos del modelo de solución de problemas para modificar los eventos conflictivos para el paciente analizando la conveniencia de cambiar la actitud o la naturaleza del problema. Entonces se mostrará el primer paso que es la definición del

TRCIS CON
FALLA DE ORIGEN

problema. Se proporcionarán ejemplos de este paso. Se proporcionará el folleto "Las emociones en la diabetes mellitus tipo 2" (folleto 10).

Recomendaciones: Traer por escrito la definición del problema más significativo para el paciente. Continuar con registros de niveles de glicemia.

6.2.5.1.3. Sesión 3 y 4

Entrenamiento en el modelo de solución de problemas

Objetivo específico: El paciente aplicará el modelo de solución de problemas para resolver conflictos que estén implicados en sus reacciones emocionales.

Técnicas: Modelo de solución de problemas

Materiales: Láminas, pizarrón, gises.

Procedimiento: Se pide al paciente la definición del problema y se describen los pasos siguientes que son la generación de alternativas, evaluación de las alternativas, selección de una de ellas, simulación y puesta en práctica. Para complementar la explicación se utilizará el **formato de solución de problemas** (anexo 17). El paciente registra la descripción de cada uno de estos rubros en función del conflicto que describió para esta sesión. Y el terapeuta estará supervisando la elaboración del registro.

Recomendaciones: Llevar a cabo la alternativa seleccionada y registrar los resultados. Continuar con el registro de niveles de glicemia.

6.2.6. ETAPA 6: Postevaluación (1 sesión)

6.2.6.1. Objetivo específico

El paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 será evaluado una vez concluido el tratamiento con la finalidad de verificar los conocimientos y habilidades adquiridos para comprobar la efectividad del tratamiento.

6.2.6.1.1. Sesión 1

Procedimiento: Se proporcionan los cuestionarios que contestó el paciente antes de iniciar el tratamiento y se le pide que los conteste nuevamente. Se califican y se comenta con el paciente los resultados obtenidos. Se indaga si existen dudas respecto al tratamiento impartido y se explica la siguiente etapa del proceso. Se cita a un mes.

Recomendaciones: Continuar con el monitoreo de glicemia cada semana y la supervisión médica. Indicar que en caso de tener algún problema para el control de la glicemia y requiere de orientación podrá llamar a su terapeuta para brindarle la atención que requiere.

6.2.7. ETAPA 7 Seguimiento (3 sesiones: al mes, 3 y 6 meses de concluido el tratamiento)

6.2.7.1. Objetivo específico

El paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 será evaluado mediante entrevista clínica en relación al control de los factores de riesgo para el cuidado de los niveles de glicemia en un lapso de 1, 3 y 6 meses para verificar el mantenimiento conductual.



6.2.7.1.1. Sesión 1, 2 y 3

Procedimiento: Se revisan los registros del paciente y se le pide que indique si ha tenido dificultades para continuar con los cuidados para el control de los niveles de glicemia. En caso de existir una recaída se explica al paciente que este episodio forma parte del proceso de cambio y es una oportunidad para aprender sobre las circunstancias que intervinieron en este evento. Se explica que se proporcionarán sesiones de reforzamiento específicas para manejar y superar la recaída. En caso de que el paciente haya mantenido el control de los factores de riesgo, se refuerza positivamente y se cita en el lapso de tiempo estipulado.

Recomendaciones: Realizar los registros semanales de nivel de glicemia y asistir a sus citas médicas.

7. APLICACIÓN DEL "PROGRAMA DE CONTROL GLICÉMICO PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2": UN CASO CLÍNICO

7.1. Datos generales

Nombre: H. V. J.

Edad: 53 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Unión libre

Nivel educativo: Primaria

Empleo: Atender tienda de abarrotes

Lugar de nacimiento: zona rural de Oaxaca

Motivo de consulta: a petición de su hija menor E. quien solicitó un mes antes apoyo psicológico refiriendo sentirse preocupada por el estado de salud de su padre que padece Diabetes Mellitus tipo 2. En la entrevista de orientación realizada se le comunicó la existencia de un programa para el control de la glicemia el cual orientaría a su padre en el manejo de su enfermedad.

7.2. Entrevista de exploración

El paciente se presenta a la entrevista en regulares condiciones de higiene y aliño en compañía de su hija mayor y su esposa. Menciona que el motivo por el cual asiste al Centro es por su hija menor, ya que ella se encuentra estudiando psicología y a él le preocupa que ella pudiera en un futuro descuidar sus estudios por estar pensando en él. "Yo pienso que no soy el primero ni el único y ella no debe sentirse mal, me tocó esto y no tengo como evitarlo, ya sé que me van a decir y luego lo platicué con mi esposa y mi hijo y entonces yo reaccioné y sé que tienen razón en que acuda a esta cita para ayudarla a ella, a mi hija y a mí, por eso tomamos esta decisión, ella no tiene un carácter fuerte, cuando le dije que no iba a venir, ella quería llorar y pues mejor decidí venir" (sic. pac).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.2.1. Evolución del padecimiento

El diagnóstico de DM2 se realizó hace 5 años (en 1998) en el Centro de Salud cuando presentó síntomas de hiperglucemia (sed intensa, polidipsia, poliuria). Considera que no le dió importancia "lo tomé normal" (sic. pac.) e inició con el tratamiento a base de Mellitron el cual ingirió por 20 días y tomaba té de hueso de tamarindo como agua de diario recomendado por familiares, al mes disminuyeron los síntomas, por lo que ya no continuó con el tratamiento médico "porque pensé que ya se me quitó" (sic. pac.). Continuó tomando el té de hueso de tamarindo por tres meses y refirió sentirse "normal" por dos años "no sé que fué lo que me lo quitó (los síntomas) si las pastillas o el té" (sic. pac.).

En diciembre del 2000 presentó nuevamente la sed intensa, recetándole pastillas de las cuales no recuerda el nombre "pero eran muy fuertes" (sic. pac.), tomaba dos al día por 15 o 20 días y percibía la vista nublada lo que le produjo miedo a las pastillas. Acudió al centro de salud y le cambiaron el medicamento (Mellitron) que no tomaba diariamente y las suspendió por 15 días y posteriormente las tomaba solo cuando se sentía mal (sed intensa, polidipsia, poliuria). Este manejo se presentó durante tres años.

Los niveles de glucosa variaban de 230 mg/dl en ayunas a 380 mg/dl después de comer, presentándose cambios bruscos "no sé si yo lo puedo controlar". Su hija E. le realiza monitoreo de glicemia cada semana en ayunas.

Hace 7 meses inició un tratamiento con un médico general privado el cual duró 6 meses. Acudió a él porque los hormigueos en las piernas y la sensación de picazón en el cuerpo ya eran muy molestos. Los medicamentos al inicio fueron Glucovance 500/2.5 mg. 1 tableta media hora antes del desayuno y media hora antes de la cena, Diabion 1 al día, Daflón 750 dos al día, Niugerón 1 tableta cada 12 horas. Posteriormente se modificó a Glucovance 500/5 mg. 1 tableta antes de cada alimento y Zactos 30 mg. 1 después del desayuno. Una enfermera del laboratorio que fabrica Glucovans lo visitaba 1 vez por semana para regalarle algunas revistas y tomarle una muestra de sangre para evaluar grado de glicemia. La última vez (dos días antes de la entrevista) el resultado fue de 450 mg/dl después de haber almorzado y comido naranjas con refresco light.

Hace 1 mes abandonó el tratamiento. Sus motivos fueron que no vio resultados (nivel de glucosa y hormigueo en las piernas sin cambios) y que el médico le mencionó la posibilidad de añadir inyecciones de insulina al tratamiento, hecho que asustó al paciente "porque puede ser más grave y que según esto afecta la vista... debe ser molesto inyectarse diario" (sic. pac.).

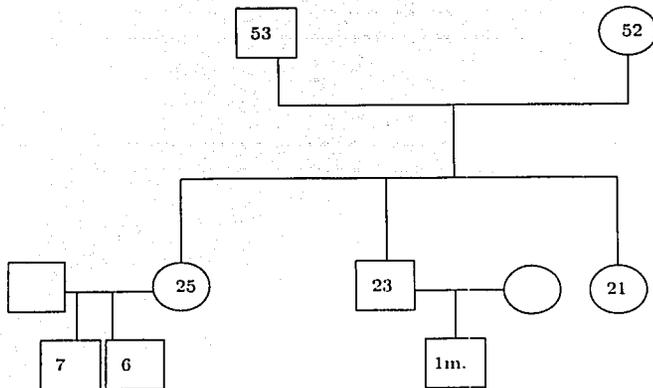
En relación a la alimentación refiere que no se ha controlado adecuadamente dado que al estar trabajando en la tienda es difícil controlar el deseo de comer pastelillos, botanas y galletas, que prácticamente consume una vez al día diariamente. Además de que en cada comida ingiere de 2 a 4 tortillas. Toma 1 refresco light al día y no toma azúcar en el café que consume diariamente. Su esposa es quien prepara los alimentos y su hija E. los lleva a la tienda.

En relación al ejercicio no lleva a cabo una rutina específica, sin embargo en sus actividades cotidianas tal como ir por mercancía, utiliza la bicicleta y al acomodar la mercancía en la tienda está realizando un esfuerzo físico constante.

La reacción de su familia ha sido de preocupación por parte de sus tres hijos de 25, 23 y 21 años, principalmente por parte de su hija menor, con quien vive

FALTA DE ORIGEN
 TESTIS CON
 NOO

FIGURA 13. Familiograma



en compañía de su esposa (ver familiograma en figura 13). Esta preocupación él la interpreta como una exageración de su parte ya que él en realidad no se siente mal.

Refiere que en diciembre del año pasado se dio cuenta que al tomar varios tequilas el nivel de glucosa bajó considerablemente y no se explica como se presentó esto si él sabía que la glucosa se incrementa cuando se ingiere alcohol.

Una vez finalizada la entrevista el paciente reconoció la necesidad que tenía para estar en el tratamiento psicológico "Voy a seguir las instrucciones que el médico me diga, no he seguido las instrucciones que me daban, no controlaba mi comida, llevo un control pero no como debe ser, esto es parte de mi error, pienso hacerlo ya y tomarlo en serio porque va en contra de mí mismo, no quiero acabar tan mal, esto ataca a varios órganos y si me preocupa pues si yo no me cuido quien me va a cuidar".

Se comprometió a asistir con otro médico que le recomendaron sus amistades que es un especialista para el tratamiento de la diabetes.

7.3. Evaluación

30 de enero de 2003.

Se aplicaron los instrumentos mencionados en el programa al paciente, su esposa e hija menor obteniéndose los resultados mostrados en la figura 14.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

FIGURA 14. Resultados de Aplicación de Instrumentos

Aspectos evaluados	Paciente	Esposa	Hija
Ansiedad	Mínima	Mínima	Mínima
Depresión	Mínima	Mínima	Mínima
Enojo	Normal	Normal	Normal
Conocimientos	7.3	3.4	10

7.4. Diagnóstico

El paciente presenta un déficit en adherencia al tratamiento médico caracterizado por automedicación y hábitos alimenticios inadecuados que contribuyen a la presentación de niveles elevados de glicemia (230 mg/dl).

7.5. Plan de tratamiento

El tratamiento se enfocará principalmente a educar al paciente en relación a las características de su padecimiento y entrenar la ejecución de conductas de adherencia al tratamiento médico prescrito, que básicamente consiste de toma de medicamentos y dieta baja en carbohidratos. Dado que los resultados del instrumentos aplicados no expresan estados emocionales alterados no se aplicará la parte correspondiente a esta área. Se describirá sesión por sesión los objetivos, técnicas, materiales, procedimientos y recomendaciones del terapeuta.

7.5.1. Sesión 1

6 de febrero de 2003

7.5.1.1. Objetivo específico

- El paciente describirá el nuevo tratamiento médico prescrito.
- El paciente identificará las complicaciones agudas y crónicas en la diabetes mellitus tipo 2.
- El paciente identificará los factores de riesgo a los que se expone en su vida cotidiana (alimentación, ejercicio, automonitoreo de glicemia, toma de medicamentos y control emocional) para comprender el efecto que tienen sus conductas sobre su salud.

7.5.1.2. Técnicas

Entrevista de exploración, exposición guiada.

7.5.1.3. Materiales

Láminas, pizarrón, gises.

7.5.1.4. Procedimiento

El paciente acude a consulta acompañado de su esposa. Se le pidió la receta médica expedida por el médico y que describiera el tratamiento prescrito. Entonces se inició con la exposición sobre la definición de diabetes y los síntomas que la acompañan. Se preguntaba al paciente si conocía sobre cada tópico y la terapeuta completaba sus respuestas. Al finalizar se les cuestionó sobre lo que habían aprendido en esta sesión y si tenían dudas al respecto.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

7.5.1.5. Resultados

El paciente indicó que el tratamiento consistía en:

- Sil NARBOROL (tabletas) 5/500 con un esquema de 1-1-1/2 en los días 'libres' y 0-1/2-0 en los días de "desintoxicación".
- Doloneurobión Forte (ampolletas) 1 mezcla cada tercer día hasta completar 5 aplicaciones intramuscular profunda.
- Doxium 500 (cápsulas) 1 al día.

Y en los días de "desintoxicación" (3 días de cada 7) hacer lo siguiente:

En las mañanas 1 licuado en crudo y sin colar de:

- 1 rama de perejil
- 1 nopal
- 1 rebanada de piña
- El jugo de 1 toronja o naranja
- Jugo de 1 limón

A mediodía y a cualquier hora: Pollo o pavo sin pellejo en la cantidad que se quiera acompañado de toda la verdura cocida o cruda que quiera sólo se permite 1 papa al día y cocida.

En las noches:

1 vaso de agua tibia con 10 gotas de vinagre de manzana y 2 cápsulas de lecitina de soya.

El paciente expresó su confianza en este nuevo médico. Respecto a la exposición el paciente se mostró cooperativo e interesado en los tópicos que se trataban. Su esposa respondía de forma más acertada pero menos entusiasta. Reconocieron los factores de riesgo involucrados en las complicaciones agudas y que el ingerir botanas (fritos) no era lo más adecuado para su dieta. Se proporcionó el folleto 1 "Información general sobre la diabetes mellitus tipo 2".

7.5.1.6. Recomendaciones

Se le propuso al paciente que otros alimentos podría ingerir como colación en lugar de las botanas (fritos) y decidió cambiarlo por yoghurt durante toda la semana.

7.5.2. Sesión 2

13 de febrero de 2003

7.5.2.1. Objetivo específico

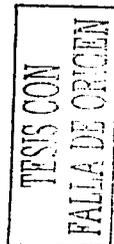
El paciente identificará las complicaciones crónicas en la diabetes mellitus tipo 2.

7.5.2.2. Técnicas

Exposición, preguntas dirigidas.

7.5.2.3. Materiales

Láminas, pizarrón, gises.



7.5.2.4. Procedimiento

El paciente asistió en compañía de su esposa. Se reforzó al paciente por traer sus registros completos, por seguir las indicaciones médicas al pie de la letra y por dejar de consumir las botanas (fritos) por 6 días. Se inició con un breve recordatorio de la sesión anterior tocando los puntos más importantes (factores de riesgo para las complicaciones agudas). La terapeuta inició indagando la información que ambos poseían en relación a las complicaciones crónicas. Y, acompañándose de las láminas, explicó de manera más detenida las razones por las cuales se presentaban tales complicaciones.

7.5.2.5. Resultados

El paciente reconoce que el tener una mayor información sobre su padecimiento le permite enfrentar de mejor manera la enfermedad. Surgieron dudas en relación a su estado de salud actual y en relación a su consumo de carne de puerco, el efecto de los medicamentos, las cuales anotó en una hoja. Se proporcionó el folleto 2 "Las complicaciones crónicas en la diabetes mellitus tipo 2".

7.5.2.6. Recomendaciones

Realizar las preguntas escritas a su médico y traerlas contestadas para la próxima sesión. Continuar con el registro de alimentos, medicamentos y niveles de glicemia.

7.5.3. Sesión 3

20 de febrero de 2003.

7.5.3.1. Objetivo específico

El paciente reconocerá los grupos de alimentos que conforman la dieta.

El paciente discriminará los alimentos que no son adecuados para el control de sus niveles de glicemia.

7.5.3.2. Técnicas

Exposición, preguntas dirigidas.

7.5.3.3. Procedimiento

Se indaga al paciente sobre las preguntas elaboradas para el médico, se piden sus registros de alimentación, medicamentos y nivel de glicemia. Se refuerza su participación en la elaboración de los registros. Se inicia exponiéndose los la relación entre alimentación y niveles de glicemia, los factores de riesgo tales como el ayuno prolongado, exceso de alimentos no adecuados. También se expuso los grupos de alimentos y la necesidad de tomar 2 litros de agua al día, ya que el paciente refirió que solo tomaba tres vasos de agua diarios. Se hicieron algunas aclaraciones importantes en relación a las causas de la diabetes. Se proporcionó el folleto 3 "La alimentación en la diabetes mellitus tipo 2".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.5.3.4. Resultados

El paciente señaló que el médico confirmó que su estado de salud estaba mejorando ya que estaban disminuyendo sus niveles de glicemia, los hormigueos disminuirían en el transcurso del tiempo al igual que la visión borrosa. Además identificó el medicamento hipoglucemiante, vitaminas, el medicamento para mejorar la circulación. De los alimentos indicó que podía comer "un poco de todo".

El paciente participó activamente durante la exposición y al finalizar expresó algunas dudas sobre la aparición de la diabetes, ante esto se explicó sobre la predisposición biológica para desarrollar la enfermedad y los factores de riesgo.

7.5.3.5. Recomendaciones

Registrar alimentos, toma de medicamentos y niveles de glicemia.

7.5.4. Sesión 4

13 de marzo de 2003

7.5.4.1. Objetivo específico

- El paciente distinguirá los alimentos que ingiere habitualmente de los que no consume con frecuencia.
- El paciente identificará los grupos de alimentos permitidos en su dieta. Que el paciente clasifique diferentes alimentos en los tres grandes grupos básicos (carbohidratos, proteínas y grasas).
- El paciente discriminará de entre los alimentos permitidos aquellos que aporten un menor nivel energético.

7.5.4.2. Técnicas

Exposición, preguntas dirigidas, reforzamiento positivo.

7.5.4.3. Materiales

Dibujos de alimentos plastificados, mesa, pizarrón, gises.

7.5.4.4. Procedimiento

El paciente acudió a consulta acompañado de su esposa. Se colocaron los dibujos en la mesa y se pidió a ambos que agruparan los dibujos de acuerdo a la clasificación mostrada la sesión pasada (carbohidratos, grasas y proteínas). Si había una clasificación errónea la terapeuta corregía y explicaba las propiedades del alimento para ubicarlo dentro del grupo correcto. Posteriormente se le pidió que dividiera los alimentos que con mayor frecuencia consumía y de ellos la frecuencia de los permitidos y no permitidos.

7.5.4.5. Resultados

El paciente y su esposa clasificaron los alimentos con guía de la terapeuta. Ejecutaron la clasificación con mayor facilidad en el área de alimentos permitidos y no permitidos y se pudo concluir que el paciente estaba incrementando la frecuencia del consumo de alimentos permitidos, principalmente las verduras. Sólo se detectó que el consumo de tortillas de 9 a 10 diarias era una cantidad importante, así que el paciente decidió disminuir su consumo. Surgieron dudas en relación el consumo de huevo (2 diarios), dado que incrementa el nivel de colesterol en la sangre. Se reforzó el hecho de haber disminuido los niveles de glicemia de cifras de 220 a 117.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

7.5.4.6. Recomendaciones

El paciente preguntará a su médico sobre sus niveles de colesterol actuales y tomar una mayor cantidad de agua. Continuar con los registros de alimentación, toma de medicamentos y glicemia.

7.5.5. Sesión 5

26 de marzo de 2003

7.5.5.1. Objetivo específico

El paciente elaborará platillos con bajo contenido energético y diferentes a los que habitualmente consume con la finalidad de variar su dieta.

7.5.5.2. Técnicas

Modelamiento, moldeamiento, retroalimentación positiva.

7.5.5.3. Materiales

Alimentos (lechuga romana, jitomate, cebolla, yoghurt, paprika, vinagre, aceite de olivo, nopales, frijoles refritos, queso panela, salsa verde, cilantro) para preparar 'Sopes de nopal' y 'Ensalada italiana', 1 cuchillo, 2 recipientes y 3 platos.

7.5.5.4. Procedimiento

El paciente acudió a la consulta con su esposa. Se pidió el registro de alimentos-toma de medicamentos-nivel de glicemia y se reforzó la disminución de consumo de botanas (fritos). Se explicó la tarea que se realizaría para este día. Se pidió a ambos que colaboraran en la preparación de los platillos. La terapeuta realizó algunas preguntas relacionadas con el hábito de la familia en la compra de los alimentos, tales como:

- ¿Dónde compran los alimentos?
- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Cuánto gastan en cada compra?
- ¿Qué compran con mayor frecuencia?

Una vez que estuvieron preparados los platillos se reforzó positivamente a los pacientes y se les pidió que los degustaran y dieran su opinión sobre el sabor que contenían. También se indagó que tan probable sería el que consiguieran los ingredientes y prepararan los platillos sugeridos. Se proporcionó el "Recetario para pacientes con diabetes mellitus tipo 2".

7.5.5.5. Resultados

El paciente y su esposa participaron activamente durante la sesión. El paciente refiere que sus niveles de colesterol no están alterados, por lo que no hay indicaciones específicas por parte del médico. Mencionaron que compran sus alimentos en el mercado diariamente (ocasionalmente en la tienda del ISSSTE) y gastan 100 pesos, si no compran carne es menos el gasto. Lo que compran con mayor frecuencia es el pollo (por la dieta prescrita por el médico) y verduras tales como berros, lechuga, papa y queso sierra. Posteriormente degustaron los platillos preparados, reportaron que el sabor era agradable y que no sería difícil conseguir los ingredientes para prepararlos.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

7.5.5.6. Recomendaciones

Revisar el recetario y continuar con el registro de alimentación, toma de medicamentos y niveles de glicemia.

7.5.6. Sesión 6

9 de abril de 2003.

7.5.6.1. Objetivos específicos

- El paciente reconocerá el tipo de medicamentos que le prescribió el médico.
- El paciente describirá el efecto que tienen los medicamentos en su organismo.
- El paciente reconocerá las conductas de riesgo en la toma de medicamentos, tales como sobredosis, no ingesta del medicamento y horarios no prescritos por el médico.

7.5.6.2. Técnicas

Exposición, preguntas dirigidas.

7.5.6.3. Materiales

Láminas con dibujos explicativos.

7.5.6.4. Procedimiento

Se pidió el registro al paciente y se revisó. Se indagó sobre la opinión del paciente en relación al recetario proporcionado. Se inició con la explicación sobre los tipos de medicamentos, su función y los riesgos en su ingesta. Se le pidió al paciente que identificara si ha presentado estos riesgos y se propuso una sesión para explicar más a detalle algunos de estos. Posteriormente se preguntó si había dudas sobre el tema expuesto.

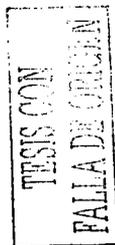
7.5.6.5. Resultados

El paciente presentó una medición baja de glicemia (66 mg/dl) ante la cual el paciente no pudo reconocer las causas. El paciente pudo identificar la necesidad de tomar en el tiempo indicado los medicamentos y que anteriormente el problema de no poder controlar los niveles de glicemia a pesar de tomar los medicamentos es que descuidaba la alimentación. Casi al finalizar la sesión reconoció que había dejado de tomar por tres días el medicamento y tomo unas cervezas para ver que sucedía hasta que se precató que el nivel de glicemia era bajo. Expresó dudas en relación al efecto que tienen el alcohol y el tabaco en la diabetes, ya que en su pueblo en Oaxaca recomiendan un trago de mezcal en ayunas para bajar el grado de glicemia y respecto al tabaco, ya que fuma 10 cigarrillos diarios, si esto influye en la glucosa. Ante esta serie de preguntas la terapeuta se comprometió a abordar este tema la siguiente sesión.

7.5.6.6. Recomendaciones

No hacer ningún tipo de cambio en la toma de sus medicamentos ni ingerir alcohol hasta que el paciente conozca las consecuencias de este tipo de conductas. Continuar con el registro de alimentación, toma de medicamentos y nivel de glicemia.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



7.5.7. Sesión 7

23 de abril de 2003.

7.5.7.1. Objetivo específico

El paciente reconocerá los efectos del consumo de alcohol y tabaco en la diabetes mellitus tipo 2.

7.5.7.2. Técnicas

Exposición, preguntas dirigidas, reforzamiento positivo.

7.5.7.3. Materiales

Láminas con dibujos explicativos.

7.5.7.4. Procedimiento

El paciente acude a consulta acompañado de su esposa. Se revisan los registros y se explora la reacción de la esposa del paciente ante el recetario que se le proporcionó la sesión pasada. Se refuerza positivamente a la esposa respecto a su participación en el cuidado de la salud del paciente. La terapeuta expone el proceso fisiológico que subyace al consumo de estas sustancias, los efectos inmediatos y a largo plazo y las formas en las cuales se pueden controlar. Se le proporcionó el folleto 11 "El alcohol y el tabaco como factores de riesgo en la diabetes mellitus tipo 2".

7.5.7.5. Resultados

En los registros no se detectaron más niveles bajos de glucosa. La esposa refirió que el recetario era adecuado sólo que la indicación del médico de comer pollo 3 veces por semana no le permitía tanto poner en práctica las sugerencias pero que si las llevaría a cabo. Una vez que se expuso el tema el paciente reconoció los riesgos que implica el consumo del alcohol y tabaco. También se aclararon dudas en relación a su estado actual en referencia a otros pacientes, y en relación a los hormigueos y calambres en el cuerpo. Se concluyó que la estrategia que estaba siguiendo el paciente era la pertinente para disminuir los niveles de glicemia y que los resultados se verían más adelante, ya que apenas se llevaba 1 mes de niveles de glicemia estables.

7.5.7.6. Recomendaciones

Continuar con el registro de glicemia y asistir a su cita con el médico.

7.5.8. Sesión 8

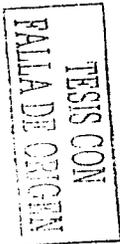
7 de mayo de 2003.

7.5.8.1. Objetivo específico

Que el paciente identifique si cuenta con estrategias adecuadas para controlar sus emociones y cuáles son.

7.5.8.2. Técnicas

Cuestionario socrático.



7.5.8.3. Procedimiento

Se revisaron los niveles de glicemia y se indagó si existió algún cambio en la prescripción médica. Se preguntó la frecuencia de cigarrillos que el paciente consumía al día y si existía algún estado emocional que antecediera a su consumo. Se reforzaron los esfuerzos del paciente para disminuir la cantidad de cigarrillos que consume y los recursos que posee para controlar sus emociones, dado que se han presentado circunstancias adversas que ha afrontado sin poner en riesgo su equilibrio emocional. Se exploró el grado e impacto emocional de la percepción de los hormigueos y calambres. Se reforzó positivamente la trayectoria del paciente.

7.5.8.4. Resultados

El paciente reportó que el esquema del tratamiento médico continuaba siendo el mismo y que había disminuido su consumo de cigarrillos a 5 por día, no identificando algún estado emocional que antecediera al consumo "solo lo hago por tener algo en la boca. . . creo que por eso cuando digo que lo dejo pues lo dejo y ya" (sic. paciente). Refirió que hace 15 días le robaron dinero y que se mantuvo tranquilo gracias a lo que pensó: "ya me han robado otras veces y no pasa nada", "pudo ser peor", "el dinero va y viene, lo que importa es mi salud". Se tomó el nivel de glucosa y se mantuvo en rangos normales. Este procedimiento cognitivo se reforzó en la sesión. Respecto a la percepción de hormigueos y calambres indicó que la intensidad de estos se encuentra en un 5 en una escala del 0 al 10. Estos síntomas le hacen pensar en la gravedad de su estado de salud, lo que finalmente optó por apegarse a las indicaciones médicas y esperar más tiempo para ver los resultados. Mientras tanto trata de enfocarse a su trabajo y no preocuparse en demasía para no alterarse, hecho que también se le refuerza.

7.5.8.5. Recomendaciones

Continuar con el registro de glicemia y elaborar un registro diario de molestias físicas (hormigueo, debilidad en piernas, comezón) y de cantidad de cigarrillos consumidos.

7.5.9. Sesión 9

21 de mayo de 2003.

7.5.9.1. Objetivo específico

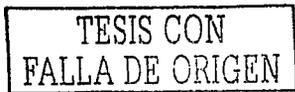
El paciente contestará los instrumentos aplicados al inicio del tratamiento con la finalidad de evaluar los resultados de la intervención psicológica.

7.5.9.2. Técnicas

Aplicación de instrumentos.

7.5.9.3. Materiales

Instrumentos impresos, mesa, silla y lápiz.



7.5.9.4. Procedimiento

Se pidió al paciente la hoja de registro y se revisaron los niveles de glicemia. Se reforzaron los esfuerzos del paciente por apearse a su tratamiento médico. Se explicó que se le proporcionarían los instrumentos que contestó antes de que iniciara el tratamiento. Una vez que contestó los cuestionarios se le preguntó si tenía alguna duda y que la próxima sesión se le informaría sobre los resultados.

7.5.9.5. Resultados

El paciente obtuvo puntajes normales aunque con una leve disminución de signos de ansiedad (hormigueos y cansancio físico). En el rubro de conocimientos sobre la enfermedad obtuvo una calificación más alta, 2,5 puntos mayor que al inicio del tratamiento.

7.5.9.6. Recomendaciones

Elaborar el registro de alimentación y niveles de glicemia para verificar los resultados.

7.5.10. Sesión 10

4 de junio de 2003.

7.5.10.1. Objetivo específico

El paciente estará informado sobre los resultados del tratamiento psicológico. El paciente evaluará el tratamiento psicológico proporcionado.

7.5.10.2. Técnicas

Entrevista de evaluación, aplicación de instrumento.

7.5.10.3. Materiales

Instrumento impreso, mesa, silla, lápiz.

7.5.10.4. Procedimiento

Se le pidió al paciente su registro de alimentación y niveles de glicemia. Se le informó sobre los resultados obtenidos de los cuestionarios que contestó y se le mostró una gráfica de los niveles de glicemia registrados a lo largo del tratamiento (ver figura 15). Se indagó sobre lo que había aprendido en el transcurso del tratamiento y lo que le había permitido disminuir sus niveles de glicemia. Se le proporcionó un cuestionario de satisfacción al tratamiento (anexo 19) y se le dió cita para dentro de 1 mes. Se proporcionó la gráfica de los resultados para mostrarla a su esposa e hija menor.

7.5.10.5. Resultados

En el registro de alimentos ya no aparecen botanas y el paciente refiere que esto se debe a que ya no tiene el deseo de consumir este tipo de alimentos. Por otra parte, reconoce que el hambre disminuyó considerablemente, esto asociado a los niveles de glicemia que ya se encuentra dentro de rangos normales. Refiere que aprendió a cuidarse y que el tomar los medicamentos y cuidar su alimentación le ayudaron a controlar sus niveles de glicemia. Reporta sentirse satisfecho con el tratamiento psicológico impartido y se compromete a regresar a su cita dentro de un mes.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

7.5.10.6. Recomendaciones

Continuar con las mediciones de glicemia, toma de medicamentos y alimentación adecuada. Asistir con su médico el 26 de junio y traer los resultados de sus análisis más recientes.

7.6. Resultados del Tratamiento

El paciente cuenta con información más completa y verídica de su padecimiento ya que antes desconocía con detalle los factores que influían en los niveles altos de glicemia y por lo tanto no ejecutaba las conductas recomendables para el cuidado de su salud. Reconoce la importancia del monitoreo constante y de la toma de sus medicamentos "así que ahora que hemos sabido lo que significa todo esto (la diabetes), pues por todas las consecuencias de esta enfermedad, por todos los folletos que nos ha dado, nos ha proporcionado, pues son cosas que yo desconocía, pues digamos, claro si iba con el doctor pero el doctor solo me decía, toma esto, no tomes esto, come esto, no comas esto y así nada más, pero así de detalles que nos diga esto es lo que provoca, lo que altera si baja el azúcar o si sube y todas esas cosas ya las he aprendido... yo creo que nos ha servido a los dos" (sic. paciente).

Se registró una disminución importante en sus niveles de glicemia eran en promedio de 230 mg/dl, en la etapa de evaluación el promedio fue de 198.2 mg/dl y el promedio durante el tratamiento fue de 118.4 mg/dl. En los dos primeros meses del tratamiento que estuvo enfocado a la educación para la salud el promedio fue de 147.2 mg/dl y en los dos siguientes meses fue de 87.3 mg/dl (ver figura 15).

Debido a esta disminución ya no se aplicaron las sesiones relacionadas con la ejecución de ejercicio físico, ya que el médico no dió una prescripción al respecto y sus niveles de glucosa se encuentran en rangos normales. Además el paciente se encontraba bajo de peso y sería contraproducente un ejercicio físico adicional al que ya ejecuta diariamente en su trabajo.

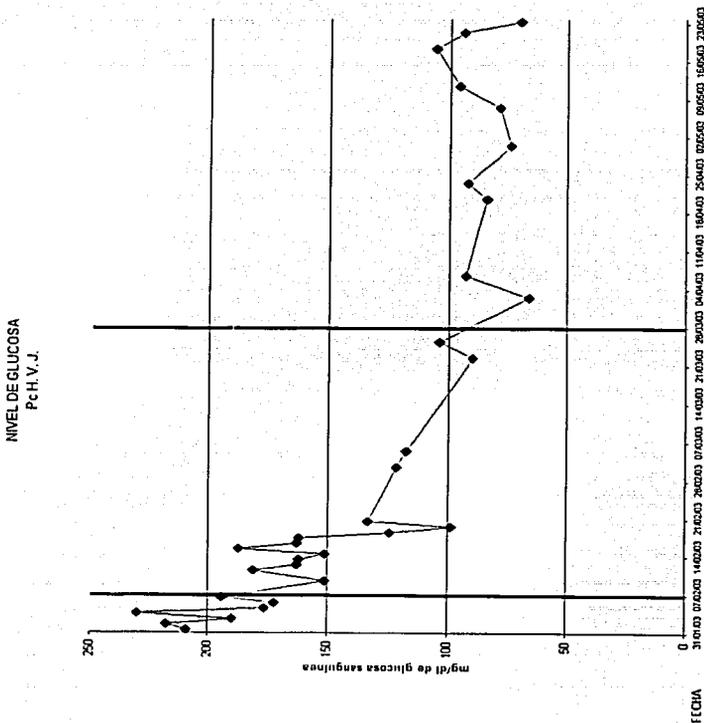
Respecto al peso corporal existió un aumento considerable ya que el 2 de diciembre de 2002 su peso fue de 51 kgs. y actualmente su peso es de 58 kg., un incremento de 7 kilos en 5 meses, sin existir un aumento en la glicemia, lo que quiere decir que su organismo está aprovechando la glucosa y metabolizándola de mejor manera.

Se pudo observar el impacto positivo del automonitoreo como agente reforzador de los cambios emitidos por el paciente, ya que al ver el decremento de sus niveles de glicemia lo alentaba a continuar con su tratamiento "si me sirve ver esto (la hoja de registro) porque así me da ánimos..." (sic. paciente). El paciente reporta ya no tener el hambre excesiva que anteriormente lo incitaba a consumir alimentos altos en carbohidratos que tenía a su alcance prácticamente todo el día en su trabajo (tienda de abarrotes). Por otro lado se disminuyó la intensidad de los síntomas de hormigueos y cansancio, principalmente.

El paciente acude a su consulta médica puntualmente y su toma de medicamentos es constante. El paciente refiere sentirse satisfecho con sus resultados y comprometido a continuar de la misma forma para empezar a ver resultados más positivos respecto a los síntomas físicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 15. Nivel de glicemia durante el Tratamiento



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.7. Conclusiones

El Programa de Control de Glicemia en Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 es muy reciente y su rango de aplicación no ha sido muy amplio ya que al Centro de Servicios acuden muy pocos pacientes con este diagnóstico. Se planea hacer una mayor difusión de este programa con la finalidad de recabar mayor información que conduye a retroalimentarlo y hacer modificaciones necesarias. En el caso en el cual se aplicó el programa se dieron buenos resultados a pesar de que no se aplicó por completo, dadas las características del paciente (estrategias de control

emocional adecuadas, apoyo familiar). Probablemente en un caso más complejo en el cual existe un severo descontrol de la alimentación, sobrepeso excesivo, alteraciones emocionales graves quizás será necesario implementar un mayor número de sesiones para modificar tales aspectos. Sin embargo, parece ser un buen inicio estructurado para enfrentar a una enfermedad que cada vez cobra más víctimas en nuestro país (recordando que es la primer causa de muerte) y que las Instituciones de Salud gastan cantidades desorbitantes de recursos sin ver resultados alentadores, debido a la idiosincracia de la población y al estilo de vida mexicano poco saludable que se practica actualmente. También será importante averiguar los resultados a largo plazo de este tipo de intervenciones, ya que como lo mencionaron algunos autores (Gonder L *et al.* 2002) el mantenimiento de los hábitos alimenticios, peso corporal y ejercicio han sido los principales objetivos y preocupaciones de los tratamientos cognitivo-conductuales en el manejo de la DM2.

7.8. Competencias profesionales alcanzadas durante la residencia

La experiencia durante estos dos años que más llamó mi atención fue el desarrollo de habilidades clínicas que considero fue muy rica, ya que el modelo de supervisión permitió que tanto la supervisora in situ como diferentes compañeros de distintos niveles académicos observaran mi trabajo y me retroalimentaran en mis ejecuciones. El modelo de entrenamiento me permitió adquirir una amplia gama de destrezas que fueron descritas en el capítulo 3 de este trabajo, desde la elaboración de entrevistas de exploración hasta la estructuración de programas de intervención y realizar funciones de supervisión. Sinceramente cuando ingresé a la Maestría desconocía la parte práctica de lo que era la terapia cognitivo-conductual, solo poseía algunos fundamentos teóricos. Y el contacto diario con pacientes me permitió adquirir ese conocimiento práctico especializado, que finalmente creo es el objetivo de una Maestría profesionalizante.

Otro aspecto importante fue el manejo de grupos que se dió con mayor frecuencia en el Instituto Nacional de Neurología aunque también se realizó en el Centro pero no con pacientes crónicos. Pude adquirir la habilidad para estructurar intervenciones en esta modalidad, implementando con mayor frecuencia la técnica de solución de problemas.

El integrarme al Programa me permitió además conocer la estructura y funcionamiento de un Centro de Servicios Psicológicos. Este hecho lo considero importante para mi desenvolvimiento como profesionista, dadas las escasas plazas existentes actualmente en la Secretaría de Salud que no permiten la demostración de la capacitación ofrecida en la Residencia en Medicina Conductual. Y la conformación de un centro de características similares podría demostrar estas competencias y satisfacer la demanda psicológica de pacientes que son atendidos médicamente en Instituciones de Salud Pública.

8. CONCLUSIONES

De acuerdo a mi experiencia dentro del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos puedo afirmar que este programa cuenta con los elementos necesarios para cubrir con los objetivos que en un principio se plantearon para el Centro de Servicios Psicológicos y con los objetivos planteados para la Residencia en Medicina Conductual ya que proporciona un entrenamiento completo en varios aspectos. En el aspecto clínico, la práctica constante, dada la cantidad de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pacientes que se atienden y el proporcionar tratamientos a largo plazo, permite a los estudiantes desarrollar habilidades clínicas necesarias para un buen desempeño terapéutico. El área de la supervisión nutre considerablemente el trabajo clínico y permite el desarrollo de habilidades de docencia en los residentes. Las instalaciones físicas, tales como la Cámara de Gesell y los consultorios facilitan tanto la supervisión (cuando el estudiante es observado realizando trabajo clínico) como el entrenamiento (cuando el supervisor modela habilidades clínicas) y el servicio a los pacientes.

Como sugerencia sería el que en el programa propedéutico que se proporciona a los estudiantes de la Residencia se amplíe el periodo de entrenamiento en el Centro, ya que considero que esta etapa es vital para la adquisición de herramientas clínicas indispensables para un buen desempeño dentro de las sedes hospitalarias.

Además se podrían aprovechar los recursos humanos que el mismo programa ha formado para cubrir las necesidades de supervisión dentro de las sedes hospitalarias, ya que está comprobado que el modelo que se maneja es muy eficiente para esta función, lo que incrementaría la calidad del trabajo institucional realizado.

Por otro lado, considero conveniente el que se brinde un mayor apoyo a este programa que ha crecido velozmente y que los recursos materiales y los espacios brindados no llegan a cubrir las necesidades del mismo y que finalmente garantizaría un mejor desempeño de sus integrantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84, 191-215.

Brannon, L. y Feist, J. (1997) *Health psychology*. California: BrooksCole Publishing Company.

Caballo, V. (1991) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo veintiuno editores.

Christenson, A. Moran, P. y Wiebe, J. (1999) Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*, 18, 169-176.

Clark, M., Hampson, S.E. (2001) Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with Type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*. Vol 42(3), 247-256.

Cox D, Gonder-Frederick L, Polonsky, Schlundt, D., Kovatchev, B. y Clarke, W. (2001). Blood glucose awareness training (BGAT-II: Long term benefits) *Diabetes Care*, 24 637-642.

Creer T (2000) Self-management of chronic illness en Boekaerts, M., Pintrich, P., Zeidner, M. (2000) *Handbok of Self-regulation*, California, Estados Unidos Academic Press.

DCCT: The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1993) The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent mellitus. *New England Journal of Medicine*. 320, 977-986.

Doherty Y, Hall D, James P,T, Roberts SH, Simpson J. (2000) Change counselling in diabetes: the development of a training programme for the diabetes team. *Patient Educ Couns.*, 40(3) 263-78.

Zurilla, T. (1986) *Problem-solving therapy: a social competence approach clinical intervention*, Nueva York: Springer.

Fringslos, M., Hastedt, P. y Surwit, R. (1987) Effects of relaxation therapy on patients with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 10, 72-75.

Feste C., y Anderson, R. (1995) Empowerment: a winning model for diabetes care. *Patient Education and Counseling*, 20, 139-144.

Glasgow, R. y Eakin, E. (1998) Issues in diabetes self management. (en Shumaker, E., Schron, J., Ockene J. y McBee, W. *The handbook of health behavior change* (pp. 435-461) New York: Springer.

Gonder, L., Cox, D., Ritterband, L. (2002) Diabetes and behavioral medicine: the second decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 611-625.

Guillen, M. (2002) Diabetes mellitus: como se manifiesta, como evoluciona y como se complica. *Ciencia*, 53, 54-62.

Hampson, S., Glasgow, R. y Strycker, L. (2000) Beliefs versus feelings: a comparison of personal models and depression for predicting multiple outcomes in diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 27-40.

Hernández, M. y Olaiz, G. (2002) La diabetes y el mexicano: un reto para la salud publica. *Ciencia*, 53, 8-17.

Hess, A. (1980) *Psychotherapy Supervision* New York: Wiley and Sons.

Holman, H., Loring, K. (2000) Patients as partners in managing chronic disease. *British Medical Journal*, 320, 526-527.

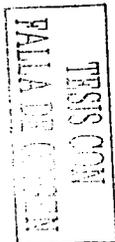
Kazdin, A. (1996) *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.

Latorre, J. y Beneit, P. (1992) *Psicología de la salud*. Buenos Aires: Lumen.

Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M. (1995) *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* Madrid: Pirámide.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Litzelman, D., Slemenda, C., Lungefeld, C., Hays, L., Welch, M. y Bild, D. (1993) Reduction of lower extremity clinical abnormalities in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, **119**, 36-41.
- Lorentzen, G. (1986) *Descripción evaluativa del trabajo realizado en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, durante el primer año de servicio (comprendido del 1o. de agosto de 1981 al 1o. de agosto de 1982)*. Tesis de Maestría, UNAM.
- Lustman, P., Anderson, R., Freedland, K., de Groot, M., Carney, R. y Clouse, R. (2000) Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, **23**, 934-942.
- Lustman, P., Griffith, L., Freedland, K., Kissel, S. y Clouse, R. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, **129**, 613-621.
- Norris, S., Engelgau, M. y Narayan, K. (2001) Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, **24**, 561-587.
- Ovalle, J. Educación: base primordial del tratamiento en Lerman, G. (2000) *Atención integral del paciente diabético 2a. ed.* Mc Graw Hill Interamericana, México.
- Robiner, W., y Keel, P. (1997) Self care behaviors and adherence in diabetes mellitus. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, **2**, 40-56.
- Rodríguez, G. (2000) *Relación médico-paciente. Interacción y comunicación*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Rubin, R., Peyrot, M. y Saudek, C. (1991) Differential effect to diabetes education on self-regulation and life style behaviors. *Diabetes Care*, **14**, 335-338.
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). *Diabetes Mellitus y Atención Primaria* (2000). Consultado Octubre, 2002 de <http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.htm>.
- Smith, E., Heckemeyer, C., Kratt, P. y Mason, D. (1997) Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM. *Diabetes Care*, **20**, 52-54.
- Stenstrom, U., Wikby, A., Hornquist, J. y Andersson, P. (1993) Recent life events, gender and the control of diabetes mellitus. *General Hospital Psychiatry*, **15**, 82-88.
- Stott, N. C., Rees, M., Rollnick, S., Pill, R. M., y Hackett, P. (1996) Professional responses to innovation in clinical method: Diabetes care and negotiating skills. *Patient Education and Counseling*, **29**, 67-73.
- Stott, N. C. H., Rollnick, S., Rees, M. R., y Pill, R. M. (1995) Innovation in clinical method: Diabetes care and negotiating skills. *Family Practice*, **12**, 413-418.
- Trigwell, P., Grant, P.J., & House, A. (1997) Motivation and glycemic control in diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, **43**, 307-315.
- Van de Ven, N., Chatrou, W. y Snoek, F. (2000) Cognitive behavioral group training (in Snoek F. y Skinner, T. (Eds.) *Psychology in diabetes care* (pp. 207-234) London: Wiley.)
- Watkins, C. (1997) *Handbook of Psychotherapy Supervision*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- Wiebe, D., Alderfer, M., Palmer, S., Lindsay, R. y Jarrot, L. (1994) Behavioral self regulation in adolescents with type 1 diabetes: negative affectivity and blood glucose symptom perception. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **62**, 1204-1212.
- Williams, K., Mullen, M., Kelley, D. y Wing, R. (1998) The effect of short periods of caloric restriction on weight loss and glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, **21**, 2-8.
- White, C. (2001) *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems*. England: John Wiley & Sons.



ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Forma-I

No. Expediente: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
DR. GUILLERMO DAVILA

107

FICHA DE ADMISIÓN

Fecha: _____

Es Personal Administrativo de la U.N.A.M. Estudiante de la U.N.A.M. Publico en general

Es Personal Academico de la U.N.A.M. Estudiante de otra Institución, cuál? _____

Nombre: _____

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre
_____	_____	_____

Calle	Número	Colonia
_____	_____	_____

Dirección: _____ C.P. _____ Teléfono: _____

Sexo: (M) (F) Edad: _____

Esp. Civil: _____

Con quien vive: PADRE () MADRE () PAREJA () HIJOS () OTROS ()

Estudia (SI) (NO) Nivel máximo de estudios: _____

Carrera: _____

Semestre: _____

Trabaja (SI) (NO) Donde trabaja: _____

En que consiste su trabajo? _____

Cuanto gana? _____ Cuántas personas dependen de este ingreso? _____

Quien o quiénes ayudan al ingreso familiar? _____

Si no trabaja, de quien o quiénes depende económicamente? _____

En que trabajan, y cuanto ganan? _____

Cuántas personas dependen de este ingreso? _____

Si es menor de edad nombre del responsable: _____

Motivo de la consulta: _____

Desde cuando le pasa esto? _____

Explique un poco más lo que le pasa, y por qué acude al Centro _____

Nota: al terminar continúe al reverso

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Ha recibido anteriormente, algún tipo de ayuda o tratamiento para resolver su(s) problema(s)?

SI () NO ()

En caso afirmativo especifique el tipo de tratamiento o ayuda y la fecha en que la recibió _____

Esta siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? SI () NO ()

Toma actualmente algún medicamento? SI () NO ()

Si su respuesta fue SI, especifique cuál, por qué, desde cuando, y quien se lo recetó? _____

Padece o ha padecido alguna enfermedad que considere significativa en su vida? _____

En caso afirmativo especifique cuál _____

Sus dificultades actuales están afectando o limitando alguna de las siguientes áreas:

(Indiquenos con una "X" en que grado: Escala: 1 = Nada * 10 = Mucho)

Amistades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Laborales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familiares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Académicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

NOTA IMPORTANTE:

El CSP ofrece sus servicios de acuerdo a la disponibilidad de horario y espacio del personal que labora en este Centro. Agradecemos de antemano su comprensión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Av. Universidad 3004, Cal. Copilco-Universidad
04510, Del. Coyoacán, México, D.F.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"



92

Facultad
de Psicología

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS ASISTENTES

Usted está por iniciar una terapia en el Centro de Servicios Psicológicos, es importante que conozca y esté de acuerdo con los siguientes puntos:

1. La terapia realizará una primera entrevista y al finalizar determinará la frecuencia, el número total de sesiones, el tipo de servicio (terapia individual, grupal, etc.), y el costo de cada sesión.
2. Es necesario que usted sea puntual y asista a todas sus sesiones. Si no puede asistir a alguna, favor de cancelar su cita con 24 horas de anticipación ya que si no avisa tendrá que pagar la sesión a la que no haya asistido, (el teléfono del Centro se encuentra en el carnet que usted recibirá). Es importante que no haya en cuenta que tres ausencias sin avisar pueden ocasionar la cancelación del servicio.
3. En algunas ocasiones, las sesiones de terapia pueden ser grabadas en audio o video y en otras solo observadas (atrás del espejo). Estas grabaciones solo serán observadas por el equipo de terapeutas o alumnos avanzados de la carrera de Psicología supervisados por los terapeutas del Centro a fin de monitorizar la calidad y consistencia del tratamiento.
4. Los datos personales que proporcione serán de carácter confidencial. Su nombre, así como alguna otra información que pueda identificarlo no podrá ser publicado, esta información quedará bajo resguardo del Centro de Servicios Psicológicos.
5. Las actividades del Centro de Servicios Psicológicos forman parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en las terapias pueden llegar a ser mencionados en libros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.
6. Durante el tratamiento se puede refusing a contestar cualquier pregunta, o negarse a participar en procedimientos específicos que se le soliciten o incluso, dejar la terapia. En cualquier caso usted podrá solicitar una alternativa de terapia o tratamiento.
7. Usted podrá evaluar la atención recibida por medio de formas especiales o sugerencias dirigidas a la Dirección del mismo.
8. Es probable que después de la terminación de la terapia alguna persona integrante del Centro se comunique con usted. Esto tiene como propósito hacer un seguimiento de la misma.

NOMBRE _____

Firma

FECHA _____
(día, mes y año)

TERAPEUTA RESPONSABLE _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO



CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLÓGICOS



93

FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

Nombre _____
Edad _____
Escolaridad _____

A continuación se le presentan una lista de síntomas. Si usted ha padecido alguno de éstos en los últimos 3 meses márkuelos con una X ; y especifique el grado de severidad con que los ha experimentado de acuerdo a la siguiente escala:

- 0 = ligero
- 1 = moderado
- 2 = fuerte
- 3 = severo

Taquicardia.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Dolor de pecho.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Sensación de sofocamiento.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Necesidad de aire.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Sensación de ahogo.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Mareos.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Sensación de irrealidad.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Aturdimiento.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Visión borrosa (oscurecimiento).....	(0)	(1)	(2)	(3)
Zumbido de oídos.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Hormigueo o adormecimiento				
en manos o en cara.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Calambres en pies o dedos.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Manos o pies fríos.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Náusea.....	(0)	(1)	(2)	(3)
Calambres en el estómago.....	(0)	(1)	(2)	(3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Hoja Frontal

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

Nombre del usuario: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Calle: _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____

Col. _____ Del. _____

C. P. _____

Tel. domicilio: _____ Tel. trabajo: _____ Recudos: _____

Responsable: _____ Teléfono: _____

Dx. Médico: _____

Dx. Psicológico: _____

Ubicación: _____

Fecha de ingreso a Psicología: _____ Fecha de alta en Psicología _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Resultados obtenidos: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Entrevista de Exploración

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

HISTORIA DEL PROBLEMA.

PRIMERA VEZ QUE SE PRESENTO EL PROBLEMA _____

DESCRIPCION DE LA PRIMERA VEZ _____

NUMERO DE VECES QUE SE HA PRESENTADO EL PROBLEMA _____

DESCRIPCION DE CADA UNA DE ELLAS _____

EN CADA OCASION ¿QUE SE HIZO PARA RESOLVERLO? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Si usted marcó el área de salud como afectada, favor de contestar la siguiente pregunta:

¿En la actualidad sufre alguna de las siguientes enfermedades?:

(Por favor marque Con una "X", la opción que se ajuste a su caso)

ENFERMEDAD	DIAGNOSTICADA		¿ESTÁ EN TRATAMIENTO?		ESPECIFIQUE
	SI	NO	SI	NO	
PRESION ALTA					
PRESION BAJA					
CANCER					
DIABETES					
DOLORES DE CABEZA					
TRASTORNO DIGESTIVO GASTRITIS, ULCERA, COLITIS					
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ASMA, SILICOSIS					
NEUROLÓGICAS PARKINSON, DEMENCIA, EPILEPSIA					
ARTRITIS					
DOLORES NEUROVASCULARES					
OTRA					
INSUFICIENCIA RENAL					

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

Molestares Gástricos

Hora Malestar	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Ardor Dolor	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
Hambre	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
Inflamación	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
Fiatulencias	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
NAM
Medicina Conductual

Nombre Paciente: _____ Fecha: _____

CADENA COGNITIVO-CONDUCTUAL

FECHA/HORA	SITUACIÓN	¿QUÉ PIENSO?	¿QUÉ SIENTO?	INTENSIDAD	¿QUÉ HAGO?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 7

HORARIO DE ACTIVIDADES.

Nombre: _____

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7:00-8:00 a.m.							
8:00-9:00 a.m.							
9:00-10:00 a.m.							
10:00-11:00 a.m.							
11:00-12:00 a.m.							
12:00-1:00 p.m.							
1:00-2:00 p.m.							
2:00-3:00 p.m.							
3:00-4:00 p.m.							
4:00-5:00 p.m.							
5:00-6:00 p.m.							
6:00-7:00 p.m.							
7:00-8:00 p.m.							
8:00-9:00 p.m.							
9:00-10:00 p.m.							
10:00-11:00 p.m.							

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REGISTRO DEL CONTROL DE PESO

Nombre: _____

Edad: _____

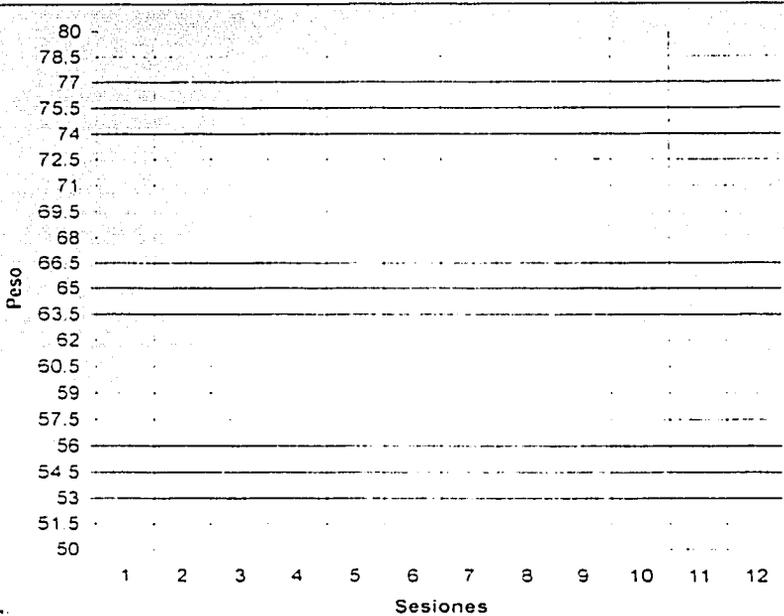
Sexo: _____

Estatura: _____

Complexión: _____

Peso actual: _____

Peso ideal: _____



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____
HORA: _____
PAGO _____

Modalidad De Tratamiento

INSTRUMENTO	CALIFICACION	INTERPRETACION	TECNICA

MODALIDAD DE TRATAMIENTO: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOSANEXO 11FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

PROGRAMA DE TRATAMIENTO**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Dx. Médico: _____

Dx. Psicológico _____

Objetivo del Tratamiento: _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Áreas de trabajo _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

h) Cambios duraderos en el medio ambiente _____

3. Análisis funcional de la conducta

a) Eventos (manifiestos y/o encubiertos) que preceden a la conducta _____

b) Eventos (manifiestos o encubiertos) que siguen a la conducta _____

c) Ganancias secundarias por emitir la conducta _____

4. Motivación para el cambio

a) ¿Que será diferente cuando el problema se elimine?
 para el paciente _____

para la familia _____

para el personal medico _____

b) Eventos (reforzadores) potenciales que apoyen el cambio de la conducta
 le agrada al paciente _____

le desagrada al paciente _____

le es indiferente al paciente _____

5. Otras personas significativas para el paciente _____

- Área Académica

Actividades _____

- Área institucional

Actividades _____

_____**9. Evaluación del Programa de Intervención**a) Monitoreo del programa de tratamiento _____
_____b) Programación del mantenimiento del cambio de conducta _____
_____c) Resultados obtenidos _____
_____d) Satisfacción al tratamiento _____

Nombre y firma del terapeuta_____
Nombre y firma del co-terapeuta_____
Nombre y firma del supervisorTRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

No. de sesión: _____
Fecha: _____

Descripción del problema: _____

Objetivo de intervención: _____

Técnicas de intervención: _____

Procedimiento: _____

Resultados: _____

Recomendaciones: _____

Observaciones: _____

No. de sesión: _____
Fecha: _____

Descripción del problema: _____

Objetivo de intervención: _____

Técnicas de intervención: _____

Procedimiento: _____

Resultados: _____

Recomendaciones: _____

Observaciones: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ANEXO 13

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Atención Psicológica a Pacientes Crónico Degenerativos**Forma de Canalización**

EXPEDIENTE _____

FECHA _____

No SESIONES _____

PAGO _____

Nombre _____

Motivo de Consulta _____

_____Resumen del Caso _____

_____Motivo de Canalización _____

_____Justificación o Programa al que se Canaliza _____

_____Observaciones y/o Sugerencias _____

TERAPEUTA RESPONSABLE _____

CO - TERAPEUTA _____

SUPERVISOR _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Centro De Servicios Psicológicos
" Guillermo Dávila "
Facultad de psicología
UNAM

Programa de Atención Psicológica a
Enfermedades Crónico-Degenerativas



Ficha De Canalización

Nombre del Paciente: _____

Institución o Programa: _____

Dirección: _____

Teléfono (s): _____

Horario de Atención: _____

ANEXO 14

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

ANEXO 13

REGISTRO DE RELAJACIÓN

Nombre _____

Terapeuta _____

Sesión	Presión arterial	Tasa Cardíaca	Temp Manos	Tasa Resp	Tiempo Total	Presión arterial	Tasa Cardíaca	Temp Manos	Tasa Resp	Auto reporte

Observaciones _____

FALTA DE DATOS

¿DÓNDE ESTÁ LA EVIDENCIA?

SITUACION	EMOCION %	PENSAMIENTO O IMAGEN %	EVIDENCIA A FAVOR	EVIDENCIA EN CONTRA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO %	EMOCIÓN %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUGERENCIAS PARA CONTESTAR LA HOJA "¿DÓNDE ESTÁ LA EVIDENCIA?"

SITUACIÓN	EMOCIÓN %	PENSAMIENTO O IMAGEN %	EVIDENCIA A FAVOR	EVIDENCIA EN CONTRA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO %	EMOCIÓN %
¿Qué sucedió?	Describe cada emoción con una palabra (por ej. enojo, tristeza, frustración, culpa, decepción, nerviosismo, miedo, depresión, etc.) Califica la intensidad de cada emoción de 0 a 100%.	Contesta todas o algunas de las siguientes preguntas: ¿qué ideas estaban pasando por mi cabeza justo antes de empezar a sentirme de esa forma? ¿Qué es lo que esa situación significa sobre mí, de mi vida, de mi futuro? ¿A qué tengo miedo si ocurriese? ¿Cuál es la peor cosa que ocurriría si eso fuera verdad? ¿Qué consecuencias tendría esto acerca de lo que otras personas sienten o piensan de mí? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de mí mismo respecto a esa situación?	Elige de la columna anterior el pensamiento o imagen que más malestar emocional te genera (enciérralo en un círculo)	¿Qué experiencias he tenido que muestran que este pensamiento no es siempre cierto? Si mi mejor amigo o alguien que yo quisiera tuviera ese pensamiento, ¿qué le diría? Si mi mejor amigo supiera lo que yo estaba pensando, ¿qué me diría, qué evidencia me subrayaría para sugerir que mis pensamientos no son 100% verdad? Si dentro de 5 años pensara en esta situación, ¿la miraría de forma diferente, me centraría en alguna parte diferente de mi experiencia? ¿Hay alguna cualidad en mí o en la situación que estoy ignorando? ¿Estoy llegando a algunas conclusiones en las columnas 3 y 4 que no están apoyadas por la evidencia? ¿Estoy culpándome a mí mismo por algo de lo cual yo no tengo el control?	Considerando la evidencia en contra, ¿qué nuevos pensamientos o imágenes sugieres? ¿Qué pensamiento más realista podría sustituir al que elegiste en la tercera columna? ¿Con qué frase puedes resumir todas las evidencias en contra? Si un amigo estuviera en esta situación, tuviese estos pensamientos y tuviese estas evidencias a favor y en contra, ¿qué opinión le darías? ¿Qué le sugerirías para entender la situación? Resume todas las evidencias a favor en una frase y todas las evidencias en contra en otra frase. Únelas con la palabra "y". ¿Has creado un pensamiento alternativo que tenga en cuenta toda la información recabada?	Vuelve a escribir las emociones de la segunda columna. Escribe cualquier otra emoción que surja al observar tus pensamientos alternos. Califica la intensidad de estas emociones de 0 a 100%.

Adaptado de: Greenberger, D. & Padesky, Ch. (1995). *El control de tu estado de ánimo*. España: Paidós. Pp. 96, 97.

S

¿Cuál es la mejor opción?

¿Qué se necesita para hacerlo?

Ahora... ¡¡vamos a ensayarlo!!

¿Funcionó adecuadamente?

...LLEVARLO A CABO

SÍ NO

Si no, ¿por qué no funcionó?

¿Qué necesito para mejorarlo?

Y AHORA... ¡MEJORARLO!



Quando haya funcionado...

¡¡¡MUCHAS FELICIDADES!!!

Has llevado a cabo correctamente el SOCS...

¡¡¡Puedes seguir utilizándolo en otras situaciones!!!



SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

SOCS

TECNOLOGÍA
FALLA DE ORIGEN

Centro de Servicios Psicológicos
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA
 UNAM
 RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

ANEXO 18

Reporte de Alta.

EXPEDIENTE _____
 FECHA _____
 No. SESIONES _____
 CUOTA _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO: _____

MODALIDAD DEL TRATAMIENTO: _____

LOGRO DE OBJETIVOS

1. CONDUCTA PROBLEMA: _____

2. MEDICO: _____

3. FAMILIAR: _____

4. LABORAL: _____

5. SOCIAL: _____

6. ACADÉMICA: _____

7. SEXUAL: _____

OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS TERAPÉUTICAS

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____
 CO-TERAPEUTA: _____
 SUPERVISOR: _____

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

Fecha: _____

Nombre: _____

Terapeuta: _____

Duración del tratamiento: _____

ANEXO 19

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

El presente cuestionario tiene como finalidad recabar datos para la evaluación de la satisfacción del tratamiento que usted recibió, dichos datos serán útiles para mejorar la atención que presta este centro, le pedimos que explique claramente sus respuestas. Por su colaboración, GRACIAS.

1. ¿Qué esperaba al solicitar el tratamiento psicológico?

2. ¿Se cumplió lo que esperaba del tratamiento?

3. ¿El terapeuta contribuyó al cumplimiento de lo esperado por usted?

4. ¿Hubo algún tema o aspecto que hubiera querido tratar en la terapia y no lo hizo? si () no ()
¿Cual?

5. ¿Aprendió algo que le puede servir en su vida cotidiana? si () no ()
¿En que forma?

RESPECTO AL CENTRO DE SERVICIO:

6. ¿Que fue lo que más le gusto del centro de servicios psicológicos?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7 ¿Qué fue lo que menos le gustó del centro de servicios psicológicos?

8 ¿Qué fue lo que no le gustó del centro de servicios psicológicos?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Reporte de Baja

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

Nº. SESIONES: _____

PAGO: _____

Nombre del paciente _____

Edad _____ Sexo _____ Edo Civil _____

Motivo de consulta _____

Objetivo de Tratamiento _____

Modalidad de Tratamiento _____

Motivo de Baja _____

Fechas de Rescates

1) _____ 2) _____ 3) _____

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____

CO-TERAPEUTA: _____

SUPERVISOR: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REGLAMENTO PARA INTEGRANTES DEL PROGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA A ENFERMOS CRONICO-DEGENERATIVOS

Los integrantes del programa se presentarán en el servicio acatando los siguientes lineamientos:

1. Portar la bata blanca y gafete.
2. Registrar la asistencia por escrito en el formato correspondiente.
3. Asistir puntualmente en el horario establecido.
4. Atender a los pacientes puntualmente y no permitir que espere mas de 10 minutos. Y colgar el gafete en la manija del cubículo que se esté ocupando.
5. Elaborar la nota psicológica en la recepción al finalizar la sesión.
6. Avisar con anticipación cuando no se pueda asistir al servicio mínimo con 3 días de anticipación si es una actividad planeada y si se trata de una urgencia comunicarse ese día.
7. Dirigirse a toda persona del Programa y del Centro de Servicios Psicológicos con respeto y amabilidad.
8. En caso de tener que salir del servicio para realizar alguna actividad, avisar en que lugar se encontrará y el tiempo que se llevará para que pueda ser localizado en caso necesario.
9. Vigilar que el cubículo se encuentre con algún integrante del programa. En caso extremo de tener que ver a un paciente y no hay algún compañero, avisar a la recepción o dejar un mensaje en el pizarrón que indique donde nos encontramos.
10. En caso de tener dudas sobre el servicio o hacer aclaraciones, dirigirse con el responsable inmediato, de tal forma que se respeten las líneas de autoridad.
11. Al finalizar la jornada, registrar la hora de salida y reportar las actividades realizadas ese día en el formato correspondiente.
12. En caso de atender llamadas telefónicas de un integrante que no se encuentre, colocar el recado en el corcho.

En caso de no seguir los lineamientos establecidos, el integrante se hará acreedor a distintos tipos de sanciones. Estas dependerán de la frecuencia y tipo de falta presentada por el integrante del equipo. Las sanciones serán designadas por los responsables del servicio.

Nombre del integrante: _____

Firma del integrante: _____

Fecha: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. FICHA DE IDENTIFICACION PERSONAL

Nombre: _____

Edad: _____ Estado civil: _____ Lugar de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Nivel Educativo: _____ Empleo: _____

Ingreso mensual: _____

Dx. Médico: _____

II. FAMILIOGRAMA

III. MOTIVO DE CONSULTA

1 Motivo de consulta (definición del problema en palabras del paciente): _____

_____2 Explicacion que da el paciente por lo que considera que esto es un problema: _____

_____3 Areas afectadas _____

_____TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fecha (año) en que le diagnosticaron la diabetes: _____

¿Qué tipo de diabetes padece?: _____

¿De qué forma el médico detecta la enfermedad? _____

¿Cuál fue su primera impresión y/o reacción al recibir el Dx de diabetes? _____

¿Bajo qué circunstancias se dió el Dx (estando solo o acompañado, forma en que se comunico el medico, etc.)? _____

¿El paciente realizó preguntas al medico durante el informe del Dx? Si _____ ¿Cuales? _____

No _____ ¿Por qué? _____

¿Como se sintio el paciente durante el informe del Dx? _____

¿En qué pensaba mientras recibia el Dx? _____

¿En qué pensó y/o sintió después de salir del consultorio? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Qué hizo después de conocer su Dx? _____

¿Quién fue la primer persona a la que le comunicó su Dx y por qué? _____

¿Cuál fue la reacción de esa persona cuando se enteró del Dx? _____

¿A quién más informó usted de su enfermedad y que reacción tuvieron ellos? _____

¿Cuál ha sido su estado de ánimo o emocional desde que se enteró de su Dx médico? _____

¿Considera usted que su estado de ánimo ha ido empeorando? No ____ ¿Qué ha hecho para que no empeore? _____

Si ____ ¿A partir de cuando considera que empezó a empeorar su estado de ánimo o emocional? _____

¿Por qué cree usted que empeoró, que se agregó a lo que ya sentía o pensaba? _____

¿Su estado de ánimo ha influido para que disminuya el interés por el cuidado de su salud? Si ____ ¿De qué manera? _____

No ____ ¿Que ha hecho para que su interés no disminuya? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Ha recibido ayuda de su familia para el cuidado de su bienestar físico y emocional? Sí _____ ¿Quiénes se la han proporcionado? _____

¿De qué manera se la han proporcionado? _____

No _____ ¿Por qué? _____

¿Quiénes y de que forma le gustaría que lo apoyaran? _____

¿Ha tenido familiares con diabetes? No _____ Sí _____ ¿Quién o quiénes? _____

¿Qué ha sucedido con ellos? _____

¿Lo que ha sucedido con ellos qué le hace sentir o pensar? _____

¿Ha tenido episodios de hipo o hiperglucemia? No _____ ¿Por qué cree usted que no los ha tenido? _____

Si _____ Desde que le diagnosticaron la enfermedad ¿cuantas veces y en que fechas ha ingresado al hospital por episodios críticos de hiper o hipoglucemia? _____

¿Cual ha sido la causa de dichos episodios? _____

¿Como se siente y que piensa al salir del hospital después de estos episodios? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Qué hace después de estos episodios? _____

¿Cómo ha reaccionado su familia ante estos episodios críticos? _____

IV SITUACIÓN FÍSICA ACTUAL

Peso: _____ Talla: _____ Estatura: _____

¿Cuáles de estos síntomas ha presentado en la última semana?

Orina frecuente o abundante	_____
Sed frecuente	_____
Orinar en la noche frecuentemente	_____
Hambre frecuente	_____
Pérdida de peso	_____
Sensación de debilidad	_____
Mareos	_____
Desmayos	_____
Dolores de cabeza	_____
Dolor de pantorrillas al caminar	_____
Vision borrosa	_____

¿Ha recibido tratamiento médico adicional al de la diabetes (por ejemplo hipertensión, insuficiencia renal, etc.)? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Última vez que se revisó y resultado obtenido:

Nivel de glicemia: _____

Presión sanguínea: _____

Examen de colesterol: _____

Orina: _____

Revisión de pies: _____

Otros: _____

V ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MEDICO

a) Supervisión medica

¿Que tipo de servicio médico tiene? _____

¿Qué especialidad tiene o tienen sus médicos? _____

¿Cada cuando visita a su medico? _____

¿Ha tenido dificultades para asistir a sus citas con el medico? ¿Cuáles? _____

¿Qué opinión tiene usted de su medico? _____

b) Toma de medicamentos

¿Que medicamentos le han prescrito (incluyendo insulina)? _____

¿En que dosis y frecuencia debe tomarse dichos medicamentos? _____

¿Conoce si los medicamentos que toma provocan efectos secundarios? No _____ Si _____ ¿Cuáles son? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Ha presentado algunos de estos problemas para tomar sus medicamentos?

Frecuencia semanal

- () Olvidos _____
- () Tomarlo después de la hora indicada _____
- () Tomar una dosis mayor a la prescrita _____
- () Efectos adversos de los medicamentos
Cuales (somnolencia, nauseas, etc.) _____
- () Modifica su dosis dependiendo de cómo se siente _____
- () Falta de recursos económicos para adquirirlos _____
- () No surtieron la receta en el hospital _____
- () Cree que el medicamento no es conveniente
y por eso no lo toma _____

¿Qué tratamientos alternativos ha seguido (licuados, curandero, acupuntura)? _____

¿Con que frecuencia los sigue? _____

¿Cómo se siente y que piensa con relación a los medicamentos prescritos por su medico? _____

e) Dieta

Describe los alimentos y la proporción de los mismos consumidos el día de ayer (en el recuadro de alimentos)

¿Cuales son los alimentos permitidos en su dieta? _____

¿Con que frecuencia los ingiere? _____

¿Cuales son los alimentos no permitidos en su dieta? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Con que frecuencia los ingiere?

¿Cuántas comidas regularmente hace usted al día?

¿Ingiera usted refrigerios (colaciones)? No _____ ¿Por qué?

Si _____ ¿Qué alimentos, en que horarios y en que cantidades?

¿Con qué frecuencia a la semana se salta comidas?

¿Le gusta la dieta prescrita por el medico? Si _____ ¿Por qué?

No _____ ¿Por qué?

¿Le resulta difícil apegarse a su dieta en fiestas o reuniones sociales? Si _____ ¿Qué es lo que le resulta difícil?

No _____ ¿Qué es lo que le permite hacerlo?

¿Qué dificultades ha presentado generalmente para seguir su dieta?

¿Como se siente y que piensa con relación a la dieta prescrita por el medico?

d) Ejercicio

¿Conoce usted la razón por la cual el medico le recomendó hacer ejercicio? ¿Cuál es?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Qué tipo de ejercicio le recomendó el médico realizar, con qué frecuencia y duración? _____

¿Actualmente practica el ejercicio recomendado? Si _____ ¿Con qué frecuencia y duración a la semana? _____

No _____ ¿Por qué? _____

¿Qué dificultades ha tenido para realizar su ejercicio? _____

¿Cómo se siente y que piensa con relación al ejercicio recomendado por su médico? _____

e) Automonitoreo

¿Con qué frecuencia se mide los niveles de glicemia? _____

¿Qué método utiliza para medirlos? _____

¿En qué horarios generalmente? _____

¿Dónde se realiza el examen? _____

¿Alguien le toma la muestra de sangre? ¿Quién? _____

¿Cuál ha sido el nivel promedio de glicemia detectado? _____

¿Tiene usted otra forma de detectar cuando su nivel de glicemia se encuentra alto o bajo?

a) No, solo con el chequeo _____

b) Si _____ ¿Cómo puede darse cuenta (mareos, boca seca, temblor muscular, etc.)? _____

¿Qué hace usted cuando detecta que sus niveles de glicemia no están dentro de los parámetros normales? _____

¿Qué piensa y/o siente cuando sus niveles de glicemia no están dentro de los parámetros normales? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Qué hace o comenta su familia cuando detectan que sus niveles de glicemia no son los adecuados? _____

f) Conductas de autocuidado

¿Se ha realizado un examen del estado de sus pies? Sí _____ ¿Dónde? _____

No _____ ¿Por qué? _____

¿Por qué los médicos sugieren que los pacientes con diabetes deben revisarse sus pies? _____

¿Cuáles son los cuidados que debe tener un paciente diabético con sus pies? _____

¿Ha sufrido alguna herida por accidente? No _____ Si _____ ¿Cuáles son las medidas que ha tomado cuando llega a sufrir alguna herida? _____

¿Cuál es la relación entre el cuidado de las heridas y su padecimiento? _____

¿Se ha realizado algún examen oftalmológico? No _____ ¿Por qué? _____

Sí _____ ¿Con qué frecuencia lo realiza? _____

¿Por qué es recomendable hacerse un examen oftalmológico? _____

g) Control emocional

Indique cuales son las emociones y con que frecuencia a la semana experimenta usted y en que intensidad (del 1 al 10)

Frecuencia Intensidad

_____ _____ Angustia

_____ _____ Tristeza

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

_____ Enojo

_____ Vergüenza

¿Qué siente en su organismo cuando esta alterado emocionalmente (temblores, tensión muscular, manos frías, etc.)? _____

¿Generalmente qué situaciones provocan el que usted se sienta alterado emocionalmente? _____

¿Hace usted algo para tranquilizarse? ¿Qué hace? _____

¿De qué manera cree usted que influyen las emociones en su padecimiento? _____

¿Que hacen sus familiares cuando usted se encuentra alterado emocionalmente? _____

Para usted, ¿qué significa tener diabetes? _____

¿Por que cree usted que se enfermó? _____

¿Cree usted que la diabetes lo ha modificado a usted como persona? No _____ ¿Qué le ha permitido ser el mismo? _____

¿Si _____ ¿Como era usted antes a diferencia de ahora? _____

VI RELIGION

¿Es usted practicante de alguna religión? No _____ ¿Por qué? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si _____ ¿Cuál? _____

¿ La religión que practica ha representado un apoyo para usted en relación a su padecimiento? No _____ ¿Por qué? _____

Si _____ ¿De qué manera? _____

VII. EXPECTATIVAS DEL TRATAMIENTO

¿Qué espera usted del tratamiento psicológico?

¿Cómo se imagina a usted mismo una vez terminando el tratamiento?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS

CUESTIONARIO DE DIABETES

Instrucciones: A continuación se le hacen algunas preguntas para identificar que tanto usted conoce sobre su enfermedad para darle un tratamiento mas completo y eficaz.

1. ¿Qué es la diabetes?

2. ¿Qué es la glucosa?

3. ¿Qué es el páncreas?

4. ¿Qué es la insulina?

5. ¿Qué es la hiperglucemia?

6. ¿Que es la hipoglucemia?

7. ¿Cuáles son las indicaciones médicas para la diabetes (recomendaciones)?

TE
FALLA DE ORIGEN

8. ¿Por qué es importante revisar el nivel de azúcar?

9. ¿Qué pasa en nuestro organismo cuando comemos dulces o nos excedemos en la comida?

10. ¿Qué tiene que ver el ejercicio con la diabetes?

11. ¿Qué tienen que ver la toma de medicamentos y la insulina con la diabetes?

12. ¿Cuál es el efecto que tienen las emociones fuertes como el enojo o el miedo en los niveles de azúcar?

13. ¿Qué pasa en nuestro cuerpo cuando no nos hemos cuidado el nivel de azúcar en la sangre a lo largo de los años?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre:	
Fecha:	Edad:
Sexo:	Edo. Civil:
Escolaridad:	Ocupación:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 0 Yo no me siento triste
 1 Me siento triste
 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

- 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
 1 Me siento descorazonado por mi futuro
 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

- 0 Yo no me siento como un fracasado
 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
 3 Siento que soy un completo fracaso como persona

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

- 0 En realidad yo no me siento culpable
 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 3 Me siento culpable todo el tiempo

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- 0 Yo no me siento que esté siendo castigado
- 1 Siento que podría ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que he sido castigado

- 0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo
- 1 Estoy desilusionado de mí mismo
- 2 Estoy disgustado conmigo mismo
- 3 Me odio

- 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
- 1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
- 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
- 3 Me culpo por todo lo malo que suceda

- 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
- 1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
- 2 Me gustaría suicidarme
- 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 0 Yo no lloro más de lo usual
- 1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
- 2 Actualmente lloro todo el tiempo
- 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

- 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
- 1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritado todo el tiempo
- 3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

- 0 Yo no he perdido el interés en la gente
- 1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
- 2 He perdido en gran medida el interés en la gente
- 3 He perdido todo el interés en la gente

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 1 Pospongo tomar decisiones más que antes
- 2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 3 Ya no puedo tomar decisiones

ESTE COM
FALLA DE ORIGEN

- 0 Yo no siento que me vea peor de como me veía
 1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
 3 Creo que me veo feo(a)

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
 1 Requero de más esfuerzo para iniciar algo
 2 Tengo que obligarme para hacer algo
 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

- 0 Puedo dormir tan bien como antes
 1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

- 0 Yo no me canso más de lo habitual
 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 2 Con cualquier cosa que haga me canso
 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
 1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 2 Mi apetito está muy mal ahora
 3 No tengo apetito de nada

- 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
 1 He perdido más de dos kilogramos
 2 He perdido más de cinco kilogramos
 3 He perdido más de ocho kilogramos
 A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
 SI _____ NO _____

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

- 0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo

Nombre:	
Fecha:	Edad:
Sexo:	Edo. Civil:
Escolaridad:	Ocupación:

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilitamiento de las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

137

Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOJA DE RESPUESTAS DEL INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

NOMBRE: _____ EDAD: _____

SEXO: _____ ESCOLARIDAD _____ FECHA: _____

PARTE 1

- | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 2. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 3. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 4. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 5. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 6. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 7. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 8. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 9. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 10. | (1) | (2) | (3) | (4) |

PARTE 2

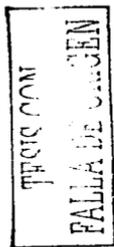
- | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 11. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 12. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 13. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 14. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 15. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 16. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 17. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 18. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 19. | (1) | (2) | (3) | (4) |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20. (1) (2) (3) (4)

PARTE 3

21. (1) (2) (3) (4)
22. (1) (2) (3) (4)
23. (1) (2) (3) (4)
24. (1) (2) (3) (4)
25. (1) (2) (3) (4)
26. (1) (2) (3) (4)
27. (1) (2) (3) (4)
28. (1) (2) (3) (4)
29. (1) (2) (3) (4)
30. (1) (2) (3) (4)
31. (1) (2) (3) (4)
32. (1) (2) (3) (4)
33. (1) (2) (3) (4)
34. (1) (2) (3) (4)
35. (1) (2) (3) (4)



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

INSTRUCCIONES

Este cuestionario esta dividido en tres partes. Cada parte contiene un número de afirmaciones que la gente utiliza para describir sus sentimientos y conducta. Por favor, fíjese que cada parte tiene *diferentes* afirmaciones. Lea cuidadosamente las instrucciones para cada parte antes de registrar sus respuestas en el inventario. No hay respuestas correctas o incorrectas. Al responder a cada afirmación, de la respuesta que le describe mejor. Si necesita cambiar su respuesta, borre la respuesta incorrecta y marque la correcta.

Ejemplos:

1 (1) (2) (3) (4)

2 (1) (2) (3) (4)

Parte 1 Instrucciones

Un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas se dan abajo. Lea cada afirmación y entonces marque con una equis (x) el número que indique *como se siente usted exactamente ahora*. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero de la respuesta que mejor parezca describir *como se siente usted exactamente ahora*.

Marque: 1 para DEFINITIVAMENTE NO; 2 para ALGO; 3 para MODERADAMENTE Y 4 para MUCHO

COMO ME SIENTO EXACTAMENTE AHORA

1. Estoy furioso (a)
2. Me siento irritado (a).
3. Me siento enojado (a)
4. Me dan ganas de gritarle a alguien.
5. Me dan ganas de romper cosas
6. Estoy muy enojado (a)
7. Me dan ganas de golpear la mesa
8. Me dan ganas de golpear a alguien
9. Me dan ganas de decir groserías
10. Estoy agobiado (a)

Parte 2 Instrucciones:

Un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas se dan abajo. Lea cada afirmación y entonces marque con una equis (x) el número que indique *como se siente usted generalmente*. Recuerde que no hay respuestas correctas o

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero de la respuesta que mejor parezca describir como se siente usted *generalmente*.

Marque: 1 para CASI NUNCA, 2 para ALGUNAS VECES, 3, para FRECUENTEMENTE Y 4 para CASI SIEMPRE

COMO ME SIENTO GENERALMENTE

11. Soy muy temperamental.
12. Tengo un temperamento explosivo.
13. Soy muy enojón (a).
14. Me enoja cuando los errores de los demás me retrasan.
15. Me molesta que no se reconozca mi trabajo.
16. Pierdo los estribos.
17. Me enfurezco cuando me critican frente a otros.
18. Me pongo furioso (a) cuando hago un buen trabajo y no lo reconocen.
19. Soy muy irritable.
20. Cuando pierdo los estribos, soy capaz de pegarle a alguien.

Parte 3 Instrucciones

Todo el mundo se siente enojado o furioso de vez en cuando, pero las personas difieren en las formas en que reaccionan cuando están enojadas. Un número de las afirmaciones que las personas utilizan cuando se sienten *enojadas* o *furiosas* se dan abajo. Lea cada afirmación cuidadosamente y entonces marque con una equis (x) el número que indica cuán frecuentemente usted *por lo general* reacciona o se comporta de la manera descrita cuando se siente enojado o furioso. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación.

Marque: 1 para CASI NUNCA, 2 para ALGUNAS VECES, 3, para FRECUENTEMENTE Y 4 para CASI SIEMPRE

CUANDO ESTOY ENOJADO O FURIOSO...

21. Controlo mi carácter.
22. No expreso lo que siento.
23. Soy paciente con los demás.
24. Hago comentarios sarcásticos a los demás.
25. Me mantengo calmado (a).
26. Controlo mi manera de actuar.
27. Discuto con los demás.
28. Tiendo a guardar rencores que no le digo a nadie.
29. Me puedo controlar cuando me estoy enojando.
30. Estoy mas enojado (a) de lo que estoy dispuesto a admitir.
31. Me calmo más rápidamente que las demás personas.
32. Digo cosas desagradables.
33. Trato de ser tolerante y comprensivo (a).
34. Me irrita más de lo que los demás se dan cuenta.
35. Me controlo cuando me siento enojado (a).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"
 Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos
 Programa de Control de Niveles de Glucosa en Pacientes Diabéticos

Nombre: _____

Fecha: _____ a _____ de _____ de 2003

Peso: _____ Nivel de glucosa semanal (día y hora): _____

REGISTRO DE ALIMENTOS Y DE MEDICAMENTOS

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:
Desayuno Hora:				
Ejercicio				
Medicamento				
Medicamento				
Comida Hora:				
Medicamento				
Medicamento				
Cena Hora:				
Medicamento				
Medicamento				
Colación Hora:				

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	Viernes Glucosa:	Sábado Glucosa:	Domingo Glucosa:
Desayuno Hora:			
Ejercicio			
Medicamento			
Medicamento			
Comida Hora:			
Medicamento			
Medicamento			
Cena Hora:			
Medicamento			
Medicamento			
Colacion Hora:			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de
México

Av. Universidad No. 3004

Tel. 5622 - 2309

Facultad de Psicología

Lic. Rebeca Sánchez
Lic. Raquel García

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Programa de Atención a Enfermos

Crónico Degenerativos

Centro de Servicios Psicológicos

Medicina Conductual

Tel: 56 22 23 09

Las enfermedades crónico-degenerativas son aquellas que se tienen de por vida y que al paso del tiempo dañan diferentes órganos de nuestro cuerpo. Por ejemplo la diabetes, gastritis, enfermedades del corazón, epilepsia, etc.



Como no tienen cura es importante controlarlas:

- Con una buena supervisión médica.
- Siguiendo las indicaciones del médico.
- Teniendo hábitos saludables (comer bien, hacer ejercicio, no fumar ni beber alcohol, higiene corporal, mantener un buen estado de ánimo, etc.).



FALTA DE ORIGEN
TESIS CON



De esta manera le ayudamos a cuidar de su salud para que se sienta física y emocionalmente bien.

Recuerde que la salud vale **ORO**. Hay una persona importante que debe cuidar muy bien y esa persona es... ¡usted!



- Trabajamos de la siguiente manera:
- Le realizamos una entrevista y le aplicamos pruebas psicológicas para definir su problema.
 - Le ofrecemos un plan de tratamiento de acuerdo a sus necesidades. Generalmente consiste en:
 - a) Darle información verídica sobre su enfermedad.
 - b) Enseñarle a cuidar de su salud.
 - c) Ayudarle a enfrentar su enfermedad manejando reacciones emocionales como la depresión, ansiedad, miedo y enojo.

colócala en pastilleros para que recuerdes si ya la tomaste.

2. Cuando estemos cansados nos podemos recostar o hacer cosas que nos distraigan (ir a la tienda, caminar, ver tv, etc.)
3. Dormir 8 horas o más rigurosamente.
4. No tomar alcohol ni drogas (además por la mala combinación con las medicinas).
5. Consumir otras bebidas como jugos y agua de sabor.
6. Cuando haya algún evento que nos altere, tratar de tranquilizarnos pensando que todo tiene solución y respirar pausada y rítmicamente. Nada ganamos al enojarnos o angustiarnos, esto solo nos perjudica.
7. Cuando detectemos luces que nos molesten, taparnos los ojos o alejarnos inmediatamente.
8. Si hay algún ruido estruendoso, alejarnos de él o taparnos los oídos con tapones.
9. Comer tres veces al día. Y si vamos a salir a la calle, cargar siempre con algún "lunch" (sándwich, fruta, pan, galletas, etc.)

Si puedes detectar que va a venir una convulsión (aura), para que no sufras caídas severas, trata de sentarte o de alejarte si estás en algún lugar peligroso (por ejemplo, de la orilla del metro).

¿Qué otras cosas se te ocurre que puedes hacer para disminuir los riesgos? Escríbelas:

Recuerda que entre más te cuides evitarás el sufrimiento de las crisis y tu familia se sentirá más tranquila al conocer que TÚ eres capaz de controlar las situaciones que te pueden perjudicar. Así no te sentirás limitado o "regañado" por otros sino conservarás tu AUTONOMIA como ser humano.

¡LLEVA A LA PRACTICA ESTAS SENCILLAS RECOMENDACIONES Y VERAS EL IMPACTO POSTIVO QUE PUEDE TENER EN TU VIDA!



I.N.N.
Instituto Nacional de Neurología
y
U.N.A.M.
Facultad de Psicología
Centro de Servicios
Psicológicos
"Guillermo Dávila"

PRESENTAN

FACTORES DE RIESGO
EN CRISIS CONVULSIVAS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las crisis convulsivas son grandes descargas eléctricas desorganizadas, emitidas por nuestro cerebro. Estas ocasionan efectos en el organismo, desde movimientos violentos e involuntarios hasta alteraciones en la percepción. Generalmente no dura más de 3 minutos y la experiencia resulta sumamente desagradable. Además cada crisis representa un daño a nuestro sistema nervioso porque pueden destruir neuronas (células cerebrales) que son necesarias para llevar a cabo diferentes actividades.

Dado el peligro que representa cada crisis, es muy importante poder PREVENIRLA y EVITARLA.

¿Cuáles son los factores de riesgo para que se presenten las crisis convulsivas?

1. No tomar los medicamentos a la hora y en las dosis adecuadas.



¿ya me tomé la medicina?

2. El cansancio



FALTA DE ORIGEN
TESIS CON

3. Desvelarnos



4. El consumir alcohol y drogas



5. Tomar en exceso café y refrescos de cola



6. Las emociones "fuertes" (craje, angustia, miedo)



7. Las luces intermitentes y fuertes



8. Los ruidos excesivos



9. Saltarse las comidas



¿Puedes identificar otros factores de riesgo para que se presente crisis en tu caso? Escríbelas:

¿Qué podemos hacer para evitar estos factores de riesgo?

1. Poner nuestra medicina a alcance, por ejemplo, si la tomas la hora de la comida la puedes poner en la mesa o si la tomas en la noche, ponerla en el buró. Si estás fuera de casa mucho tiempo, trázela en tu bolsa. Además

FOLLETOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"

"PROGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA A
ENFERMOS CRONICO DEGENERATIVOS"

*PROGRAMA DE CONTROL GLICEMICO
PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO MEDICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2*

INFORMACION GENERAL SOBRE LA DIABETES
MELLITUS TIPO 2

Responsables del programa:

Psic. Raquel García Flores

Psic. Rebeca Sánchez Monroy

Cd. Universitaria, 2003

Introducción

La diabetes es una enfermedad que necesita de un control especial por parte de la persona que la padece. Para tener este control necesitamos en primer lugar tener información verídica y confiable que nos permita cuidarnos de la mejor manera

El objetivo de este folleto es darle a conocer los aspectos generales de la diabetes. Incluye la descripción de lo que ocurre en nuestro organismo con este padecimiento, los síntomas característicos y algunas recomendaciones generales para el control de la enfermedad, principalmente cuando existe un episodio de hiperglucemia (azúcar alta) o de hipoglucemia (azúcar baja)

Léalo detenidamente, si tiene dudas respecto a las explicaciones que se le proporcionan no espere y pídale a su terapeuta que se las resuelva para que vea resultados positivos a corto plazo en su tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

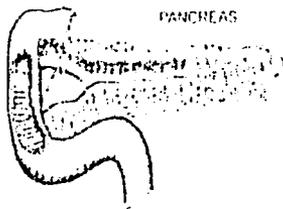
¿Qué es la diabetes mellitus?

La diabetes es una enfermedad crónica y a largo plazo, es decir, se padece de por vida y es crónica, la cual se identifica por la falta o mal aprovechamiento de la insulina (elaborada por el páncreas) que provoca un aumento de glucosa (azúcar) en la sangre.

Por esta razón se dice que la diabetes no se cura sino que se controla para que los daños al organismo sean más lentos y menos graves.

¿Qué es el páncreas?

El páncreas (ver gráfica 1) es el órgano que está ubicado en el abdomen, detrás del estómago y es el encargado de producir la insulina que el cuerpo necesita para mantener una glucosa en el rango normal de 60 a 120 mg.



Gráfica 1. El páncreas

¿Qué es la insulina?

La insulina es una hormona producida en el páncreas que regula la cantidad de azúcar en la sangre. En personas con diabetes, el páncreas tiene un funcionamiento anormal. Este puede consistir en que la producción de insulina.

- a) Sea insuficiente
- b) No se produzca insulina
- c) La insulina producida sea defectuosa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Piense en que cada una de las células de su cuerpo es como una pequeña máquina. Como todas las máquinas, necesita combustible (ver gráfica 2)

COMBUSTIBLE



Gráfica 2. Combustible

Gráfica 2. Combustible

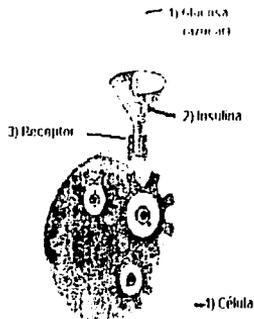
Los alimentos que come están hechos de carbohidratos, proteínas, y grasas, que son utilizados para producir combustible para las células. El principal combustible se llama glucosa (ver gráfica 3)



GLUCOSA
(AZÚCAR)

Gráfica 3. La glucosa como combustible

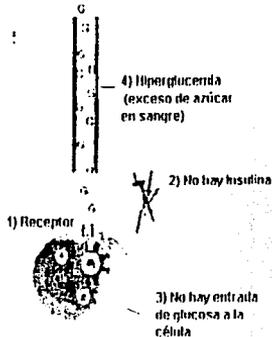
En la gráfica 4, la glucosa (azúcar) (1) entra a las células a través de receptores (3). Estos son sitios en las células que dejan entrar a la insulina (2). Una vez adentro (4), la glucosa puede ser usada como combustible. Pero, sin insulina, es difícil para la glucosa poder entrar a las células. Piense en la insulina como si fuera el embudo que permite a la glucosa (azúcar) pasar a través de los receptores hasta el interior de las células.



Gráfica 4. La insulina permite la entrada de la glucosa a las células

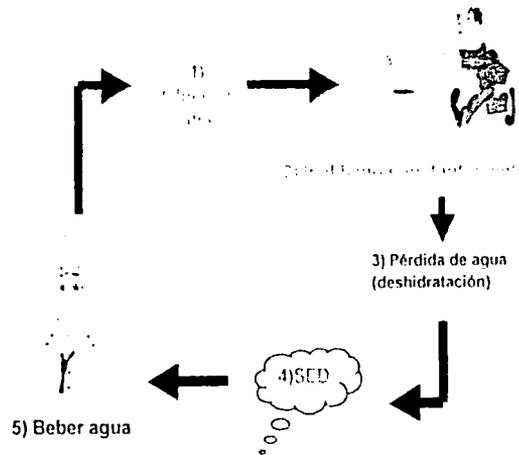
En la gráfica 5, cuando el receptor (1) no tiene insulina (2), la glucosa tiene dificultad para entrar a las células (3) y se acumula en la sangre. Esta concentración alta de glucosa en la sangre es llamada hiperglucemia (4) (te hablaremos de ella más tarde).

G = glucosa = azúcar



Gráfica 5. Falta de insulina

En la gráfica 5, cuando el receptor (1) no tiene insulina (2), la glucosa tiene dificultad para entrar a las células (3) y se acumula en la sangre. Esta concentración alta de glucosa en la sangre es llamada hiperglucemia (4) (te hablaremos de ella más tarde). Así que toman mucha agua (5) que el organismo debe desechar para mantener un equilibrio pero la glucosa nuevamente absorbe el agua, formándose así un círculo que no termina



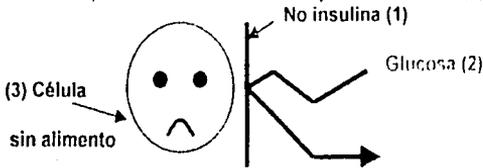
Gráfica 6. Ciclo de la sed

La deshidratación ocasiona:

- a) La piel seca.
- b) La visión borrosa
- c) Cansancio

Por qué me siento cansado?

En la gráfica 7, cuando no hay insulina (1) para hacer entrar glucosa a las células, o cuando la insulina no está funcionando para hacer pasar glucosa (2) a través de los receptores, las células no pueden obtener combustible y no se alimentan (3).



Gráfica 7. Causa del hambre excesiva

Este hecho estimula al cerebro para enviar un mensaje de hambre excesiva.



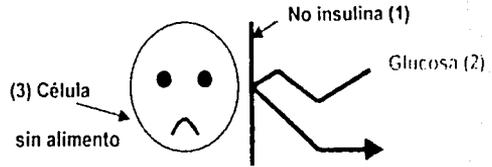
¿Por qué me siento cansado?

Debido a que la glucosa que debería estar alimentando las células está saliendo del cuerpo por la orina, las células no pueden producir energía, y sin energía, puedes sentirte débil o cansado.



Por qué pierdo peso?

En la gráfica 8, las personas que no producen insulina (1) pueden perder peso, porque sin insulina, la glucosa (2) no puede entrar a las células para alimentarlas (3).



Gráfica 8. Causa de la pérdida de peso

¿Por qué se infectan fácilmente mis heridas?

A veces pueden ocurrir infecciones de la piel porque el exceso de azúcar en la sangre

- a) proporciona un excelente alimento para que crezcan las bacterias
- b) impide que los glóbulos blancos actúen con rapidez ya que las moléculas de glucosa impiden que los glóbulos se transporten al lugar de la infección (ver gráfica 9)

INFECCION



GGGGGGGGGGGGGGGGgb
BBBBGGGGGGGGGGGG

gb = glóbulo blanco
G = glucosa
B = bacterias

Gráfica 9. Infección

¿Por qué me dan calambres en las piernas?

Los calambres en las piernas durante la noche, y la sensación de pies dormidos u hormigueo pueden ser el resultado de daño a los nervios (neuropatía) producido por los altos niveles de

TESIS CON FUENTE DE ORIGEN

lucido y el largo tiempo. Se describe la glicosa daña los nervios o alguna parte del organismo que altera el funcionamiento de los mismos



¿Por qué me enfermé de diabetes?

Hay dos factores que son especialmente importantes en el desarrollo de la diabetes:

- **Herencia:** Si uno de sus padres, abuelos, hermano o hermana o inclusive un primo/a tienen diabetes, usted tiene mayores posibilidades de desarrollarla. Hay un 5% de riesgo de desarrollar diabetes tipo II si su padre, madre o hermano/a tienen diabetes. Hay un riesgo todavía mucho mayor (hasta de 50%) de desarrollar diabetes si sus padres o hermanos tienen diabetes y usted está excedido de peso.



- **Obesidad:** El ochenta por ciento de las personas con diabetes tipo II están excedidas de peso en el momento en que son diagnosticadas.



Existen dos tipos de complicaciones. Las agudas requieren atención inmediata y cuando se mantienen a la larga se tornan crónicas. En las agudas, las más importantes son la hiperglucemia (gran aumento en las cifras de azúcar en la sangre) y la hipoglucemia (disminución considerable de las cifras de glucosa en la sangre). Cuando no se previenen o atienden tempranamente pueden conducir a un estado de coma y desencadenar en la pérdida de la vida.



¿En qué consiste la hiperglucemia?

Es el aumento considerable de glucosa en la sangre

Síntomas de la hiperglucemia:

- Existe sed incontrolable
- Se acude al baño a orinar con frecuencia
- Comienza a bajar de peso rápidamente
- Las cifras de glucosa en la sangre y las cetonas en la orina son elevadas
- Hay cansancio y debilidad en todo el cuerpo
- Pérdida de apetito por las náuseas y vómitos
- Dificultad para respirar
- La piel se deshidrata y comienza a secarse
- El enfermo se enoja o irrita con facilidad

Causas:

- No se ha seguido la dieta
- No se han tomado las dosis de los medicamentos por vía oral o de insulina
- Sufre constantemente infecciones o fiebre

Por esos motivos, las fluctuaciones de tensión o estresantes muy constantes y/o intensas

Que hacer inmediatamente:

- Llamar al médico de inmediato
- Realizar en casa pruebas de sangre para identificar los niveles de glucosa
- Tomar líquidos pero que no contengan azúcar

¿En que consiste la hipoglucemia?

Consiste de una baja en los niveles de glucosa en la sangre, lo que provoca que las células del organismo no sean alimentadas y así se presente debilidad.

Síntomas de la hipoglucemia:

- El cuerpo empieza a sudar como si hiciera demasiado ejercicio u otra actividad que requiera un gran esfuerzo.
- Se presenta un fuerte y prolongado dolor de cabeza.
- La vista se nubla y comienza a verse borroso.
- Hambre incontrolable como si no hubiera comido en varios días.
- El enfermo se enoja o irrita fácilmente
- Su corazón palpita a mayor velocidad, su cuerpo tiembla y los mareos son constantes.
- Cambios en el estado de ánimo
- No hay coordinación de las ideas
- Existe adormecimiento en los labios.
- Se presentan náuseas fuertes (ascos).
- Sensación de hormigueo en todo el cuerpo

Causas:

- No ha comido lo suficiente.
- Retrasa sus comidas o no mantiene un horario para ingerir sus alimentos.
- Ha tomado un mayor número de tabletas o se ha inyectado mas insulina que la recomendada.
- El ejercicio o deporte que practica es mayor que lo acostumbrado.

Por tanto, los niveles de azúcar en la sangre, irritabilidad, estrés o no hay control de sus estados emocionales

Que hacer:

- Llamar de inmediato al médico.
- Cuando esté consciente el enfermo, procurar que consuma azúcar o cualquier alimento que la contenga
- No inyectar insulina
- No dar a beber líquidos
- Inyectar glucagon al enfermo si ha perdido la conciencia o si padece de ataques epilépticos.
- Mantener la calma sin preocuparse y practicar ejercicios de respiración/ relajación.



TESTES COM
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"

"PROGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA A
ENFERMOS CRONICO DEGENERATIVOS"

PROGRAMA DE CONTROL GLICEMICO
PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO MEDICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2

LAS COMPLICACIONES CRONICAS EN LA
DIABETES MELLITUS TIPO 2

Responsables del programa:

Psic. Raquel García Flores
Psic. Rebeca Sánchez Monroy

Cd. Universitaria, 2003

Introducción

Cuando no existe un adecuado control de los niveles de glucosa en la sangre durante un largo periodo surgen las complicaciones crónicas las cuales ocasionan un grave impacto en la vida del paciente

El objetivo de este folleto es describir las características de estas complicaciones y cuales son las funciones de nuestro organismo que resultan afectadas. Esto con la finalidad de que usted cuente con información confiable que le permita darse cuenta de las serias consecuencias que puede tener si no atiende sus niveles de glucosa de manera inmediata

Léalo detenidamente, si tiene dudas respecto a las explicaciones que se le proporcionan no espere y pídale a su terapeuta que se las resuelva para que vea resultados positivos a corto plazo en su tratamiento.

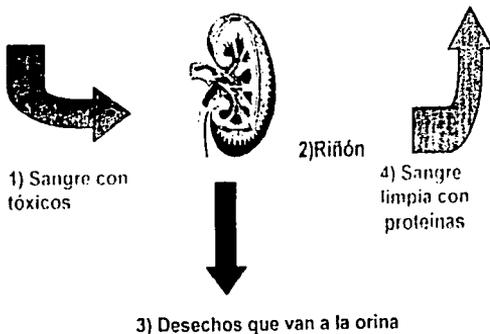
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los cristales de calcio que se acumulan en los riñones, consisten en que se causa un daño irreversible en las funciones de los órganos afectados

Nefropatía diabética

El riñón es un órgano sensible porque es el encargado de filtrar y limpiar la sangre de desechos del organismo

Como se puede observar en la gráfica 10, el riñón posee pequeños agujeros que funcionan como una coladera. La sangre llega cargada de tóxicos (1) al riñón (2) (que son partículas pequeñas), los tóxicos salen por los agujeros para ser depositados en la orina (3) y son desechados. Además retiene las proteínas (que son partículas más grandes) para que permanezcan en la sangre y así nutran al organismo (4).



Gráfica 10. Función del riñón

Cuando la sangre está recargada de glucosa, su trabajo es más difícil y pesado por lo que se va deteriorando.

El de donde casi todos la gente a la sangre

se acumulan los desechos que intoxican el cuerpo b) que se pierden proteínas que son importantes para su funcionamiento

Ya cuando el daño es grave se debe ir al hospital cada tercer día a conectarse a una máquina para que se encargue de limpiar la sangre. A esto se le llama diálisis. El remedio es extraer el riñón dañado e implantar el riñón de una persona que si funciona adecuadamente. Pero es muy difícil encontrar un riñón que sea compatible con el organismo además que el procedimiento es muy complicado

Hipertensión arterial

La presión arterial es la fuerza que debe emplear el corazón para bombear la sangre a todo el organismo. Cuando la presión es alta quiere decir que el corazón está bombeando la sangre con mucha fuerza. A esto se le llama hipertensión



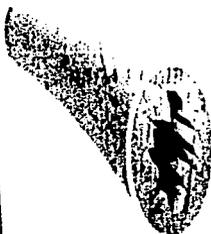
Con la diabetes, los niveles de colesterol aumentan. El colesterol es una sustancia que provoca el engrosamiento de las arterias, que es por donde circula la sangre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuando los vasos sanguíneos se tapan o se vuelven más estrechos, hay menos espacio por donde puede correr la sangre.



Vaso normal



Vaso con colesterol

Es como cuando se abre la llave del agua para que ésta corra por una manguera y luego uno tapa la boca de la manguera con el pulgar.

Como la boca de la manguera ahora es más pequeña el agua sale con mucha más presión. Es por esto que los vasos sanguíneos que se han vuelto más estrechos hacen que la presión arterial suba. Hay otros factores, como los problemas de los riñones y sobrepeso, que pueden hacer que la presión arterial suba.



Presión alta



Presión baja

Una abertura más pequeña hace que el agua salga con más presión. Es por esto que los vasos sanguíneos que se han tapado hacen que la presión arterial suba.

Con frecuencia la diabetes y la presión arterial alta ocurren juntas. Si su diabetes le ha causado problemas del corazón, de los ojos o de los riñones, la presión arterial alta los puede empeorar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La diabetes puede afectar la piel de dos maneras

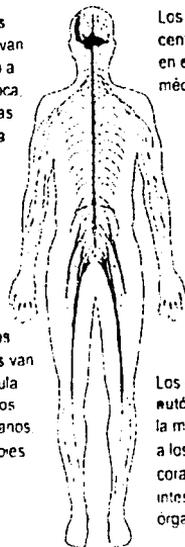
1. Cuando las concentraciones de glucosa en la sangre son altas, el cuerpo pierde agua. Cuando no hay suficiente agua en el cuerpo, la piel se pone seca. La piel seca puede dar comezón y, al rascarse, la puede irritar. La piel seca se puede partir. Cuando la piel se parte, permite la entrada de organismos que causan infección. Si las concentraciones de glucosa en la sangre son altas, los organismos se alimentan del azúcar, se multiplican y la infección empeora. La piel de las piernas, pies, codos y de otras partes puede ponerse seca.
2. La piel también se seca porque los nervios de las piernas y los pies no reciben el mensaje de sudar. Al sudar, la piel se pone suave y húmeda.



Los nervios llevan mensajes entre el cerebro y otras partes del cuerpo. Todos los nervios juntos forman el sistema nervioso.

Los nervios craneales van del cerebro a los ojos, boca, oídos y otras partes de la cabeza.

Los nervios centrales están en el cerebro y médula espinal.



Los nervios periféricos van de la médula espinal a los brazos, manos, piernas y pies.

Los nervios autónomos van de la médula espinal a los pulmones, corazón, estómago, intestinos, vejiga y órganos sexuales.

Algunos nervios le dicen al cerebro lo que está ocurriendo en el cuerpo. Por ejemplo, cuando usted pisa un clavo, el nervio en el pie le dice al cerebro que hay dolor. Otros nervios le dicen al cuerpo lo que tiene que hacer. Por ejemplo, los nervios del cerebro le dicen al estómago cuándo debe pasar los alimentos a los intestinos.

Las altas concentraciones de glucosa en la sangre a lo largo de muchos años pueden dañar los vasos sanguíneos que llevan oxígeno a algunos nervios. Las altas concentraciones de glucosa en la sangre también afectan la superficie de los

erv. Lo ervi dañ os; den jar anv me jes
O pueden enviar mensajes muy lentamente o cuando no es debido.

La neuropatía diabética es el término médico para referirse a los daños en el sistema nervioso causados por la diabetes.

- Los nervios periféricos van a los brazos, manos, piernas y pies. Cuando estos nervios están dañados, los brazos, manos, piernas o pies se sienten dormidos. Además, es posible que deje de sentir dolor, calor o frío cuando debiera sentirlo. Puede sentir dolor que se dispara o tener ardor o cosquilleo que se siente como "alfilerillos". Estas sensaciones con frecuencia empeoran por las noches. Es posible que tenga dificultad para dormir a causa de estas molestias. La mayor parte del tiempo estas sensaciones están en ambos lados del cuerpo, como por ejemplo en ambos pies. Pero también pueden sentirse en sólo un lado del cuerpo.
- Los nervios autónomos van al estómago, intestinos y otras partes del aparato digestivo. El daño a estos nervios puede hacer que los alimentos pasen por el aparato digestivo demasiado rápido o demasiado lento. Estos problemas de los nervios causan náuseas, vómito, estreñimiento o diarrea.
- Los nervios autónomos van al pene. El daño a estos nervios puede impedir que el pene se ponga rígido cuando desea tener relaciones sexuales. Este problema se llama impotencia. Muchos hombres que han tenido diabetes por muchos años se vuelven impotentes.
- Los nervios autónomos van al corazón. Cuando estos nervios están dañados, el corazón late con más rapidez o a diferentes velocidades.
- Los nervios autónomos van a la vejiga. Cuando estos nervios están dañados, se vuelve difícil saber cuándo hay que ir al baño. El daño también vuelve difícil saber cuándo es que la vejiga está vacía. Estos dos problemas pueden hacer que usted retenga la orina demasiado

mpre est vuel cau inf lion. Ot prol ra
consiste en tener fuga de orina accidentalmente.

- Los nervios autónomos van a los vasos sanguíneos que son los que mantienen estable la presión arterial. El daño a estos nervios hace que la sangre se mueva con demasiada lentitud para poder mantener estable la presión arterial cuando usted cambia de posición. Cuando después de haber estado acostado se pone de pie, o cuando hace demasiado ejercicio, los cambios repentinos en la presión arterial pueden marearlo.

Coma

Es una profunda pérdida de la conciencia, en la cual desaparecen los movimientos voluntarios y toda respuesta a estímulos externos pero se mantiene la vida vegetativa.



Esta se produce principalmente por episodios agudos de Hiperglucemia (cuando el nivel de glucosa en sangre está por arriba de los 400 g/dl) o de Hipoglucemia (nivel de glucosa por debajo de los 60 g/dl).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pero aún cuando la diabetes no se puede curar, puede ser controlada. Controlarla requiere un equilibrio de insulina y glucosa proveniente de la dieta.



Para poder alcanzar ese equilibrio es indispensable seguir una dieta, ejercicio, tomar insulina y/o medicamentos.



El mantener su glucosa controlada es siempre muy importante. Mantener altos los niveles de glucosa en la sangre de manera continua, es una condición tóxica. Con el correr del tiempo, como ya mencionamos, puede resultar en daño a sus vasos sanguíneos, riñones, ojos y nervios. A pesar de que su cuerpo puede adaptarse al nivel elevado de glucosa y puede estar sintiéndose bien, cuanto más cercano esté su glucosa a lo normal, más saludable será su cuerpo.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"

"PROGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA A
ENFERMOS CRONICO DEGENERATIVOS"

*PROGRAMA DE CONTROL GLICEMICO
PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO MEDICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2*

LA ALIMENTACION EN LA DIABETES MELLITUS
TIPO 2

Responsables del programa:

Psic. Raquel García Flores
Psic. Rebeca Sánchez Monroy

Cd. Universitaria, 2003

Introducción

La alimentación juega un papel muy importante en el cuidado de los niveles de glucosa de un paciente diabético. Cuando este elemento se descuida inmediatamente se puede observar una alteración en la glicemia, por lo que se pueden presentar episodios repentinos de hiperglucemia (azúcar alta) que pueden llevar a una persona al hospital

Para evitar este tipo de riesgos en este folleto le explicaremos como afecta la alimentación en los niveles de glucosa sanguínea, los alimentos permitidos y los no permitidos, los grupos de alimentos que existen, un formato de alimentación diario y consejos para preparar su comida de manera mas sana.

Léalo detenidamente, si tiene dudas respecto a las explicaciones que se le proporcionan no espere y pídale a su terapeuta que se las resuelva para que vea resultados positivos a corto plazo en su tratamiento.

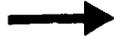
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alimentación y dieta

¿Qué pasa cuando los diabéticos no cuidamos nuestra alimentación?

Comer excesivamente carbohidratos y grasas contribuyen a complicar la diabetes a una velocidad sorprendente.

Los alimentos azucarados y grasosos pueden convertirse en su enemigo cuando se consumen abundantemente porque ocasionan que la glucosa suba (*hiperglucemia*) y aumento de peso en exceso (ver gráfica 1).



GLUCOSA
ALTA
Y
OBESIDAD

Gráfica 1. Consecuencias de alimentación inadecuada

Por ello se recomienda una dieta que incluya carbohidratos, proteínas y grasas pero solo los que su organismo requiera. Esto dependerá de la edad, sexo, actividad física y trabajo que desarrolle y será indicado por su médico.

¿Qué sucede cuando me salto una comida?

El organismo requiere de energía para funcionar, que es la glucosa, la cual obtiene de los alimentos. En la gráfica 2, cuando un diabético pasa mucho tiempo sin comer (1), el cuerpo carece de glucosa y se presenta la *hipoglucemia*, es

decir, baja el azúcar en la sangre. Lo que provoca sudor frío, mareos, debilidad, confusión y hambre. Al comer excesivamente (2) se elevan los niveles de glucosa de repente, lo que ocasiona que el organismo nuevamente salga de ritmo y suba el azúcar (3), es decir, exista una *hiperglucemia* que deba ser atendida en el hospital (4). Por esta razón los médicos recomiendan que usted coma a sus horas.

(4)



(1)



¡Ahora si voy a comer!

(2)



(3)

¡Se me subió el azúcar!



Gráfica 2. Consecuencias de no comer en los horarios establecidos

¿Por qué es importante la colación?

La colación es un pequeño refrigerio o bocadillo que ayuda a mantener los niveles de glucosa normales ya que a lo largo del día puede haber periodos cortos en que se baje la glucosa. Es el médico quien le indicará si es adecuado para su caso. Este bocadillo puede consistir de un pequeño pedazo de pan, galletas marías (3 o 4) o una fruta pequeña (ver gráfica 3).



Gráfica 3. Importancia de la colación

¿Cuáles son los grupos de alimentos que existen?

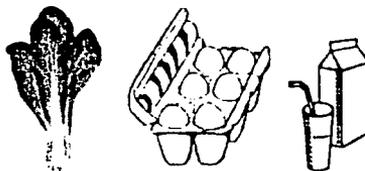
Carbohidratos: frutas, cereales, alubias y verduras. Aunque estos contienen azúcares, se ha descubierto que los **carbohidratos complejos**, como las alubias, cereales y verduras, junto a un consumo de fibra disminuyen las cifras de glucosa en la sangre, porque se gasta más energía en procesarlos (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Carbohidratos



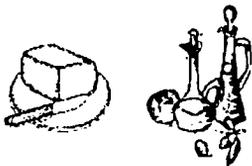
Proteínas: carne, pollo, pescado, ave, acelgas, espinacas, frijol, garbanzo, haba y lentejas (ver gráfica 5)

Gráfica 5. Proteínas



Grasas (lípidos): manteca, mantequilla, aceite, etc (ver gráfica 6).

Gráfica 6. Grasas



¿Cuáles son los alimentos que no están permitidos en mi dieta?

Los que contengan gran cantidad de azúcar tal como pan dulce, tortillas, pastei, miel, refrescos endulzados, atoles. También los que contienen grandes cantidades de harina como las frituras de maíz, tamales y antojitos (sopes). Y los que contengan grasa en grandes cantidades, como en los alimentos que están fritos en aceite o manteca. Además disminuirlos alimentos que contienen colesterol.

¿Qué es el colesterol?

Colesterol es una sustancia grasa que se encuentra en los productos animales (carnes, pellejo del pollo, yemas de huevo, leche entera, helado, manteca). Sepa cuál es su colesterol; el objetivo es un nivel menor de 200 mg/dl. Un nivel mas alto puede dañar sus venas y arterias, provocándole enfermedades del corazón.

¿Por qué me puede hacer daño comer tan solo un pan de dulce o una bolsa de frituras?

El comer un pan de dulce o bolsa de frituras en todo el día contiene la cantidad de azúcar suficiente para ese día. Sin embargo, el error es comer un pan de dulce además de todos los alimentos ingeridos durante un día porque los niveles de glucosa se elevan

Si usted decide sólo comer un pan de dulce, este contiene gran cantidad de azúcar y grasa que pudiera obtenerse de 10 alimentos (verduras, carne, fruta) lo que provoca que no se ingieran todos los nutrientes que necesita el organismo y lo que es peor, que la persona se quede con hambre ya que su estómago queda casi vacío (ver gráfica 7)



Gráfica 7. Equivalencia de los alimentos

¿Entonces cuáles son los alimentos que están permitidos en mi dieta?

Todos aquellos que tengan bajo contenido de azúcares, harinas y grasas, tal como las **verduras, frutas y carne sin grasa**. También se recomienda los que tienen alto contenido de fibra.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Por qué es buena la fibra?

La dieta rica en fibra y baja en grasas logra "milagros", es decir, consigue mantener estable la enfermedad debido a que la fibra no es degradada por las enzimas del organismo, retiene el agua y dificulta la absorción del colesterol. La fibra incrementa la materia fecal (combatiendo el estreñimiento) reduce la glucemia y regula la velocidad de la digestión y la absorción.

¿Qué alimentos contienen fibra?

Leguminosas	Cereales	Frutas (crudas, frescas, pelar) sin
Garbanzos	Maíz	Higo
Lentejas	Frijol	Naranja
Soya	Trigo	Manzana
Haba	Arroz	Mango
Alubias	Avena	Ciruela
	Salvado de trigo	Fresas
		Melón
Verduras		
Calabaza	Brócoli	Coliflor
Papa blanca	Lechuga	Pepino
Aguacate	Alfalfa	Nopales
Apio	Ejotes	Acelgas
Rábanos	Chayote	Zanahoria
Espinacas	Cebollas	Chayote

La dieta debe componerse de 5 comidas, 3 principales (desayuno, comida, cena) y 2 colaciones

Cada comida principal se compone de una ración de un grupo de alimentos. Esto se muestra en la siguiente tabla:

COMIDAS
Desayuno
Leche
Pan
Came
Grasa
Colación
Comida
Consome
Came
Pan
Fruta
Verduras tipo 1
Verduras tipo 2
Grasa
Colación
Cena
Leche
Pan
Came
Fruta
Verduras tipo 1
Verduras tipo 2
Grasa

TESTES COM
 FALLA DE ORIGEN

Cada grupo de alimentos se muestra en las tablas siguientes. De estos usted puede escoger el que más le guste para cada comida, respetando el tamaño de las raciones.



GRUPOS DE ALIMENTOS

Verduras tipo 1. Se puede ingerir de forma libre, ya que tienen un valor calórico bajo y satisfacen el apetito.

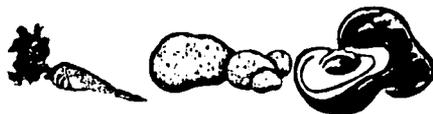
VERDURAS TIPO 1 (COMER LIBRE)

Acelgas	Chile poblano
Flor de calabaza	Verdolagas
Perejil	Alcachofas
Cilantro	Huauzontle
Pimientos	Apio
Col	Hongos
Quelites	Berenjena
Coliflor	Jitomate
Rabanos	Berros
Elotes tiernos	Lechuga
Romeritos	Calabacitas
Espárragos	Nopales
Tomate	Chayote
Espinacas	Pepinos

Verduras tipo 2. Una ración de ½ taza (250 ml.) equivale a 100 gramos de verduras frescas.

VERDURAS TIPO 2 (SOLO MEDIA TAZA)

Aguacate	Habas verdes
Betabel	Nabo
Cebolla	Papa
Col de bruselas	Poró
Chícharos	Zanahoria
Chilacayote	



Carnes y equivalentes. Puede ingerirse una ración de 30 gramos de carne o una cantidad equivalente de otro alimento.

CARNES (una ración de 30 grs.)

Carnero	Hígado	Pollo (1 pza)
Cerdo	Conejo	
Res	Pavo	Ternera



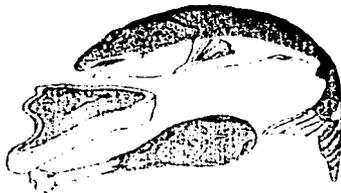
Carnes frías

Ración

Embutidos, jamón	1 rebanada
Salchicha	1 pieza
Higado	1 rebanada

Pescados y mariscos

Almejas y ostión	5 pz.
Atun enlatado	1 z.
Bacalao	
Camarón	2 pzs med
Langosta y jaiba	1pz
Pescado fresco	1 pz.
Sardinias en aceite	2 pzs. chicas
Sardinias en tomate	1 pz.
Huevo	1pz
Quesos	
Amarillo o añejo	2 rebanadas
Requesón	4 cucharadas
Crema de cacahuete	2 cucharadas



Pan y equivalente. Una ración de 20 g. de pan o una cantidad equivalente de otro alimento.

PAN Y EQUIVALENTE

Pan	Ración
Bolillo	½ pz.
Pan de caja	1 rebanada
Pan integral	1 rebanada
Tortilla chica	1pz.
Cereales secos	
Arroz tostado (rice krispies)	¼ de taza
Hojuelas de maíz (corn flakes)	¼ de taza
Cereales cocidos	
Arroz	½ taza
Avena	½ taza
Crema de trigo	½ taza
Elote	¼ taza
Pasta de sopa	½ taza
Galletas	
Marías o de animalitos	4 pz.



Leguminosas

Frijol	¼ taza
--------	--------

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

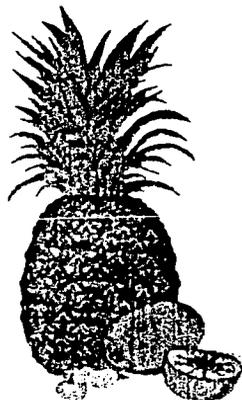
Gárbano	1/4 taza
Habas secas	1/4 taza
Lentejas	1/4 taza



FRUTAS

Frutas	Ración
Capulín	50 pz.
Ciruelas	2 pz.
Ciruela pasa	2 pz
Chabacano mediano	3 pz
Chicozapote	1 pz.
Durazno mediano	1 pz.
Fresas	18 pz.
Granada china mediana	2 pz.
Guayaba mediana	1 pz.
Higo fresco grande	2 pz.
Higo seco chico	1 pz.
Jicama mediana	1/2 pz.
Limón real grande	1 pz.
Mandarina grande	1 pz.
Manzana chica	1 pz.
Mango chico	1/2 pz.
Melón	1 rebanada
Naranja chica	1 pz.
Naranja (jugo)	1/3 taza
Papaya	1 rebanada
Pasas	2 cucharadas
Pera o perón chico	1 pz.
Piña	1 rebanada
Piña (jugo)	1/3 taza

Platano chico	1/4 pieza
Sandía	1 rebanada
Toronja	1/4 pz.
Toronja (jugo)	1/2 taza
Tuna	2 pz.
Uvas	18 pz.
Uvas (jugo)	1/3 taza
Zapote negro chico	1 pz.



LECHE Y EQUIVALENTES

Jocoque	1 taza	200 gramos
Leche	1 taza	200 gramos
Leche en polvo	3 cucharadas	30 gramos
Leche evaporada	1/2 taza	100 gramos

1 taza de leche equivale a:
 1 ración de carne + 1 ración de fruta o
 1 ración de carne + 1 ración de pan o

1 ración de carne + 1 ración de verduras tipo 2

GRASAS

Alimento	Ración
Aceite	1 cucharada
Mantequilla	1 cucharada
Margarina	1 cucharada
Mayonesa	1 cucharada
Crema	1 cucharada
Queso crema	1 cucharada
Tocino	1 cucharada

Alimentos y bebidas que pueden ingerirse de forma libre ya que carecen de valor calórico.

Agua

Café sin azúcar

Caldos de verduras o carne sin grasa

Chile

Gelatina sin azúcar

Limón agrio

Sacarina aspartame

Salsas caseras

Té (sin azúcar)

Vainilla y canela

Vinagre

Hierbas de olor

CONSEJOS

Aquí hay algunos consejos que pueden ser útiles para ayudarlo a hacer cambios en la dieta:

- Planee sus comidas de manera que estén compuestas de ingredientes saludables, y no solamente lo que es más fácil, o lo que encuentra en el refrigerador.

- Piense antes de comer, en vez de arrasar con el contenido del refrigerador cada vez que tiene hambre
- Use un plato mas pequeño, de manera que sus porciones no sean tan grandes
- Mastique lenta y completamente, saboreando cada bocado, en vez de comer lo más que puede en el menor tiempo posible.
- Haga los cambios en una manera gradual. Trate de no hacer todo a la vez. Va a tomar un tiempo el lograr los objetivos, pero los cambios que haga para lograrlo, serán permanentes
- Póngase objetivos realistas y a corta plazo. Si su objetivo es, por ejemplo perder peso, trate de bajar un kilo en dos semanas, no 10 kilos en una. Camine dos cuadras al comienzo, no tres kilómetros. El éxito llegará así más rápidamente y usted se sentirá muy realizado
- Dése sus propias recompensas. Cuando cumpla un objetivo de corto plazo, hágase un regalo como ver una película, una camisa nueva, lea un buen libro, o visite a algún amigo.
- Mida los alimentos. Tenga cuidado con el tamaño de las porciones. Mida los líquidos que beba con una taza de medir.
- Mida todos los alimentos después de ser cocinados. Algunos alimentos que se compran crudos, pesan menos luego de ser cocinados. Esto es verdad sobre todo con las carnes. Los almidones aumentan de tamaño luego de ser cocidos, de modo que una pequeña porción puede llegar a ser una porción grande, luego de ser cocido

Los medicamentos orales en la
Diabetes Mellitus tipo 2

Existen diferentes tipos de medicamentos para disminuir los niveles de glucosa en sangre. Algunos se inyectan porque se requiere de una acción más rápida en el organismo y otros se toman por vía oral, es decir se ingieren por la boca, porque se requiere de una acción mas lenta y prolongada. El médico prescribe este tipo de medicamentos porque la condición del organismo no se encuentra muy grave todavía.



MAS
RÁPIDO



MAS LENTO

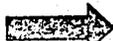
¿Por qué son necesarios los
medicamentos orales?

Existen diferentes tipos de medicamentos y su médico le recomendará el más adecuado. Los medicamentos no reemplazan la dieta y el ejercicio pero puede darle ese empujón extra para controlar los niveles de glucosa.



Existen dos tipos básicos de estos
medicamentos:

a) los que aumentan la secreción
de insulina



INSULINA

b) los que hacen que la insulina
sea más eficaz.



¿Por qué a veces no funcionan los
medicamentos?

a) Puede ser que empiece a tomar
un medicamento nuevo pero que
no le funcione porque no era el
adecuado para su tipo de
diabetes. Entonces el médico
analizará su condición y elegirá
mejor su tratamiento.



b) A veces el medicamento es el
correcto pero no tiene la fuerza
suficiente. Entonces su médico
le aumentará la dosis o
cambiarlo a uno mas fuerte.



c) En ocasiones el tratamiento
puede dejar de funcionar
después de haberle ayudado por
mucho tiempo. Si toma la misma
sustancia por 5 años puede ser
que ya no le funcione porque su
diabetes se ha modificado y se
necesita de otro tipo de
medicamento



¿Cuáles pueden ser los riesgos de
tomar los medicamentos de manera
inadecuada?

- beba refrescos de dieta. Una lata de refresco regular de unos contiene azúcar equivalente a nueve cucharaditas de azúcar.

ALIMENTOS PARA USO OCASIONAL

Los alimentos de esta lista pueden ser incluidos en su plan de alimentos, a pesar del contenido de grasas o azúcar que contienen, siempre y cuando usted mantenga un buen control sobre su diabetes.

Alimentos especiales	Porciones	Intercambio
Pan dulce	1/12 de pan dulce	2 pan
Galletitas	2 pequeñas (1 3/4 pulgadas)	2 pan 2 grasas
Yogurt congelado con frutas	1/2 Taza	1 pan
Granola	1/4 Taza	1 pan 1 grasas
Granola en barra	1 pequeña	1 pan 1 grasa
Helado (de cualquier sabor)	1/2 Taza	1 pan 2 grasas
Leche helada (cualquier sabor)	1/2 Taza	1 pan 1 grasa
Nieve	1/4 Taza	1 pan
Doritos, Tostitos, papas fritas en bolsa	1 bolsita	2 pan 2 grasas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los caramelos dietéticos pueden satisfacer el deseo de comer algo dulce, pero no coma más de tres caramelos duros por día (Generalmente tienen tres calorías por unidad).

PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE GRASAS:

- Homee, use la parrilla, o hierva las carnes y los sustitutos en vez de freírlos. Si está usando una sartén, use un spray o una sartén de las que la comida no se pega.
- No añada harina, pan rallado cuando cocina carnes
- Trate de sacar la grasa que está visible antes y después de cocinar.
- Pese la porción de carne, luego de remover los huesos y la grasa y después de cocinarla. 90 gr de carne cocida equivale a 120 gr de carne cruda. Ejemplos de porciones de carne son:
 - 60 gr de carne (2 intercambios de carne) = 1 pierna de pollo pequeña = 1/2 taza de queso cottage o de atún.
 - 90 gramos de carne (tres intercambios de carne) = 1 chuleta de cerdo mediana = 1 hamburguesa pequeña = media pechuga de pollo = 1 filete de pescado = cualquier pedazo de carne cocida del tamaño aproximado de un juego de naipes.
- Disminuya la cantidad de carne que come. Use más pollo o pescado en sus comidas. Cuando coma carnes rojas, elija la que tiene menos grasa.

- Saque lo más que puede la grasa antes de cocinar la carne, incluyendo la piel del pollo
- Elimine de su dieta o disminuya la cantidad de alimentos ricos en grasa como ser chonzos, salchichas, manteca, margarina, nueces, aderezos de ensaladas y grasa de cerdo.
- Coma menos helado, queso, yogurt, nata y otros productos lácteos con alto contenido en grasas. Beba leche descremada en vez de leche entera.

DISMINUYA LA SAL

- No añada sal a la comida cuando cocina, y trate de acostumbrarse a no llevar un salero a la mesa para no agregar sal extra.
- Disminuya el consumo de comidas altas en sodio como ser sopas enlatadas, jamón y salchichas.
- Coma menos cantidad de alimentos preparados y trate de evitar restaurantes de servicio rápido.

DISMINUYA EL CONSUMO DE AZUCAR

- No use azúcar común. Si es que está acostumbrado a añadir azúcar a sus bebidas, use algún endulzante artificial que no tenga calorías, como ser aspartame (Nutrasweet) o sacarina.
- Trate de no comer miel, jalea, mermelada, caramelos, gelatina regular, y pasteles dulces. En vez de comer fruta envasada en almibar, elija frutas frescas o frutas envasadas en agua o jugos naturales.

- Beba refrescos de dieta Una lata de refresco regular de unos contiene azúcar equivalente a nueve cucharaditas de azúcar

ALIMENTOS PARA USO OCASIONAL

Los alimentos de esta lista pueden ser incluidos en su plan de alimentos, a pesar del contenido de grasas o azúcar que contienen, siempre y cuando usted mantenga un buen control sobre su diabetes.

Alimentos especiales	Porciones	Intercambio
Pan dulce	1/12 de pan dulce	2 pan
Galletitas	2 pequeñas (1 3/4 pulgadas)	2 pan 2 grasas
Yogurt congelado con frutas	1/2 Taza	1 pan
Granola	1/4 Taza	1 pan 1 grasas
Granola en barra	1 pequeña	1 pan 1 grasa
Helado (de cualquier sabor)	1/2 Taza	1pan 2 grasas
Leche helada (cualquier sabor)	1/2 Taza	1 pan 1 grasa
Nieve	1/4 Taza	1 pan
Doritos, Tostitos, papas fritas en bolsa	1 bolsita	2 pan 2 grasas

Los caramelos dietéticos pueden satisfacer el deseo de comer algo dulce, pero no coma más de tres caramelos duros por día. (Generalmente tienen tres calorías por unidad).

PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE GRASAS:

- Homee, use la parrilla, o hierva las carnes y los sustitutos en vez de freírlos. Si está usando una sartén, use un spray o una sartén de las que la comida no se pega.
- No añada harina, pan rallado cuando cocina carnes
- Trate de sacar la grasa que está visible antes y después de cocinar.
- Pese la porción de carne, luego de remover los huesos y la grasa y después de cocinarla. 90 gr de carne cocida equivale a 120 gr de carne cruda. Ejemplos de porciones de carne son:
 - 60 gr de carne (2 intercambios de carne) = 1 pierna de pollo pequeña = 1/2 taza de queso cottage o de atún.
 - 90 gramos de carne (tres intercambios de carne) = 1 chuleta de cerdo mediana = 1 hamburguesa pequeña = media pechuga de pollo = 1 filete de pescado = cualquier pedazo de carne cocida del tamaño aproximado de un juego de naipes.
- Disminuya la cantidad de carne que come. Use más pollo o pescado en sus comidas. Cuando coma carnes rojas, elija la que tiene menos grasa.

- Saque lo más que puede la grasa antes de cocinar la carne incluyendo la piel del pollo
- Elimine de su dieta o disminuya la cantidad de alimentos ricos en grasa como ser chorizos, salchichas, manteca, margarina, nueces, aderezos de ensaladas y grasa de cerdo.
- Coma menos helado, queso, yogurt, nata y otros productos lácteos con alto contenido en grasas. Beba leche descremada en vez de leche entera.

DISMINUYA LA SAL

- No añada sal a la comida cuando cocina, y trate de acostumbrarse a no llevar un salero a la mesa para no agregar sal extra.
- Disminuya el consumo de comidas altas en sodio como ser sopas enlatadas, jamón y salchichas.
- Coma menos cantidad de alimentos preparados y trate de evitar restaurantes de servicio rápido.

DISMINUYA EL CONSUMO DE AZUCAR

- No use azúcar común. Si es que está acostumbrado a añadir azúcar a sus bebidas, use algún endulzante artificial que no tenga calorías, como ser aspartame (Nutrasweet) o sacarina.
- Trate de no comer miel, jalea, mermelada, caramelos, gelatina regular, y pasteles dulces. En vez de comer fruta envasada en almibar, elija frutas frescas o frutas envasadas en agua o jugos naturales.

- Beba refrescos de dieta Una lata de refresco regular de unos contiene azúcar equivalente a nueve cucharaditas de azúcar

ALIMENTOS PARA USO OCASIONAL

Los alimentos de esta lista pueden ser incluidos en su plan de alimentos, a pesar del contenido de grasas o azúcar que contienen, siempre y cuando usted mantenga un buen control sobre su diabetes.

Alimentos especiales	Porciones	Intercambio
Pan dulce	1/12 de pan dulce	2 pan
Galletitas	2 pequeñas (1 3/4 pulgadas)	2 pan 2 grasas
Yogurt congelado con frutas	1/2 Taza	1 pan
Granola	1/4 Taza	1 pan 1 grasas
Granola en barra	1 pequeña	1 pan 1 grasa
Helado (de cualquier sabor)	1/2 Taza	1 pan 2 grasas
Leche helada (cualquier sabor)	1/2 Taza	1 pan 1 grasa
Nieve	1/4 Taza	1 pan
Doritos, Tostitos, papas fritas en bolsa	1 bolsita	2 pan 2 grasas

Los medicamentos orales en la Diabetes Mellitus tipo 2

Existen diferentes tipos de medicamentos para disminuir los niveles de glucosa en sangre. Algunos se inyectan porque se requiere de una acción más rápida en el organismo y otros se toman por vía oral, es decir se ingieren por la boca, porque se requiere de una acción mas lenta y prolongada. El médico prescribe este tipo de medicamentos porque la condición del organismo no se encuentra muy grave todavía.



MAS RAPIDO



MAS LENTO

¿Por qué son necesarios los medicamentos orales?

Existen diferentes tipos de medicamentos y su médico le recomendará el más adecuado. Los medicamentos no reemplazan la dieta y el ejercicio pero puede darle ese empujón extra para controlar los niveles de glucosa



Existen dos tipos básicos de estos medicamentos:

a) los que aumentan la secreción de insulina



INSULINA

b) los que hacen que la insulina sea más eficaz.



¿Por qué a veces no funcionan los medicamentos?

a) Puede ser que empiece a tomar un medicamento nuevo pero que no le funcione porque no era el adecuado para su tipo de diabetes. Entonces el médico analizará su condición y elegirá mejor su tratamiento.



b) A veces el medicamento es el correcto pero no tiene la fuerza suficiente. Entonces su médico le aumentará la dosis o cambiarlo a uno mas fuerte.



c) En ocasiones el tratamiento puede dejar de funcionar después de haberle ayudado por mucho tiempo. Si toma la misma sustancia por 5 años puede ser que ya no le funcione porque su diabetes se ha modificado y se necesita de otro tipo de medicamento.



¿Cuáles pueden ser los riesgos de tomar los medicamentos de manera inadecuada?

El principal riesgo es la hipoglucemia, ya que los medicamentos pueden ocasionar que su nivel de glucosa baje demasiado.

Los síntomas de la hipoglucemia son temblor, nerviosismo, sudoración, escalofrío, sensación de estar pegajoso, pulso acelerado, problemas para concentrarse, dolor de cabeza, hormigueo en la cara, los labios o la lengua y sensación de mucha hambre o irritabilidad.

Debe medirse el nivel de glucosa en sangre inmediatamente. Si es menor a 60 mg/dl tendrá que visitar al médico de urgencia.

¿Qué pasa si no tomo los medicamentos como el médico me lo indicó?

Puede ser que agraven su padecimiento. Por ejemplo, si usted no se da cuenta que tiene el nivel de azúcar bajo y toma el medicamento para disminuirlo, bajará a un nivel peligroso.

También tiene que ver el qué se lo tome antes de comer o después de comer. Por ejemplo, si el médico le pidió que se lo tome media hora antes de comer y se lo toma 2 horas después el efecto no será el mismo, ya que los niveles de glucosa se habrán modificado.

Además, solo tomando los medicamentos en los horarios y dosis establecidos su médico tendrá la seguridad de conocer si el medicamento está funcionando o no. Y que los malos resultados no se deben a que no lo está tomando adecuadamente. También será necesario que su reporte de mediciones de glucosa se lo muestre a su médico para que tenga pruebas más completas de cómo reacciona su cuerpo ante los medicamentos.



Si tiene dudas sobre la información que le proporcionamos, tiene problemas para tomar sus medicamentos o para controlar su diabetes, puede acudir a nuestro servicio donde le atenderemos eficazmente.

Centro de Servicios Psicológicos
"Dr. Guillermo Dávila"
Facultad de Psicología
Av. Universidad 3004
Col. Copilco-Universidad
Cd. Universitaria
Tel. 56 22 23 09

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLOGICOS
"Dr. Guillermo Dávila"

"PROGRAMA DE ATENCION
PSICOLOGICA A ENFERMOS
CRONICO DEGENERATIVOS"

PROGRAMA DE CONTROL
GLICEMICO PARA PACIENTES CON
DIAGNOSTICO MEDICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2

LOS MEDICAMENTOS ORALES EN
LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Responsables del programa:

Psic. Raquel García Flores
Psic. Rebeca Sánchez Monroy

Cd Universitaria, 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"

"PROGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA A
ENFERMOS CRONICO DEGENERATIVOS"

*PROGRAMA DE CONTROL GLICEMICO
PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO MEDICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2*

LA MEDICION DE GLUCOSA EN LA DIABETES
MELLITUS TIPO 2

Responsables del programa:

Psic. Raquel García Flores
Psic. Rebeca Sánchez Monroy

Cd. Universitaria, 2003

INTRODUCCIÓN

Como las concentraciones de glucosa en la sangre siempre varían es de esperarse que existan altas y bajas en diferentes momentos, de acuerdo a lo que come, el ejercicio que realiza, los medicamentos que usa y las emociones que experimenta.

El objetivo de este folleto es darle a conocer las ventajas de medirse la glucosa, o sea, el automonitoreo, como realizarlo y los otros métodos que existen para medir la glucosa además del glucómetro.

Si después de leer el folleto tiene dudas, consulte con su terapeuta quien se encargará de orientarlo sobre este tema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para verificar que el control de la glucosa es adecuado, debe tener un valor de hemoglobina glucosilada de entre 6 y 7%.

A continuación aparecen los porcentajes de hemoglobina glucosilada y los valores de glucosa promedio a los que corresponden.

6%	120 mg/dl
7%	150 mg/dl
8%	180 mg/dl
9%	210 mg/dl
10%	240 mg/dl

La importancia del registro de los resultados

El registro de los resultados dará mucha información tomar las decisiones más acertadas. Imagínese que su cuerpo es un negocio. Si tiene un negocio debe registrar lo que entra, lo que sale, las ventas y compras y analizar la información para que tome buenas decisiones y obtenga utilidades. Su cuerpo es el negocio más importante de su vida, por lo tanto debe cuidarlo.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. Pique su dedo con la parte lateral de la lanceta.
5. Coloque la gota de sangre en la tira.
6. Inserte la tira reactiva en el medidor.
7. Espere el resultado mientras guarda el equipo.
8. Las lancetas son desechables, pero las puedes utilizar dos o tres veces.



#ADAM.

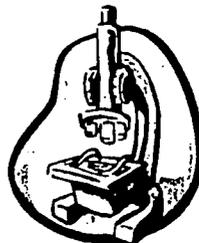
Pruebas de glucosa en orina



Las pruebas de glucosa en orina eran el método antiguo de medir el control de la diabetes. En la actualidad, este método no se prefiere ya que cuando la glucosa aparece en la orina es debido a que está por arriba de 200 mg/dl y no se sabe a que hora exactamente se elevó. Para llevar un buen control lo mejor es medir la glucosa en la sangre.

Hemoglobina glucosilada

La hemoglobina glucosilada indica el promedio de glucosa en sangre durante los últimos tres meses. La glucosilación es un proceso que ocurre cuando la glucosa se une a algunas moléculas, en este caso, la hemoglobina de los glóbulos rojos de la sangre.



Los glóbulos rojos de la sangre son los que transportan el oxígeno y tienen una gran afinidad por la glucosa. Como el promedio de vida de los glóbulos rojos es de 90-120 días, se puede determinar qué porcentaje de una fracción de la hemoglobina se ha "unido" a la glucosa, ya que mientras más alta haya estado la glucosa en la sangre, más moléculas de hemoglobina estarán glucosiladas.

¿Cuál es el mejor glucómetro?



Existen muchas marcas y modelos de glucómetros que puede comprar en cualquier farmacia o supermercado.

Cuando compre un glucómetro debe tomar en cuenta el costo de las tiras reactivas y si estas tirillas se venden cerca de donde vive.

Siempre que compre un glucómetro, lea cuidadosamente las instrucciones tanto de su manejo como de su mantenimiento ya que la técnica que use para medirse la glucosa y las condiciones del glucómetro influye sobre la obtención de resultados precisos.

También debe tomar en cuenta que su medidor se pueda usar a la altura de la ciudad donde vive y que también lo pueda llevar a la playa y funcione al nivel del mar.

Hay glucómetros que tienen ventanas de cristal líquido que son muy delicadas, así que trate de ver cual es el que más le conviene. Además es importante que tenga uno de emergencia, posiblemente de otra marca, ya que si no

consigue las tiras de uno, pueda conseguir las del otro o por si alguno de los dos se descompone o se le acaba la pila.

¿Qué tan exactos son los glucómetros?



La gota de sangre que saca de su dedo siempre contiene un poco menos de glucosa que la que se saca de la vena cuando va al laboratorio, sin embargo, la variación del resultado entre un monitor y la prueba de laboratorio no debe ser mayor del 20%.

Es muy importante que verifique su medidor continuamente con las soluciones de control que se le proporcionan al comprarlo y que cuando vaya al laboratorio tome una gota de la muestra que le toma la enfermera y la use para verificar la diferencia entre el medidor y el laboratorio, de esta manera podrá saber con mayor exactitud las concentraciones de glucosa que realmente tiene.

¿Cómo se realizan las pruebas?

1. Lave bien sus manos o empape el algodón en alcohol.
2. Saque el medidor, la tira y cargue la lanceta en el portalancetas.
3. Masajeé su dedo o sacúdalo fuertemente.

La medición de glucosa

Recuerde que el objetivo de medirse la glucosa de la sangre es tratar que sus valores estén entre 80-120 mg/dl antes de los alimentos y entre 100-180 de 1 a 2 horas después de ingerir alimentos.



¿Cuál es el número de veces que debo checar mi glucosa en sangre diariamente?

La respuesta depende del tipo de diabetes. La mayoría de las personas que padecen diabetes tipo 2 que requieren insulina necesitan medir su glucosa en sangre 4 veces al día (antes de cada comida y al irse a dormir) para poder ajustar su dosis de insulina.

Las personas con diabetes tipo 2 necesitan medirse la glucosa solamente una vez (antes del desayuno) diariamente. Frecuentemente las personas con diabetes tipo 1 y tipo 2 deben medir su glucosa en sangre de 2 a 3 horas después de una comida (glucosa posprandial) para conocer si se encuentra demasiado alta. Si así sucediera, la cantidad de alimento, ejercicio o medicamentos debe de ser ajustada.

Todas las personas con diabetes deben de medir su glucosa en sangre en cualquier momento que piensen que está demasiado alta o baja.

¿Por qué debe medirse la glucosa?

El monitoreo es necesario para ajustar las dosis de pastillas o insulina, verificar el efecto que tienen los alimentos que consume y darse cuenta del impacto de la actividad física en su control.

El monitoreo también le permite detectar oportunamente cuando su glucosa está baja (hipoglucemia) o cuando esta alta (hiperglucemia) para que actúe de inmediato y corrija la situación.

Además el monitoreo le permite saber también como una infección o algunas emociones fuertes afectan sus concentraciones de glucosa en sangre.

Si está de viaje, el monitoreo le ayuda a saber su nivel de glucosa y que debe hacer para sentirse bien y disfrutar de su viaje.



Además se ha comprobado que si logra mantener sus concentraciones de glucosa dentro de esos rangos, los problemas que se originan como consecuencia de la glucosa alta en la sangre se reducen.

¿Ha tenido problemas para tomar sus medicamentos tales como: se le olvida, no tiene dinero para comprarlos o no le surtieron su receta en el seguro?

Recuerde que el tomar su medicina tal y como lo prescribió el médico es muy importante para su tratamiento.

Pero sabemos que en ocasiones resulta un poco difícil seguir estas indicaciones pero con estas sencillas recomendaciones verá resultados muy benéficos.

1. Ponga avisos. Si se le olvida con frecuencia entonces puede hacer pequeños cartelitos de colores llamativos que puede colocar donde acostumbra estar (en la pared de la sala, en el refri de la cocina) para recordarse de tomarlos.

Me toca la medicina a las 8.

2. Anote en un calendario cuando debe de comprar su medicina. Si su medicina se acaba en 15 días no

se espere hasta el último día para comprarla, cómprela una semana antes anotando la fecha en su calendario, para evitar las carreras de último momento o que no la encuentre disponible en las farmacias.



3. Aunque el seguro le proporcione las medicinas, tenga guardada una porción de repuesto que, aunque haya gastado en esta, le dará la seguridad de que si el seguro no la tiene pueda esperar que la surtan sin que la deje de tomar.



4. Tenga su medicina cerca de usted. Si toma su medicina en la noche téngala en su buró a un lado

de un vasito de agua. Si toma su medicina antes de la comida téngala siempre en la mesa del comedor. Si esta mucho tiempo fuera de casa llévela en su bolsa.

5. Si le toca tomar su medicina a una hora en especial, puede poner un despertador o si tiene reloj con alarma programarlo para que el sonido se lo recuerde.



6. Si a veces no se acuerda si se tomó la medicina o no, entonces le conviene comprar un pastillero (no son caros, a lo mucho 30 pesos en el Sanborns) en donde coloque las pastillas que le toca por día. Los mejores son los que tienen 7 espacios, uno para cada día de la semana. Pero hay una gran variedad, puede elegir el que mas le acomode.



7. Si a veces no le alcanza la quincena para comprarla, entonces es importante que ahorre. Por ejemplo, puede destinar una alcancía en donde deposite 5 o 10 pesos diarios para juntar al final del mes para su medicina.



También puede pedir apoyo económico. sabemos que a veces nos da pena pero en general nuestros amigos y familiares les preocupa nuestro estado de salud y colaboran con gusto en el tratamiento.



Si no le agrada esta idea o no le funciona, entonces le conviene hacer pequeños trabajos para juntar un dinero. Por ejemplo, vender pequeñas artesanías hechas por nosotros mismos (figuritas de yeso, bordados, figuritas de fomi, hay varias revistas que dan ideas no

caras) o hacer trabajos domésticos (lavar, planchar, etc.)



Recuerde que nuestra salud vale oro y cualquier cosa que hagamos vale la pena para evitar complicaciones.

A veces por querer ahorrar en nuestros tratamientos las cosas luego nos salen mucho mas caras cuando se complica nuestro estado de salud y entonces el precio de los tratamientos se eleva.

Si continúa teniendo problemas para tomar sus medicinas entonces acuda a

Centro de Servicios Psicológicos

"Dr. Guillermo Dávila"
 Facultad de Psicología
 Av. Universidad 3004
 Col. Copilco-Universidad
 Cd. Cuernavaca
 Tel. 56 22 23 09

UNIVERSIDAD NACIONAL
 AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



CENTRO DE SERVICIOS
 PSICOLOGICOS !
 "Dr. Guillermo Dávila"

"PROGRAMA DE ATENCION
 PSICOLOGICA A ENFERMOS
 CRONICO DEGENERATIVOS"

PROGRAMA DE CONTROL
 GLICEMICO PARA PACIENTES
 CON DIAGNOSTICO MEDICO DE
 DIABETES MELLITUS TIPO 2

CONSEJOS PRACTICOS PARA LA
 TOMA DE MEDICAMENTOS

Responsables del programa:

Psic. Raquel García Flores
 Psic. Rebeca Sánchez Monroy

Cd Universitaria, 2003

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"

"PROGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA A
ENFERMOS CRONICO DEGENERATIVOS"

*PROGRAMA DE CONTROL GLICEMICO
PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO MEDICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2*

INFORMACION SOBRE LA INSULINA EN LA DIABETES
MELLITUS TIPO 2

Responsables del programa:

Psic. Raquel García Flores
Psic. Rebeca Sánchez Monroy

Cd. Universitaria, 2003

Introducción

Si usted tiene diabetes tipo 2, será necesario inyectarse insulina si no logra controlar la glucemia con dieta, ejercicio y medicamentos orales. Recuerde que la insulina no puede darse por boca porque es una proteína, y pierde su actividad durante el proceso de la digestión.

El objetivo de este folleto es informarle sobre los tipos de insulina que existen para usted reconozca cuales son las características de la insulina que le recomendó el médico. También de los cuidados especiales que debe de tener con esta sustancia y cual es la forma correcta de inyectarse. Además usted conocerá cuales son las otras opciones que existen para suministrarla.

Lea el folleto y si tiene dudas sobre este tema consúltelas con su terapeuta quien le orientará al respecto.

La insulina

La insulina se mide en unidades. La unidad es una medida del peso: 24 unidades = 1 mg. A la insulina se la llama "U100" porque hay 100 unidades de insulina por cada centímetro cúbico de solución. Hay 1000 unidades de insulina en una botella de insulina U100. Debe usar jeringas U100 para inyectar insulina U100.

Tipos de insulina

La insulina que se usa, puede ser de vacuno, cerdo, vacuno y cerdo combinado, o humana. Esto está especificado en la etiqueta de la botella.

La insulina humana se elabora usando técnicas de ingeniería genética a partir de la bacteria *E. Coli* (Humulin) o de una levadura (Novolin). El 60 % de la insulina que se usa es de origen humano. Es muy probable que reemplace a los otros tipos de insulina en el futuro.

Las clases de insulina incluyen Regular, Semi-Lenta, NPH, Lenta, Ultralenta, y el nuevo producto que se llama Lispro. Las distintas insulinas tienen diferentes características una de la otra, que son :

- Tiempo que tarda desde el momento de la inyección hasta que comienza el efecto
- El momento de acción máxima
- Cuanto tiempo dura el efecto

Muchos factores como ser el tipo de insulina, sitio de la inyección, y ejercicio, afectan el tiempo del inicio de acción, acción máxima (pico) y duración del efecto de la insulina.

La Insulina Regular (de cualquier origen) comienza su acción de manera rápida y dura poco tiempo una vez que es inyectada en el cuerpo. Se usa antes de las comidas para controlar la elevación del azúcar sanguíneo que sucede luego de ingerir una comida, y también para bajar rápidamente el nivel de glucemia cuando sea necesaria una corrección rápida.

La insulina Semi-Lenta (de cualquier origen), tiene una duración corta, pero en tiempo, es el doble de duración que la insulina Regular. Se usa a veces para el control de la elevación de la glucemia que se produce luego de las comidas, y puede ser combinada con insulina Lenta.

La insulina NPH (de cualquier origen), tiene una sustancia que se llama protamina para poder producir un efecto de acción intermedia. La insulina NPH provee una cantidad basal de insulina. Generalmente se usan dos inyecciones al día.

La insulina Lenta (de cualquier origen) tiene zinc, lo cual le da un efecto similar al de la insulina NPH. La insulina Lenta también provee una cantidad basal de insulina. Generalmente se usan dos inyecciones por día.

La insulina Ultra-Lenta (de tipo vacuno o humano), contiene mucho zinc, para lograr la insulina con mayor duración. La insulina Humulin Ultralenta tiene un pico de acción y duración mas cortos que la insulina Ultralente de tipo vacuno. La insulina Ultralente provee insulina basal de una manera mas constante que las otras insulinas. Se usa una inyección al día combinada con inyecciones de insulina Regular antes de las comidas.

La insulina Lispro, que se vende con el nombre de Humalog, es una insulina sintética muy similar a la natural.

Tiene un comienzo de acción más rápido y una duración más corta que la insulina humana Regular. Debe ser inyectada en un tiempo menor a 15 minutos antes de ingerir una comida y en combinación con una insulina de efecto más prolongado.

La insulina 70/30 (humana) es en realidad una mezcla del 70% insulina NPH, y el 30% de insulina regular. Se recomiendan dos inyecciones al día.

¿Qué insulina comprar?

Los precios de la insulina varían de acuerdo a la pureza y al tipo. La insulina pura de cerdo y de tipo humano tienden a bajar la glucosa sanguínea más efectivamente que la insulina de vacuno o mezcla de cerdo y vacuno en algunas personas. Asegúrese de comprar específicamente el tipo de insulina que su médico le ha recetado y no haga cambios de marca o tipo de insulina sin consultar antes.

¿Cómo se almacena la insulina?

Los envases de insulina que ya han sido abiertos pueden ser mantenidos a temperatura ambiente. La insulina se daña solamente cuando se la expone a extremos de temperatura, de modo que no la deje en una ventana al sol o en el congelador.

Guarde las botellas que no han sido abiertas en el refrigerador, y asegúrese de usar las más viejas primero. SIEMPRE TENGA UN FRASCO EXTRA DE INSULINA A MANO. TENGA INSULINA REGULAR A MANO PARA EMERGENCIAS AUNQUE NO SE LA INYECTE A DIARIO.

También tenga una provisión de azúcares, panes, alcohol y azúcar.

Antes de inyectarse, siempre mire la fecha de expiración que está en el frasco. **NO USE INSULINA QUE HA CADUCADO.**

Si la insulina es expuesta a temperaturas extremadamente bajas, o a temperaturas mayores de 30 grados, **TIRELA.**

Si la insulina tiene cositas blancas, pequeñas y duras que no se mezclan, **TIRELA.**

Si la insulina se pega a la botella, creando una apariencia cristalizada **TIRELA.**

COMO INYECTAR LA INSULINA

Los sitios de inyección incluyen el abdomen, cara externa de los brazos (no el antebrazo), los muslos, glúteos o las caderas. No se inyecte cerca de áreas con huesos prominentes o articulaciones.

Dése inyecciones consecutivas en lugares separados por más de 2.5 cm como mínimo. La absorción de la insulina varía de lugar en lugar. En el pasado, era muy importante rotar (cambiar) los sitios de inyección para prevenir el desarrollo de áreas endurecidas o irregulares. Con el desarrollo de las nuevas insulinas, éste es cada vez un problema menor. Siga las instrucciones del médico que lo atiende por su diabetes dónde inyectarse insulina.

TESTE CON
TALLA EN CHEQUEN
MEDICINA

Preparándose para la inyección



Lávese bien las manos.

Tome el frasco y póngalo de costado entre sus manos para mezclarla la insulina, pero NO LA AGITE



Limpie la tapa del frasco usando algodón empapado con alcohol.



Retire el émbolo de la jeringa lentamente hasta tener una cantidad de aire en la misma igual a su dosis de insulina _____ unidades



Pinche con la aguja sobre el tapón del frasco, e inyecte, empujando el émbolo, la totalidad del aire dentro del frasco

Sin retirar la jeringa del frasco, inviértala, para que quede el tapón hacia abajo, y, retirando el émbolo permita que la jeringa se llene con insulina yendo más allá de su dosis. Ahora, empuje lentamente el émbolo hasta llegar a la línea que marca su dosis : _____ unidades

Mire para ver si han quedado burbujas de aire en la jeringa. Si es así, golpee la jeringa con sus dedos para hacer que las burbujas suban hacia la parte superior. Luego, repita los pasos 6 y 7 hasta que no queden más burbujas de aire



Retire la jeringa del frasco, y con cuidado ponga la jeringa sobre una superficie plana, cuidando que la aguja no toque nada.

APLICANDO LA INYECCIÓN



Elija el sitio de inyección. Frote el área con alcohol para limpiarla.



Entre sus dedos índice y pulgar, tome un buen pliegue de piel.

Inserte la aguja en ángulo recto con la piel (perpendicularmente)



Empuje el émbolo. Teniendo cerca la gasa con alcohol, retire la aguja. Frote nuevamente el área con la gasa

Reacciones alérgicas y otras reacciones leves

De vez en cuando pueden formarse unas áreas rojas, duras y pequeñas en los sitios de inyección. Pueden estar acompañadas de picazón. Esta es una reacción alérgica leve que se resolverá en uno o dos días. Una reacción alérgica más generalizada a la insulina se manifestará

como urticaria y picazón en otras partes del cuerpo. Este tipo de reacción desaparece sola, sin necesidad de intervención médica, pero si la picazón continúa, consulte con su médico.

- **Edema** (hinchazón) puede desarrollarse al inicio de la terapia con insulina. Generalmente no es severo. Usted observará hinchazón por ejemplo en las piernas, tobillos, manos o cara. Este edema desaparece en unas pocas semanas.
- **Lipohipertrfia** es un término que se usa para describir la formación de tejido cicatrizal en áreas que han sido repetidamente usadas para inyecciones. La textura es firme e irregular. La absorción de la insulina también cambia en esta área, y se hace irregular. Este problema casi no se ve mas desde la introducción de insulinas tipo humano y pura de cerdo.

Jeringas y agujas

Las jeringas y agujas descartables son convenientes y fáciles de usar. Pueden ser usadas mas de una vez, siempre y cuando usted tenga cuidado de mantener la aguja limpia. Sin embargo, con el uso repetido, la aguja pierde el filo, las marcas que indican las dosis se borran y entonces puede ser complicado el sacar una dosis apropiada.

Las agujas mas modernas están lubricadas y son muy pequeñas (1/2 a 5/8 de pulgada y de calibre, números 28 a 29) para minimizar las molestias. Todas las jeringas son U100 y hechas expresamente para usarlas con insulina U100. Las jeringas pueden contener 25, 30, 50 o 100 unidades.

Este dispositivo, que tiene la forma y el tamaño de un lapicero, se la usa con cartuchos llenos con insulina NPH, regular o 70/30. Es cómodo y fácil de usar. Usted inserta una aguja en un extremo, elige la dosis, y luego se inyecta. Este dispositivo portable es ideal para las personas que usan terapia intensiva de insulina, o para aquellos que no comen sus comidas en la casa.



La Bomba de insulina

Este sofisticado dispositivo usa chips de computadora, insulina, y pilas para proveer energía para la infusión continua de insulina en el cuerpo en forma automática. La jeringa se llena con una insulina regular con un buffer, Velosulin, o Humulin BR, y está conectada a un tubo de plástico llamado sistema de infusión.

En el extremo del sistema de infusión, hay o una aguja o un pequeño catéter (un tubito de unos 2 cm de largo insertado con una aguja, la aguja es removida luego de la inserción quedando el catéter en el lugar deseado para la infusión).

Esta "bomba" se usa las 24 horas del día, sostenida por el cinturón, en un bolsillo, suspendida por el brasero, o en una

FALLA DE ORIGEN
FESIN CON

bolsa especial en que se usa en la pierna. Cuando se baña o nada, la jeringa es removida de la bomba, o se puede desconectar el tubo de infusión de la jeringa, y taparlo. El tamaño del dispositivo es de unos 5.75 x 2 cm aproximadamente.

El objetivo de la bomba de insulina es imitar la acción de las células beta. La bomba puede entregar una dosis basal, y una dosis en bolo. La dosis basal, se refiere a la infusión programada continua de insulina en incrementos de 0.1 unidades. Las dosis de bolo son dosis mayores que se programan antes de las comidas y colaciones.

Las dosis de insulina se calculan de acuerdo a los valores de la glucemia, pero la bomba no tiene un sensor de glucosa, de modo que la persona que la usa debe medirse la glucemia 4 a 8 veces al día-- y a veces a las tres de la mañana. El paciente debe interpretar los valores obtenidos, tomar en cuenta todos los elementos que influyen la glucemia, y luego, decidir qué dosis será apropiada.

Esta es una responsabilidad grande. Las personas que usan la bomba de insulina deben ser muy motivadas, deben conocer perfectamente el funcionamiento del aparato, necesitan estar dispuestos a medir la glucemia frecuentemente, y deben aprender a darse cuenta cuando aparece un problema. Además, es esencial que tengan acceso a personal médico que tenga experiencia en el uso de dichos dispositivos.

¿Cómo puedo saber si la bomba de insulina es apropiada para mí?

Considere las ventajas y las desventajas:

Ventajas

- Mayor flexibilidad en las comidas, ejercicio y horarios diarios.
- Sensación de estar bien, física y psicológicamente
- Control más estable, sin tantas fluctuaciones de la glucemia
- Valores menores de hemoglobina glucosilada

Desventajas

- Riesgo de infección
- Episodios de hipoglucemia más frecuentes
- Recordatorio constante del hecho de tener diabetes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"

"PROGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA A
ENFERMOS CRONICO DEGENERATIVOS"

PROGRAMA DE CONTROL GLICEMICO
PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO MEDICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2

RECETARIO PARA PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2

Responsables del programa:

Psic. Raquel García Flores
Psic. Rebeca Sánchez Monroy

Cd. Universitaria, 2003

Introducción

Para un control adecuado de los niveles de glucosa en la sangre, en primer lugar debemos cuidar nuestra alimentación. Sin embargo, nos podemos aburrir de lo que comemos a diario y esto puede desencadenar el que estemos constantemente deseando comer otro tipo de alimentos que no son benéficos para nuestra salud. !

Por esta razón le daremos a conocer algunas recetas de cocina para aumentar sus alternativas en cuanto a la preparación de alimentos. Las hemos elegido en función a su fácil acceso, bajo costo y preparación sencilla. Si existen algunos que usted no haya probado, con mayor razón lo debe probar, puede que se esté perdiendo de conocer una combinación deliciosa.

Lo invitamos a poner en práctica estas sencillas recomendaciones y se dará cuenta del impacto positivo que puede tener el comer sanamente sin tener que sacrificar el sabor de los alimentos.

¡Buen provecho!

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Huevos con hongos y nopales

3 a 4 porciones

Ingredientes:

4 huevos

½ de taza de hongos cocidos

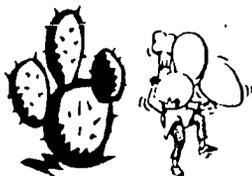
½ de taza de nopales cortados cocidos

Acelte

Sal al gusto

Modo de hacerse:

Se bate el huevo con un poco de sal y se vacía sobre la sartén con un poco de aceite en forma de tortilla. Se voltea y se agregan los hongos y los nopales. Se envuelve y se deja cocer. Servir con salsa mexicana.



Ensalada de calabacita y elote

4 porciones

Ingredientes:

5 calabacitas largas cocidas y rebanadas

1 lata mediana de granos de elote escurridos

2 chiles poblanos asados, pelados, desvenados y en rajas

1 cebolla rebanada

2 cucharadas de salsa inglesa

100 g. de queso panela

Acelte y sal al gusto

Modo de hacerse:

En una cacerola grande ponga a calentar el aceite y fría la cebolla, cuando le falte poco para acitrionar agregue las rajas de chile, los granos de elote, las calabacitas y la sal al gusto. Cuando estén cocidos agregue la salsa inglesa mezclando bien. Deje un poco mas en el fuego, una vez en su punto retire, espolvoree el queso y sirva.



Aderezo de Yoghurt

Ingredientes:

½ taza de yoghurt natural

Jugo de limón

½ cucharadita de paprika

¼ de cucharadita de sal

½ cucharadita de pimienta

Modo de hacerse:

Se mezclan todos los ingredientes y se agrega a ensaladas o carnes.

Verduras a la italiana

4 porciones

Ingredientes:

- 2 tazas de ramitos de brócoli
- 1 taza de ejotes en trocitos
- 1 chayote grande cortado en cubos
- 3 zanahorias rebanadas
- 1 pimiento rojo en tiritas

Para la vinagreta:

- 3 cucharadas de vinagre de manzana
- ¼ de taza de aceite de oliva
- 1 cucharada de albahaca picada
- 1 cdita de ralladura de cáscara de limón

Modo de hacerse:

Mezcle todos los ingredientes para la vinagreta y refrigere mínimo una hora.
Cueza las verduras al vapor hasta que estén suaves.
Acomódelas en un platón y sirva una vinagreta



Ensalada italiana

4 a 6 porciones

Ingredientes:

- 4 tazas de lechuga romanita finamente picada
- 3 jitomates grandes, rebanados
- 300 g. de queso panela
- 1 cucharadita de orégano
- ½ cucharadita de pimienta
- ½ taza de vinagre
- 3 cucharadas de aceite de oliva
- Sal al gusto

Modo de hacerse:

Preparar la vinagreta con orégano, vinagre, aceite de oliva, pimienta y sal.
Con la mitad de la vinagreta bañar la lechuga y extenderla en un platón. Alterne las rebanadas de jitomate con queso. Rocíe la ensalada con el resto de la vinagreta.



Ensalada de calabacitas tiernas

4 a 6 porciones

Ingredientes:

- ½ kg. de calabacitas tiernas
- 1 cebolla grande en rebanadas finas

2 tazas de queso panela desmoronado
 Una pizca de orégano molido
 2 cucharaditas de aceite de oliva
 2 cucharaditas de vinagre
 Sal y pimienta al gusto

Modo de hacerse:

Ponga a cocer las calabacitas con un poco de sal y un pedazo de cebolla, ya cocidas se rebanan muy delgadas y se vacían en un platón hondo, se les pone el aceite y vinagre, el oregano, la sal, pimienta y cebolla, se revuelve todo y se cubre con queso, se deja unos 20 minutos en el fuego para que tome sabor.



Ensalada de pollo

3 a 4 porciones

Ingredientes:

2 tazas de pechuga de pollo cocido deshebrado
 1 taza de espinaca cocida picada
 ¼ de taza de aplo finamente picado
 3 cucharadas de cilantro finamente picado
 ½ cebolla finamente picada
 1 taza de brócoli cocido picado
 Mayonesa al gusto (de preferencia light)

Modo de hacerse:

Se revuelven los ingredientes con la mayonesa.



Ensalada escarola

6 a 8 porciones

Ingredientes:

1 lechuga escarola lavada y desinfectada
 1 jícama mediana pelada y rebanada
 1 pepino mediano partido a la mitad sin semillas y rebanado
 1 cebolla morada en medias rebanadas
 ¼ de taza de jugo de limón
 1 diente de ajo
 4 cdas. de aceite de oliva
 Chile piquín

Modo de hacerse:

Acomode la lechuga en un platón. Mezcle la jícama, pepino y cebolla y colóquelos sobre la lechuga. Revuelva el jugo de limón con el ajo, aceite y sal. Bañe la ensalada con este aderezo y espolvoree el chile piquín.



Sopa de cebolla

4 porciones

Ingredientes:

- 2 cebollas medianas cortadas en rodajas
- 2 cdas. de aceite de maíz
- 4 tazas de caldo de pollo desgrasado
- 1 hoja de laurel
- 1 cdita de albahaca seca
- 1/3 de cdita de sal
- 1/2 cdita. de pimienta negra molida
- 250 gr. de queso oaxaca

Modo de hacerse:

Coloque las cebollas en el aceite hasta que estén transparentes revolviendo ocasionalmente. Añada un poco de agua, si fuera necesario, para que no se peguen. Vierta el caldo, el laurel, el albahaca y la sal-pimienta. Cuando suelte el hervor, tape la cacerola, baje el fuego y deje cocer durante 30 minutos. Sirva la sopa y coloque encima de cada plato queso oaxaca deshebrado.



Sopa de rajas y elote

3 a 4 porciones

Ingredientes:

- 2 cdas de aceite
- 2 elotes desgranados
- 1/2 lata de leche evaporada (clavel)
- 6 chiles poblanos, asados, desvenados, en rajas
- 1 cebolla grande rebanada
- 3 tazas de caldo de pollo
- 1 cda. de consomé en polvo

Modo de hacerse:

Freír las rajas de chile poblano junto con la cebolla en el aceite caliente, hasta que la cebolla este acitronada. Añadir el elote a que se sancoche por 5 minutos. Agregar el caldo. Cuando los elotes estén suaves, agregar la leche y sazonar al gusto.

Crema verde

6 porciones

Ingredientes:

- 8 nopales crudos y picados
- 3 tazas de espinacas picadas
- 2 jitomates
- 1 cebolla chica
- 1 diente de ajo
- 1 chile ancho (o al gusto)
- 2 cdas. de aceite de oliva
- 1 litro de caldo de res o pollo
- Sal al gusto

Modo de hacerse:

En una taza de agua caliente remoje el chile, ábralo y desvénelo (consérve el agua). Licúelo con la misma agua del remojo, las espinacas, jitomates, cebolla y ajo. Sofría lo licuado en el aceite. Cuando suelte el hervor, añada los nopales y vierta el caldo para darle el espesor deseado; sazone con sal. Baje el fuego y cocine hasta que los nopales estén suaves. Sirva bien caliente.



Sopa de cilantro

4 a 6 porciones

Ingredientes:

- 3 tazas de cilantro lavado y picado
- 6 chiles serranos asados y sin semillas
- 6 tomates verdes asados
- 1 papa cocida y pelada
- 1 ½ litros de caldo de pollo
- Sal al gusto
- Acete vegetal

Modo de hacerse:

Licúe los chiles junto con los tomates y sofría lo licuado en aceite. Licúe el cilantro y la papa con una taza de caldo, añada a lo anterior para que se sofría.

Rollitos de espinaca con queso

1 porción

Ingredientes:

- 60 gr. de queso panela
- 3 hojas de espinacas lavadas y desinfectadas
- 2 jitomates grandes o 3 chicos
- 1 diente de ajo
- Sal y pimienta al gusto

Modo de hacerse:

Coloque en el centro de cada una de las hojas de espinaca una tira de queso; enróllelas y préndalas con palillos. Licúe los jitomates con el ajo y un poco de agua, cuele y hierva

Modo de hacerse:

Asar los nopales en un sartén. Untar con los frijoles, agregar una rebanada de queso panela, salsa al gusto y lechuga. Servir.



Pechugas con salsa

6 porciones

Ingredientes:

3 pechugas de pollo partidas en mitades
2 dientes de ajo
1 trozo de cebolla
1 manojo de espinacas chico cocido
1 manojo de berros chico cocido
1 cucharada de perejil picado
Sal al gusto

Modo de hacerse:

Cuezca las pechugas sin pellejo con el ajo, la cebolla y la sal hasta que estén tiernas, guarde el caldo. Muela las espinacas con los berros para formar un pure. Vierta sobre una sartén y vacíe la taza de caldo, mezcle. Coloque las pechugas en un plátón y báñelas con la salsa.

Enchiladas fingidas

4 porciones

Ingredientes:

12 rebanadas delgadas de jamón de pavo
180 gr. de pollo cocido deshebrado
Queso panela desmoronado
Aceite

Para la salsa:

PASILLA

300 gr. de tomates verdes asados y pelados
2 chiles pasillas asados y desvenados
1 diente de ajo
½ cebolla picada
Sal al gusto

Moler los tomates con los chiles y el ajo. Acitronar la cebolla en poco aceite y agregar la mezcla anterior y sazonar.

VERDE

300 gr. de tomate verde
1 chile poblano asado y desvenado
1 diente de ajo
½ cebolla
2 ramas de cilantro
Sal al gusto

durante 10 minutos con sal y pimienta. Ya hirviendo agregue los rollitos y deje hervir durante 5 minutos.

Calabacitas rellenas de atún

3 porciones

Ingredientes:

- 6 calabacitas (cocidas en agua con poca sal)
- 1/2 lata de atún en agua (escurrido)
- 1 jitomate mediano (partido en trozos)
- 250 g. de queso panela
- 2 cucharadas de aceite de oliva

Modo de hacerse:

Las calabacitas se cortan a lo largo por la mitad y se les quitan las semillas. En una ensaladera se revuelve el atún, el jitomate, el queso finamente picados y el aceite. Se rellenan las calabazas con esta mezcla.



Chiles rellenos de flor de calabaza

1 a 2 porciones

Ingredientes:

- 1 manojo de flor de calabaza, limpias y lavadas
- 2 chiles poblanos asados y desvenados
- 60 gr de queso panela
- 1 cucharadita de cebolla picada
- 1 cucharadita de epazote picado
- Jitomate, ajo y cebolla para preparar un caldillo
- Aceite el necesario

Modo de hacerse:

En un sartén sofría la cebolla. Agregue las flores de calabaza y el epazote, sazone con sal y tape. Los chiles se rellenan con las flores y una rebanada de queso. Licúe el jitomate, ajo y cebolla, cuelelo y sazone. Guise por un momento este caldillo. Agregue los chiles y sirva.



Sopes de nopal

4 a 6 porciones

Ingredientes:

- 6 nopales
- 150 gr. de queso panela
- Frijoles de la olla machacados y guisados (los necesarios)
- Salsa verde o roja (la necesaria)
- Lechuga picada

Modo de hacerse:

Asar los nopales en un sartén. Untar con los frijoles, agregar una rebanada de queso panela, salsa al gusto y lechuga. Servir.



Pechugas con salsa

6 porciones

Ingredientes:

3 pechugas de pollo partidas en mitades
2 dientes de ajo
1 trozo de cebolla
1 manojo de espinacas chico cocido
1 manojo de berros chico cocido
1 cucharada de perejil picado
Sal al gusto

Modo de hacerse:

Cueza las pechugas sin pellejo con el ajo, la cebolla y la sal hasta que estén tiernas, guarde el caldo. Muela las espinacas con los berros para formar un pure. Vierta sobre una sartén y vacíe la taza de caldo, mezcle. Coloque las pechugas en un platón y báñelas con la salsa.

Enchiladas fingidas

4 porciones

Ingredientes:

12 rebanadas delgadas de jamón de pavo
180 gr. de pollo cocido deshebrado
Queso panela desmoronado
Aceite

Para la salsa:

PASILLA

300 gr. de tomates verdes asados y pelados
2 chiles pasillas asados y desvenados
1 diente de ajo
½ cebolla picada
Sal al gusto

Moler los tomates con los chiles y el ajo. Acitronar la cebolla en poco aceite y agregar la mezcla anterior y sazonar.

VERDE

300 gr. de tomate verde
1 chile poblano asado y desvenado
1 diente de ajo
½ cebolla
2 ramas de cilantro
Sal al gusto

Poner a cocer los tomates en agua, molerlos junto con el chile poblano, el ajo, cebolla y cilantro. Freír esta salsa en poco aceite para sazonar

Modo de hacerse:

Pasar las rebanadas de jamón por la salsa (verde o pasilla) y rellenar con el pollo deshebrado. Bañar con mas salsa y espolvorear con un poco de queso oaxaca o panela.



Rollitos de pechuga en caldillo

6 porciones

Ingredientes:

6 pechugas aplanadas
3 jitomates
1 trozo de cebolla
2 dientes de ajo
1 taza de espinacas bien lavadas
200 gr. de queso panela
Sal, orégano y hierbas finas al gusto

Modo de hacerse:

Asar los jitomates y el ajo. Licuarlos con la cebolla y un poco de agua. Sofreír en aceite y sazonar con sal, orégano y

hierbas finas. Rellenar las pechugas con espinacas picadas y una rebanada de queso panela. Hacer rollitos y sellarlas con un poco de aceite. Ya blancas, introducir las al caldillo para terminar de cocer.

Pollo asado a la naranja

4 porciones

Ingredientes:

2 pechugas de pollo partidas a la mitad
½ taza de jugo de naranja
½ taza de jugo de limón
¼ de taza de aceite de oliva
3 dientes de ajo triturados
2 cdas. de hojas de cilantro picadas
Pimienta negra al gusto

Modo de hacerse:

En una cacerola mezcle todos los ingredientes, excepto el pollo. Incorpore el pollo y mueva para que se impregne bien. Tape y deje marinar en el refrigerador durante toda la noche o dos horas mínimo. Ase las pechugas a la parrilla bañándolas con la salsa donde las marinó.



Ingredientes:

6 bisteces de res bien aplanados
3 tazas de espinacas cocidas y picadas
3 nopales cocidos y picados
¼ de taza de cebolla picada
Sal y pimienta al gusto
Aceite vegetal

Modo de hacerse:

Agregue sal y pimienta a los bisteces por ambos lados. Mezcle las espinacas, nopales y cebolla; sazone con sal. Distribuya la preparación entre los bisteces, enróllelos y atórelos con palillos. Fríalos en poco aceite.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si usted hace ejercicio, va a sentirse mejor y controlará su peso y el nivel de azúcar en la sangre. Las actividades físicas ayudan a reducir la presión de la sangre y a darle un corazón más fuerte.

Si usted no está acostumbrado a hacer ninguna actividad física o ejercicio, hay que hablar con su médico antes de comenzar para que él revise si en su caso es adecuado o no.

En caso de que su médico lo recomiende entonces puede empezar haciendo ejercicio 5 o 10 minutos diarios. Según mejore su condición usted puede aumentar por unos minutos más el tiempo que dedica a la actividad física. Si siente algún dolor, descanse y espere a que se le pase. Si el dolor regresa, hable con médico antes de seguir con el ejercicio.

Haga actividad física o ejercicios todos los días. Es mejor caminar diez o veinte minutos al día, que caminar una hora una vez a la semana.

Hay muchas formas prácticas de aumentar la actividad física. El caminar es una de las actividades más fáciles: puede caminar al supermercado en vez de manejar,

puede pasear al perro, estacionar el auto mas lejos de lo usual para así obligarse a caminar un poco. Baje del camión dos paradas antes y caminar el resto del camino.

El caminar, es un ejercicio ideal, no importa su edad. No es peligroso, es barato, requiere menos fuerza física que muchos otros deportes, y usted no necesita tomar lecciones para comenzar. Puede caminar solo, o acompañado, en lugares cerrados o al aire libre.

Para caminar cómodamente, use calzado apropiado. Nunca camine descalzo. Use ropa holgada, y de tal manera que si siente mucho calor, pueda sacarse algo de ropa. Comience lentamente, y aumente la distancia y la velocidad cada semana.

Haga paseos largos y fáciles, y respire profundamente. Tenga con usted algún caramelo para proveer azúcar si es que lo necesita, y esté pendiente de la aparición de síntomas de hipoglucemia. Si hace calor, también lleve agua para beber. Luego de caminar, inspeccione sus pies para estar seguro que no tiene ampollas o lastimaduras.

Además de caminar, hay otras formas de mantenerse activo que le ayudan a parecer ser ejercicio. Por ejemplo, use las escaleras en vez del elevador. Si es que está mirando televisión, levántese durante los comerciales, y dé unas vueltas por su casa.

Use aparatos manuales en vez de eléctricos; cortar el pasto, barrer la calle, lavar el coche, aún lavar ventanas o pisos pueden constituir un buen ejercicio y utilizar calorías extra.

Ejercicios fáciles para principiantes

Ejercicios que consisten en agacharse y estirarse son buenos para principiantes porque son fáciles y con menor probabilidad de causar lesiones que otro tipo de ejercicio.

Aún cuando usted avance en el tipo y dificultad del ejercicio, es siempre una buena idea prepararse para cada sesión con unos pocos minutos de agacharse y estirarse. Además de estos ejercicios, hay otros ejercicios fáciles que un principiante puede hacer sobre la cama, o en un tapete en el piso o sentado en una silla.

Agacharse y estrarse. Parado con las piernas separadas, dóblese hacia adelante, atrás y a cada lado. Estos ejercicios usted puede hacer mientras está acostado en su cama o en un colchón en el piso:

- Ejercicios para los pies. Mueva los dedos de los pies en una manera circular.
- Luego, mueva ambos pies, con movimientos circulares, primero hacia un lado, luego hacia otro.
- Elevaciones de las rodillas. Acostado de espalda, levante una rodilla lo mas cerca que pueda del pecho, y luego bájela lentamente. Repita con la otra rodilla.
- Rodar. Comience de espaldas, eleve sus brazos por arriba de su cabeza. Estírese, luego ruede de un lado al otro lentamente
- Piernas. Acostado sobre un costado, levante una pierna y muévala en forma circular. Dése vuelta hacia el otro lado y repita con la otra pierna

Ejercicios que usted puede hacer mientras está sentado en una silla :

- Círculos con los brazos levante ambos brazos por

delante suyo haga un movimiento circular primero con un brazo y luego con el otro. Luego extienda los brazos hacia los costados y mueva los brazos en círculo primero en una dirección y luego en la otra. Repita desde el comienzo

- Brazos. Mientras está sentado, apoye las manos en los brazos de la silla y trate de levantar su cuerpo de la silla usando solo la fuerza de sus brazos.

¡Disfrute de la actividad! Haga una actividad física que realmente disfrute. Cuanto más le guste, más va a querer repetirla todos los días. Es bueno hacer las actividades físicas con un familiar o con un amigo.

Centro de Servicios Psicológicos
"Dr. Guillermo Dávila"
Facultad de Psicología
Av. Universidad 3004
Col. Copilco-Universidad
Cd. Universitaria
Tel. 56 22 23 09

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLOGICOS
"Dr. Guillermo Dávila"

"PROGRAMA DE ATENCION
PSICOLOGICA A ENFERMOS
CRONICO DEGENERATIVOS"

PROGRAMA DE CONTROL
GLICEMICO PARA PACIENTES
CON DIAGNOSTICO MEDICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2

CONSEJOS PRACTICOS PARA
HACER EJERCICIO

Responsables del programa:

Psic. Raquel García Flores
Psic. Rebeca Sánchez Monroy

Cd. Universitaria, 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

205



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"

"PROGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA A
ENFERMOS CRONICO DEGENERATIVOS"

PROGRAMA DE CONTROL GLICEMICO
PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO MEDICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2

LAS EMOCIONES EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Responsables del programa:

Psic. Raquel García Flores
Psic. Rebeca Sánchez Monroy

INTRODUCCION

En el tratamiento para controlar la diabetes día a día pueden surgirnos distintos problemas en cualquier momento, debemos tomar decisiones rápidas y acertadas para solucionar hipoglucemias, para calcular la cantidad de insulina si comemos fuera de casa, para prepararnos si hacer deporte, etc. Esto, además de una buena y amplia información, requiere una atención continua durante todo el día, pero podríamos prestarle una atención serena y positiva.

Esta actitud positiva es a veces difícil de adoptar y por esta razón es importante aprender a controlar nuestras respuestas emocionales. Los estudios han demostrado que las personas que saben conservar la tranquilidad en situaciones difíciles tienen un mejor control de su diabetes que aquellas que se dejan llevar por la ira, la ansiedad o la depresión.

El objetivo de este folleto es darle a conocer técnicas para poder controlar sus emociones, principalmente cuando se cometen errores o fallas en el tratamiento, lo que en psicología llamamos **recaldas**. Lea este folleto con calma y si hay palabras que no entienda o dudas de cómo llevarlo a la práctica pregunte a su terapeuta quien le explicará a detalle la información que le pida

Mantenerse firme en el tratamiento todo el tiempo es difícil para todos los pacientes. Requiere esfuerzo, tiempo y trabajo duro. Requiere llevar el plan adelante y aprender a hacer frente a las situaciones difíciles. En ocasiones uno se puede encontrar pensando "Esto es demasiado para mí. Nunca podré hacerlo todo y bien". Pensamientos negativos como estos afectan los sentimientos y los actos de una persona



Lo primero que hay que hacer es observarnos a nosotros mismos: concretar claramente qué situaciones específicas de nuestra diabetes nos producen ese tipo de emociones y nos afectan, después podremos observar qué reacciones tiene nuestro cuerpo ante esas situaciones: temblores, tensión, sudoración, dolor de estómago o de cabeza, etc. Lo podemos anotar en un registro.



Una vez que conozcamos qué situaciones son las que nos angustian de verdad, qué es lo que sentimos en nuestro cuerpo y en qué grado lo sentimos, podremos afrontarlo de una forma racional: tranquilizándonos y pensando en el asunto con claridad.

Con mucha frecuencia este tipo de situaciones de nuestra diabetes, que nos afectan emocional y físicamente, suelen acompañarse de pensamientos negativos en forma de frases o de imágenes que nos decimos o mostramos a nosotros mismos. Este tipo de pensamientos automáticos son involuntarios, suelen ser distorsionados e inútiles, y sin embargo no dudamos de su veracidad.



¿Ha encontrado alguno de estos pensamientos?: "nunca le atino con la insulina cuando como fuera de casa", "soy incapaz de seguir la dieta", "como siempre, en el fondo yo sabía que no tengo fuerza de voluntad". Como pueda ver, estos se presentan en términos absolutos (siempre, nunca, incapaz...), pero, además, los generalizamos a toda situación que se le parezca (el día que no hace la comida mi madre, una fiesta, etc.)

Debemos aprender a cuestionar su veracidad y a ponerlos a prueba: ¿hay otra explicación para lo que pienso en ese momento?, ¿qué pensaría mi hermano mayor, al que admiro mucho?, ¿es realmente tan horrible lo que pienso?, ¿gano algo pensando así?...

Hay un círculo vicioso entre lo que pensamos y lo que sentimos: si pienso que siempre voy a fallar en la dieta, me empezaré a sentir frustrado y triste.

Por eso, lo importante es empezar a modificar estos pensamientos cuanto antes.

Tenemos que identificarlos, incluso apuntarlos para cuestionarlos y desafiarlos. Si, poco a poco, contraponemos un pensamiento o imagen positivos a esos pensamientos negativos, controlaremos nuestras emociones y lo más seguro es que nuestro comportamiento sea también más sensato y más eficaz en las siguientes ocasiones. Podemos decirnos cosas como: "he hecho cosas más difíciles", "sé lo que tengo que hacer y no me dejaré llevar por mis nervios", "puedo relajarme, no tengo porqué acelerarme", "la próxima vez ya sé lo que tengo que hacer", etc., etc.

Ahora solo se trata de que adecúe todas estas sugerencias a las situaciones que a usted le afectan y que converse consigo mismo con sus propias palabras. En la medida que se practican estas estrategias, cada vez se hace más sencillo controlar nuestros pensamientos y nuestras emociones, de forma que nos dejen disfrutar de lo fácil y lo difícil que nos presenta la vida.

Sin embargo, puede aprender a cambiarlos por pensamientos más realistas. Por ejemplo, en lugar de decirse a sí mismo "nunca podré hacer esto bien" y sentirse

angustiado-ansioso, puede cambiar este pensamiento negativo preguntándose "¿he puesto todas mis fuerzas y mis energías?, soy perfectamente capaz de aprender cosas si lo hago paso a paso o por partes. Si hago esto con mi tratamiento, puedo aprenderlo y llevarlo adelante, pero sólo una cosa cada vez (por partes)".

Para cambiar esos pensamientos automáticos negativos puede pensar

- ¿Qué me digo a mi mismo? _____

- ¿Es verdaderamente acorde con la realidad, con los hechos? _____

- ¿Qué es lo peor que podría ocurrir? _____

- ¿A dónde me conduce este pensamiento, qué utilidad tiene? _____

Es importante tener en cuenta que hay momentos, cuando estamos tristes, enfadados o ansiosos-angustiados, que esa reacción es comprensible. Es normal estar trastornado cuando uno se enfrenta a una situación difícil como es tener diabetes, pero, cuando los pensamientos y los sentimientos

negativos interfieren en el camino para aprender hábitos saludables y hacer una vida normal, es necesario cambiarlos por una forma de pensar más reflexiva y realista.



TRUCOS PARA MANTENER EL PLAN:

Una vez que su médico ha programado el tratamiento, estará preparado para aprender unos hábitos distintos y cambiar otros que habrá de dejar atrás.

METAS:

¿Por dónde empezar? Para saber qué es lo que quiere hacer, el primer paso importante es ponerse **pequeñas metas**. Estos son algunos puntos que pueden ayudarle a marcártelas:

* Formular nuestras metas enfocándonos en las cosas concretas que habrá que hacer. "Sentirme mejor" es una buena meta, pero demasiado vaga para mostrarte el cambio de dirección que tendrá que hacer. "Analizar mi glucemia 4 veces al día", por ejemplo, es más específico y

dice qué es lo que habrá de hacer cada día para empezar a sentirse mejor.

* Empezar por pasos pequeños y graduales. Si su meta en el ejercicio físico es caminar 5 kilómetros al día, puede ser demasiado para el primer día si nunca antes hacía ejercicio. Empezar por caminar una manzana y luego vaya aumentando otra en 2 días, y así sucesivamente. Pronto podrá alcanzar su meta de esta forma.

* Empezar con algo que usted realmente pueda. Se sentirá mejor y más a gusto si empieza por lograr aquellas cosas de la diabetes que menos le cuesten, pues es una buena forma de que se motive para ir en busca de la siguiente meta.

AUTORREFUERZO:



Autopremiarse le conducirá a tener un comportamiento diferente, que, cuando se repita, se irá convirtiendo en un hábito regular. El autorrefuerzo le ayudará a cambiar sus hábitos de salud más que si el premio viene de otra persona.

Estas son algunas ideas sobre el autorrefuerzo:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* Prémiese cada vez que lleve a cabo una conducta nueva o adquiera un nuevo hábito y prémiese tan pronto como sea posible una vez que lo haya realizado

* Al principio, prémiese sólo por haberlo hecho más que por los resultados en sí. Por ejemplo, cuando empiece a hacerse análisis de glucemia, prémiese por hacer el análisis y no por el nivel de azúcar en sangre que ha obtenido. Más tarde, cuando se haya establecido el hábito y sea una rutina más para usted, podrá premiarse por los buenos resultados de glucemia que consiga.

* Los premios no han de ser muy difíciles de conseguir. Premios muy importantes o caros pueden, a veces, interferir en el camino para reafirmar el nuevo hábito que está intentando desarrollar. Por el contrario, piense en detalles o cosas que le gusta hacer y utilícelas como premio. Evite cualquier alimento como premio.

* "Pegue" o asocie el nuevo hábito que quiere conseguir a otro que ya esté bien consolidado en su vida cotidiana. Elija un hábito regular que le sea especialmente agradable, como, por ejemplo, ver su programa favorito, para hacerse el análisis de glucemia justo antes de sentarse a ver la tele. De este modo, la costumbre regular y apetecible se convierte en el premio del nuevo hábito.

* Si un premio ya no funciona o se cansa de él, inténtelo con otro distinto.

CONVERTIR CADA TAREA EN UN PROBLEMA A RESOLVER:

Considerar el tratamiento o la vida cotidiana como una "resolución de problemas" significa dividirlo en pequeños

pasos o tareas que no nos agobien. Aquí tiene los pasos a dar básicamente en la resolución de problemas:

- 1 ¿Cuál es el problema? Descríbalo con sus propias palabras
- 2 ¿Qué puede hacer? ¿Cómo lo haría otra persona, cuya opinión le merece respeto, para resolver el problema? Nombre o escriba tantas cosas que pueda hacer como se le pueda llegar a ocurrir
- 3 ¿Cuál es la mejor? ¿Cuál la siguiente mejor? ¿Cuál la peor? ¿Cuál de ellas elige?
- 4 Practique y ensaye con alguien la solución que ha elegido
- 5 Inténtelo en la vida real. ¿Qué ha pasado?
- 6 ¿Qué cambiaría para la próxima vez?

¿Recuerda la primera vez que manejó un coche o que hizo la comida? Tenía que poner mucho cuidado y atención en cada paso (ponerlo en marcha, meter las marchas, pisar el acelerador... cuidar que la sopa no se quemara, cuidar la cantidad de sal...). Aprender a resolver problemas es algo parecido: con la práctica se convierte en algo automático. ¡Igual que conducir un coche o hacer la sopa!



LUCHANDO CONTRA LAS "FALLAS":
Muchas veces se sentirá bien llevando a cabo todas las tareas requeridas para llevar un buen control de su

diabetes, pero en otras ocasiones tendrá que hacer frente a situaciones conflictivas o de alto riesgo en las que puede encontrar dificultades. Habrá momentos en los que tenga fallas en el tratamiento.

Es muy importante que aprendamos a manejar las fallas sin perder la confianza en que tenemos el control de la diabetes. Lo primero que tenemos que entender es que *mantener el tratamiento no es un "todo o nada"*. El tratamiento de la diabetes consiste en llevar a cabo muchas tareas diferentes y, a veces, complicadas.

Estas son algunas de las situaciones de riesgo que algunas personas encuentran especialmente turbadoras:

- Sentimientos negativos como la ira, la ansiedad o el aburrimiento.
- Conflictos con otras personas, como otro miembro de la familia, su pareja, el jefe o un amigo.
- La presión social cuando, por ejemplo, nos dicen "toma un poco de pastel, solo por esta vez que es el cumpleaños de la abuela...", o simplemente estando en una fiesta cuando sirven los dulces o alimentos muy altos en calorías, etc.

El primer paso para evitar las fallas será aprender a reconocer sus propias situaciones de alto riesgo. La mejor razón para llevar a cabo los registros diarios es ayudarte a aprender cuáles son y por qué esas situaciones son de alto riesgo para usted. Por ejemplo, seguir el registro de lo que come (cuándo, dónde y con quién) puede darle una mejor idea de cuándo tiene problemas para mantener su dieta y cuándo no.

Escribiendo lo que ha estado pensando y sintiendo en ese momento en que ha tenido el error, también podrá descubrir si algún pensamiento automático negativo (¿se acuerda que hablábamos de ellos antes?) ha estado presente y, por tanto, interfiriendo en su forma de mantener el plan.

Estas son algunas formas de identificar sus propias situaciones de riesgo, pero asegúrese de buscar rápidas señales de peligro que le avisen de ese tipo de situaciones, como el hombre en medio de la carretera con una bandera roja señalando que hay peligro más adelante.

Aprenda a identificarlas antes de tener delante esa situación o de que se le vaya de las manos. Puede prevenir cualquier fiesta o prepararse mentalmente para decirle algo que le disgusta a un amigo...

APRENDA A DECIR "NO".

Puede que no sepa cómo decir "no" cuando alguien (un familiar bien intencionado o alguien a quien aún no conoce bien) le ofrece con todo su afecto y amabilidad un dulce. Si es así, necesita aprender a ser **asertivo** sin herir los sentimientos de la otra persona: puede hacerle saber que le encanta su detalle y que le gusta ese dulce, pero que comerlo no sería bueno para usted. Debe aprender la habilidad de decir "no" con corrección y sin herir a nadie.

Es verdad que las primeras veces se tiene que preparar y cuesta un poco, pero cuando vea que no hace daño y que usted se siente bien porque los demás respetan sus deseos, le irá costando cada vez menos y aprenderá a sentirse seguro de usted mismo y contento consigo mismo. También el respeto a los demás empieza por el respeto a uno mismo

TRABAJE CON
FALLA DE ORIGEN



APRENDA A RELAJARSE.

Puede ser que su situación de más alto riesgo sea que, a veces, se siente muy tenso, ansioso o bajo mucha presión, lo que puede provocar que se salga o salte su plan de tratamiento. En este caso, necesita aprender a relajarse y a ir controlando la presión antes de que eso le afecte su plan.

Una sencillísima técnica de relajación son los ejercicios de respiración profunda:

1. Inhale despacio y profundamente a través de la nariz, metiendo el estómago todo lo que pueda y cuente hasta cinco.
2. Relaje los músculos de los hombros y del cuello.
3. Empiece a expulsar el aire despacio, sienta la comodidad y el confort que esto proporciona y cuente, de nuevo, hasta cinco.
4. Repite los pasos del 1 al 3 unas cinco veces.

Después de practicarla varias veces, esta respuesta de relajación se convertirá en automática frente a las situaciones estresantes, lo que te permitirá mirar la

situación con perspectiva y afrontarla más tranquilo y con mayor objetividad.

IMAGINESE A USTED MISMO SUPERÁNDOSE.

¿Sabe que una de las cosas que hacen los mejores tenistas del mundo para llegar a ser el mejor de todos? ¡Utilizan su imaginación! se imaginan a sí mismos en la pista con toda la multitud animándoles y se ven a sí mismos muy relajados, ágiles y ligeros, lanzando la pelota con toda perfección, ganando el partido. Y sabe ¿qué? ¡funcional, su juego, luego, es mejor.

Usted puede utilizar la misma técnica para superar las situaciones de alto riesgo. Por ejemplo, si una de esas situaciones consiste en salir a comer fuera, puede imaginarse a usted mismo en un magnífico restaurante, sentado a la mesa con su familia o con un amigo, leyendo el menú y eligiendo los platos que más se adaptan a su dieta. Imagínese comiendo sólo lo que tiene que comer, divirtiéndose y sintiéndose contento. Cuando llegue el momento le costará muy poco disfrutar pues en su imaginación esa situación ya ha tenido lugar.

Piense e imagine otros casos en que pueda utilizar esta técnica y practíquela. Irá aprendiendo a afrontar cada vez más situaciones que le parecían difíciles.



A veces, tener preparado un sistema de resortes de apoyo puede ayudarle a manejar las situaciones de alto riesgo. Por ejemplo, llamar por teléfono a un verdadero amigo o a un familiar con el que sabe que puede contar especialmente, le servirá de apoyo cuando tiene un problema, una preocupación o no se sienta a gusto consigo mismo y le ayudará a evitar un error.



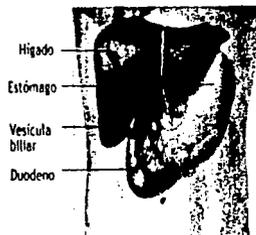
SI TIENE UN ERROR...

Cómo manejar un error depende de lo que se dice a usted mismo sobre ese error. Recuerde que se trata de un error y cometer equivocaciones es humano, pues la diabetes no es un "o todo o nada". ***Piense que seguro que ha superado cosas más difíciles y ahí está, usted puede hacerlo si quiere y se lo propone, así que ¡en marcha y adelántel la próxima vez seguro que lo manejará mejor.***



¿Cuál es el efecto del alcohol en mi cuerpo?

El alcohol es una sustancia tóxica que cuando se ingiere el hígado tiene la función de eliminarlo. Al estar ocupado el hígado en esta eliminación deja de producir glucosa, por lo que el nivel de glucosa en sangre disminuye.



adam.com

Sin embargo, en las personas diabéticas, este proceso es más peligroso ya que se puede presentar hipoglucemia grave (menos de 70 mg/dl) de que no ser tratada de inmediato puede llevar al coma. Además, estos episodios de hipoglucemia pueden tardar de 4 a 6 horas para regresar al nivel normal.



GLUCOSA

Si se hace ejercicio y/o se toman medicamentos y se bebe alcohol, los riesgos de tener una baja de glucosa se

incrementan ya que el ejercicio y los medicamentos también descienden los niveles de glucosa.

¿Cuáles son las recomendaciones si decido tomar alcohol?

- Si usted anteriormente tuvo problemas para controlar su manera de beber, lo más conveniente es la abstinencia.

- Si tiene alguna complicación de su diabetes, como afectación de los ojos, los riñones o de los nervios o tiene los triglicéridos altos no debería probar el alcohol ya que empeoraría su evolución.

- Si decide tomar alcohol NUNCA lo haga con el estómago vacío.

- Limite su consumo a una bebida.

- Si la glucosa baja demasiado debe de tratarlo inmediatamente.

- Si ha estado bebiendo, mídase la glucosa antes de irse a la cama y si está baja puede comer:

- 2 cucharaditas de pasitas
- ½ vaso de refresco normal
- 2 cucharaditas de azúcar
- ½ vaso de jugo de fruta

Vuelva a checar la glucosa a los 15 minutos y si continua igual llame de inmediato a su médico.

- Beba mucho agua.

- Cualquier persona diabética que pierda la conciencia por beber alcohol debe llevarse a un hospital inmediatamente ya que necesitará glucosa directamente en la sangre.

- Si tiene un plan de alimentación para perder peso, debe saber que el alcohol le aportará muchas calorías innecesarias ya que no le aportará ningún nutriente.

¿Cuáles son los efectos de fumar cigarrillos si soy diabético?



Los fumadores con diabetes tienen un riesgo aproximadamente ocho veces mayor de desarrollar trastornos de salud cuando se comparan con las personas que padecen de diabetes pero no fuman.

Se han realizado estudios que indican que existe una mayor tendencia de presentar niveles altos de glucosa en los diabéticos fumadores que en los no fumadores.