



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

---

Facultad de psicología

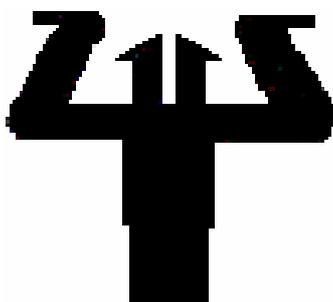
**DIABETES MELLITUS TIPO 2: IMPACTO DEL  
DIAGNOSTICO Y POSIBILIDADES DE  
INTERVENCION PSICOLOGICA**

**TESINA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:  
MODESTO FUENTES HERNANDEZ**

**DIRECTORA DE LA TESINA:  
MTRA. ASUNCION VALENZUELA COTA**



MEXICO DF.

JUNIO 2006



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 ESPOSA Y MIS HIJOS

**MARCELA, LAURA ILIANA Y LUIS FELIPE**

GRACIAS POR HABERME RESPALDADO CON SU TOLERANCIA Y RESPETO  
LOS QUIERO Y AMO MUCHO

MI MAMÁ

**EMMA HERNANDEZ GUTIERREZ**

SUS MANOS Y SU SONRISA SON MI RECUERDO

**FELIPE FUENTES ALVARADO**

AFECTUOSOS SALUDOS DONDE QUIERA QUE ESTES

MIS HERMANOS

**OLGA, ESTHER, GLORIA, JOSEFINA, ISABEL, JAVIER Y FELIPE**

PARA TODOS UN ABRAZO EFUSIVO Y SOSTENIDO ENVUELTO DE ALEGRIA

**DAVID** TE DESEO PARA SIEMPRE UNA LUZ RESPLANDECIENTE EN TU CAMINO

**OMAR-MARTHA, GUADALUPE-ABELARDO, ADRIANA-OSCAR-ALEJANDRA,**

PERSONAS DE AMPLIO SIGNIFICADO PARA MI FAMILIA, POR ESO SE LES QUIERE Y  
ESTIMA

**MTRA. ASUNCION VALENZUELA COTA.**

UNA GRAN INSTITUCION COMO PROFESIONAL, PERSONALIDAD LOABLE,  
GENEROSA Y DISTINGUIDA

**DIVISION DE EDUCACION CONTINUA**

A TODOS, SINCERO AGRADECIMIENTO POR ESTA GRAN OPORTUNIDAD

## INDICE

Resumen.....	4
--------------	---

Introducción.....	6
-------------------	---

### Capítulo I Diabetes Mellitus

1.1 Concepto.....	9
1.2 Epidemiología.....	10
1.3 Clasificación.....	11
1.4 Diagnostico.....	13
1.5 Cuadro clínico.....	15
1.6 Tratamiento.....	16
1.7 Complicaciones.....	19

### Capítulo II Depresión

2.1 Concepto.....	20
2.2 Epidemiología.....	21
2.3 Clasificación.....	23
2.4 Tratamiento.....	27

### Capítulo III Diabetes mellitus asociada a depresión

3.1 Introducción.....	36
3.2 Algunos estudios extranjeros.....	37
3.3 Investigaciones nacionales.....	40

### Capítulo IV Crisis y duelo ante el diagnostico y posibilidades de intervención psicológica

4.1 Introducción.....	45
4.2 Crisis.....	46
4.3 Principios clínicos de la intervención en crisis.....	49
4.4 Intervención de primera y segunda instancia.....	50
4.5 Los cinco subsistemas de la persona: Perfil CASIC.....	51
4.6 Duelo.....	52
4.7 Etapas del duelo desde el punto de vista de Garibay, Kavanaugh y Kubler-Ross...54	
4.8 Participación institucional en el trabajo con el paciente diabético.....	60

### Capítulo V Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 y posibilidades de intervención psicológica: Una propuesta para grupo de ayuda.

5.1 Justificación.....	66
5.2 Lineamientos de la propuesta de intervención en el grupo de ayuda.....	69
5.3 Desarrollo temático y trabajo grupal de cada una de las sesiones.....	71
5.4 Estructura de la propuesta de intervención psicológica en el grupo de ayuda para pacientes con diabetes mellitus tipo 2.....	87

<b>Discusión.....</b>	<b>92</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>98</b>

## RESUMEN

El motivo u origen del presente trabajo de investigación, esta basado en la observación que se hizo al trabajo profesional medico, en el sentido de que el abordaje que se lleva a cabo para dar a conocer al paciente el diagnostico de la diabetes mellitus es muy limitado, pues al parecer el medico no encuentra las palabras apropiadas para confrontar y tranquilizar al paciente para explicarle que es o que le sucede a su organismo y que va a pasar con las consecuencias que se relacionan con los cambios sustanciales en su estilo de vida. Y una segunda observación que consiste al hecho de que constantemente no le dan importancia o dejan de lado, al cuadro clínico de los trastornos emocionales que se asocian con la enfermedad, marcando así, un abismo entre los dos padecimientos. Abismo que resulta un hecho no aislado, porque se ha reportado en diversas fuentes de información médica y psicológica. Y aunque ya que se sabe y se reitera que la salud de una persona es el resultado de la interacción de diversos factores ambientales, biológicos, sanitarios y de conducta, al paciente se le sigue dejando en el desamparo emocional, sobre todo en el momento en que pierde la salud. Sin embargo estos dos problemas se siguen presentando, sin que exista la posibilidad de que se tomen las medidas correctivas para que este tipo de pacientes se atiendan integralmente, ya que la recuperación del bienestar psíquico de las personas diabéticas, debe formar parte de las metas principales de la labor medica, antes de que se inicie el tratamiento individual, pues las características propias de la enfermedad exigen la aceptación sin paliativos, situación que implica mayor capacidad y responsabilidad para actuar a favor del logro de la aceptación en el menor tiempo posible. Porque si los pacientes no aceptan su nueva forma de vida o su nueva

realidad, entonces será prácticamente imposible educarlos y capacitarlos para que puedan controlar su padecimiento y garantizar su calidad de vida.

El punto central de este trabajo no es hacer una crítica a las actividades profesionales médicas, lo que se pretende a través de este trabajo de tesina, es hacer prioritario o relevante la necesidad de proponer la intervención psicológica como parte integral del tratamiento, es decir intervenir en los aspectos donde el médico no ha mostrado interés para que los pacientes diabéticos logren modificar comportamientos y estilos de vida nocivos para la salud.

Por lo tanto se pone a consideración una propuesta de intervención psicológica que rompa con el esquema tradicional de educación y capacitación técnico médica para el control de la enfermedad de este tipo de pacientes. Se trata de una propuesta con una metodología de mucha actividad e intensidad de principio a fin, donde predominará el análisis, reflexión y sensibilización de los participantes a través de la dinámica de grupos. Cubriendo simultáneamente la educación y capacitación médica y psicológica con información directa, sencilla, clara y precisa. Las personas que participaran serán las que recientemente recibieron el diagnóstico y los que tienen hasta seis meses de padecer la diabetes mellitus tipo 2. Por lo tanto se puede prever el logro de las siguientes ventajas, es decir, que al término de la instrucción, los pacientes: Se percatarán del efecto de los factores psicosociales que antes pasaban por desapercibido; Identificarán los trastornos emocionales adaptativos por los que atraviesan; Reconocerán que son los actores más importantes del equipo interdisciplinario; Identificarán los ajustes requeridos en su nueva realidad de vida; Y también recuperarán el equilibrio emocional.

## INTRODUCCION

Cada día se va demostrando que el psicólogo clínico avanza en los estudios de investigación enfocados a la relación que existe entre las enfermedades somáticas y diversos padecimientos emocionales. Aunque en el plan de estudios de esa licenciatura no incluyan el estudio de programas de salud pública o salud mental preventiva, el psicólogo clínico, ha logrado disminuir la dependencia que hay de la psicología hacia la medicina en cuanto al conocimiento y comprensión, tanto de terminología médica como de las enfermedades y las sintomatologías. Gracias al avance referido, se ha ido desvaneciendo la lucha de poder que existe entre los diversos profesionales de la salud. Pese a esos contratiempos, el psicólogo ha aumentado su participación en los casos donde otros profesionales de la salud han mostrado cierta incapacidad para que los pacientes logren modificar comportamientos y estilos de vida nocivos para la salud, así se ha ido generado el trabajo interdisciplinario (clínicas y hospitales), que no resta importancia a ningún servidor de la salud, porque a través del tiempo, las funciones de cada uno se han ido definiendo claramente (Martínez, 2000).

Zorrilla, (2003, citado, por Lerman, 2003) especialista en enfermedades metabólicas, señala que es muy importante identificar los factores que influyen en la respuesta emocional ante el conocimiento del diagnóstico de diabetes mellitus y su tratamiento. Por lo que sugiere a sus colegas médicos y profesionales de la salud el uso eficaz de las indicaciones de los métodos de terapia conductual, para evitar el fracaso en el logro de los objetivos en el control metabólico. Además explica que en los programas orientados a inducir un cambio de conducta, el paso inicial, suele ser la presentación de la información principal sobre el trastorno y el vínculo que guardan algunos cambios de conducta con la salud.

Hermida, (citada por Islas, 1999), plantea que otros especialistas en las enfermedades de la nutrición, coinciden con el anterior autor, en el sentido de que la educación del paciente con diabetes mellitus tipo 2, debe cambiar hacia una participación activa, en la que el paciente sea responsable de su estado de salud, apoyado por el equipo sanitario, no solo en sus necesidades de atención médica sino también en las educativas. De esta forma se pone en claro que no se puede lograr una educación efectiva en el paciente diabético con métodos de participación pasiva como demostrar películas, dictar conferencias o proporcionar material escrito sobre la diabetes y su manejo.

El objetivo general de este trabajo, es poner a consideración una propuesta de intervención psicológica oportuna que en la medida de lo posible subsane los trastornos emocionales, que se asocian o se adicionan ante el conocimiento del diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 , todo a través de un adecuado abordaje en el proceso de elaboración ante una probable crisis, duelo o depresión, para poder evitar mayores consecuencias médicas, sociales, económicas y por supuesto psicológicas. Esta propuesta de intervención psicológica se realizará a través de los grupos de ayuda diferentes a los que existen en la actualidad, pues tendrán la característica de ser muy intensos y dinámicos con la posibilidad de manejar y concientizar posibles trastornos emocionales sin dejar de lado la instrucción médica. La responsabilidad en la coordinación de las actividades de esta propuesta estará a cargo del psicólogo clínico, que en la práctica funcionara como un psicólogo de la salud.

En el primer capítulo de este trabajo se expone de manera breve, la información general médica de la diabetes mellitus.

En el segundo capítulo, se tratarán los aspectos generales de la depresión como un trastorno emocional de gran prevalencia en el mundo.

En el tercer capítulo, se presenta el resultado de diversos estudios que confirman la asociación que se da entre la diabetes mellitus y la depresión.

En el cuarto capítulo, se expone brevemente algunos aspectos teóricos de los procesos de elaboración en crisis y en duelo, como posibles trastornos emocionales adicionales a la diabetes mellitus tipo 2. También expone la información de la participación que han realizado algunas instituciones de salud en el trabajo con el paciente diabético.

En último capítulo se expone la propuesta de este trabajo de tesis, titulada, “Diabetes Mellitus tipo 2: impacto del diagnóstico y posibilidades de intervención psicológica”

# **CAPITULO I**

## **DIABETES MELLITUS**

La literatura médica ha encontrado que las personas que logran una adaptación saludable a sus enfermedades son aquellas que experimentando emociones, son capaces de aceptarlas y utilizarlas sin ver disminuido su funcionamiento intelectual, porque lo más importante de la diabetes mellitus es la actitud del paciente, pues solo necesita conocerse, aceptarse y aprender a utilizar todos sus recursos (Dolger y Seeman, 1980).

### **CONCEPTO**

La diabetes mellitus (DM) es, de acuerdo con la American Diabetes Association (ADA), un conjunto heterogéneo de síndromes hiperglucemiantes que resultan de la combinación de un defecto en la función beta del páncreas y, por otra parte, de la disminución de la sensibilidad a la insulina en los tejidos diana (músculo esquelético, adipositos). Ambas alteraciones están condicionadas por la interacción entre genes aún mal definidos (predisposición poligénica) y otros factores ambientales, ligados generalmente al estilo de vida individual y colectiva: nutrición inadecuada (aporte energético excesivo, elevada ingesta de alcohol, errores en la composición cualitativa de la dieta) y escasa actividad física (Corbatín, Cuervo y Serrano, 2005).

Insulina.

Es una hormona producida por el páncreas cuya función es regular las concentraciones de glucosa sanguínea. La secuencia de eventos desde el nivel normal de glucemia es como sigue: primeramente, las concentraciones de glucosa en sangre son determinadas por un balance entre la ingestión, la entrada de glucosa al organismo y sus niveles en la

circulación. Esta concentración conduce a la respuesta en la secreción de insulina por las células beta del páncreas. La liberación de insulina suprime la producción hepática de glucosa y estimula su utilización por los tejidos periféricos, principalmente el muscular, lo que limita el incremento de la glucemia posterior a la ingesta de alimentos. En los pacientes en alto riesgo de desarrollar y presentar la enfermedad existe una serie de alteraciones, es decir, la respuesta de las células beta no es normal, en ese sentido, se ha comprobado que produce menor cantidad de insulina en la fase rápida, mucho antes de presentar cualquier alteración en el nivel de glucosa, posteriormente con el incremento del tejido adiposo, los tejidos periféricos y el hígado se hacen resistentes y no responden a la acción de la insulina (Revista Medica del IMSS, 2003).

## **EPIDEMIOLOGIA**

En las últimas décadas se ha observado en el mundo un incremento progresivo de la prevalencia y mortalidad de la diabetes mellitus, de tal forma que ocupa un lugar importante y creciente en la atención médica prestada en las instituciones públicas de salud de muchos países. Se ubica como una pandemia con tendencia ascendente estimándose que existen 171 millones de personas con esta enfermedad en el mundo. De acuerdo con publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud, la diabetes es la primera causa de ceguera, amputaciones y de insuficiencia renal crónica, se estima que en personas de más de 55 años su frecuencia es muy alta, pues una de cada tres tiene diabetes. La encuesta nacional de salud 2000, informó que 7.5 % de la población de 20 a 69 años tiene diabetes, y que el 30 % de ellos desconocían su diagnóstico. Se establece que en México existen 6 millones de diabéticos y aproximadamente el 44% de los adultos tiene entre 20 y 49 años de edad, colocándolos en alto riesgo de complicaciones crónicas por su expectativa de vivir con diabetes más años (Revista Medica del IMSS, 2003).

En México, la diabetes mellitus es un problema de salud pública con características de epidemia, anualmente se registran más de 150 mil casos nuevos y causa alrededor de 36 mil defunciones. El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" informa que nuestro país ocupa el primer lugar en muertes por diabetes mellitus (Márquez 2001), por lo tanto se concluye que es más frecuente en los grupos sociales con estilo de vida urbano (Moreno, 2001).

## **CLASIFICACION**

La clasificación actual aceptada es la formulada por el Expert Comité on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, emitida en julio de 1997 que la divide en dos tipos principales: tipo 1 y tipo 2, sin considerar edad de inicio.

- 1.- Diabetes Mellitus tipo 1
- 2.- Diabetes Mellitus tipo 2
- 3.- Diabetes Mellitus gestacional.
4. Otros tipos específicos de diabetes mellitus.

Diabetes mellitus tipo 1, esta forma de diabetes es de mediación inmunitaria en más de 90 %, la velocidad de destrucción de las células beta del páncreas es bastante variable, ya que va de muy rápida en algunos individuos y más lenta en otros, se presenta con mayor frecuencia en personas jóvenes en el grupo de edad de 10 a 14 años, aunque algunas veces se presenta en adultos, su inicio por lo general es brusco y es de mayor severidad, prácticamente no existe insulina circulante, por lo tanto se requiere de insulina endógena para revertir el estado catabólico, prevenir la cetosis y reducir la glucosa sanguínea (Oviedo, A, et al, 2003; citado en Revista Médica del IMSS).

Diabetes Mellitus tipo 2, este tipo constituye un grupo heterogéneo que incluye a las variantes leves de la diabetes que se presenta de manera predominante en los adultos y en ocasiones en jóvenes y niños premiando en estos la obesidad. Ocurre generalmente

después de los 35 a 40 años de edad, su evolución es lenta, en la mayoría de los casos su presentación no es severa, su control es de mayor facilidad con tratamiento farmacológico y no farmacológico con dieta y ejercicio (Clintc, 1988).

Vázquez, (2002) considera que tienen mayores probabilidades de desarrollar diabetes mellitus las personas que presentan alguna de las siguientes características, como los antecedentes de familiares en primer grado con diabetes mellitus, sobrepeso u obesidad, hipertensión arterial, niveles de colesterol mayor a 200 mg/dl, triglicéridos mayoría 250 mg/dl, una prueba de tamizaje (glucosa capilar mayor 120/mg/dl) y en mujeres con antecedentes de hijos macrosomicos ( peso al nacimiento mayor de 4kg) o haber cursado con diabetes gestacional y sujetos con infecciones cutáneas recidivantes.

En resumen el defecto primario que conduce a la resistencia a la insulina esta genéticamente determinado, el cual se acelera y progresa por efecto toxico de la hiperglicemia y los ácidos grasos libres (glucotoxicidad), inicialmente con disminución de la insulina y progresivamente con muerte y perdida celular de los islotes pancreáticos. Este conjunto es activado por malos hábitos alimentarios, sobrepeso, obesidad y sedentarismo de manera independiente y sinérgica. También esta genéticamente determinado, el cual se acelera y progresa por efecto tóxico de la hiperglucemia y los ácidos grasos libres (glucotoxicidad), inicialmente con disminución de la producción de insulina y progresivamente con muerte y perdida celular de los islotes pancreáticos.

## **DIAGNOSTICO**

La metodología diagnóstica se basa principalmente en la identificación de los síntomas característicos de la enfermedad y por pruebas de laboratorio, así mismo la enfermedad es frecuentemente identificada cuando las complicaciones ya están presentes (Engelgau, et al.,2000).

Si bien no existen estudios clínicos aleatorios que demostraron los beneficios de un diagnóstico temprano en individuos asintomáticos, existe suficiente evidencia para justificar la detección en individuos de alto riesgo. Por aceptabilidad, bajo costo y sencillez la glucosa plasmática es la prueba de elección para el diagnóstico de diabetes mellitus (American Diabetes Association ADA, 2000)

## PRUEBAS PARA LA DETECCION DIAGNOSTICA DE DIABTES MELLITUS.

Prueba de Detección	Valor	Resultado
Glucemia capilar de ayuno (El paciente no ha comido o bebido alimentos en las ultimas 8 Horas)	60mg/dl a 99mg/dl	Normal
	100 mg/dl a 125 mg/dl	Probable Alteración de la glucemia de ayuno
	126 mg/dl o mayor	Probable Diabetes Mellitus
Glucemia Capilar Casual (El paciente comió o bebió alimentos en las ultimas 8 horas)	Menor de 140 mg/dl	Normal
	De 140 mg/dl a 199 mg/dl	Anormal
	200 mg/dl o Mayor	Probable Diabetes Mellitus

Prueba de Detección	Valor	Resultado
Glucemia Plasmática Venosa en ayuno (El paciente no ha comido o bebido alimentos en las ultimas 8 horas)	60mg/dl a 99mg/dl	Normal
	100 mg/dl a 125 mg/dl	Probable Alteración de la glucemia de ayuno
	126 mg/dl o mayor	Probable Diabetes Mellitus
Glucemia Plasmática Venosa Casual (El paciente comió o bebió alimentos en las ultimas 8 horas)	Menor de 140 mg/dl	Normal
	De 140 mg/dl a 199 mg/dl	Anormal
	200 mg/dl o Mayor	Probable Diabetes Mellitus

Diagnostico y Tratamiento. (2003). 38ª.Edición. Manual Moderno.

## **CUADRO CLINICO**

Las características principales de los dos tipos de diabetes mellitus son: polidipsia, poliuria, pérdida de peso inexplicable, polifagia, astenia, vulvovaginitis o prurito vulvar, y balanitis (Tierney, 2003).

En los pacientes con diabetes tipo 1, el cuadro clínico se presenta con un complejo sintomático característico. Cuando la deficiencia absoluta de insulina tiene inicio agudo origina la acumulación de glucosa y ácidos grasos, con la consecuente hiperosmolaridad e hipercetonuria, desarrollándose de manera súbita los síntomas anteriores, el estado de conciencia del paciente puede variar según la intensidad de la hiperosmolaridad. En aquellos casos de desarrollo relativamente lento de la deficiencia de insulina y suficiente ingesta de agua, los pacientes permanecen relativamente alertas y los datos físicos pueden ser mínimos. En la presencia de vómitos, como respuesta al empeoramiento de la cetoacidosis, la deshidratación evoluciona y los mecanismos compensadores se desploman, en estas circunstancias puede haber estupor y coma. El olor afrutado de la cetona en la respiración sugiere el diagnóstico de cetoacidosis diabética.

En tanto que muchos pacientes con diabetes tipo 2, se presentan al médico con aumento de la orina y sed, pérdida de peso o infecciones genitales, muchos otros desarrollan un inicio insidioso de la hiperglucemia y se encuentran sintomáticos al comienzo. Esto es particularmente cierto en pacientes obesos cuya diabetes solo puede detectarse mediante las pruebas de laboratorio practicadas por otro motivo. En ocasiones, los pacientes tipo 2, pueden acudir al médico con evidencia de complicaciones neuropáticas o cardiovasculares debidas a la presencia de una enfermedad oculta en algún tiempo antes del diagnóstico, también son comunes las infecciones crónicas de la piel. En la mujer el prurito generalizado y los síntomas de vaginitis a menudo constituyen las quejas iniciales, en especial por candida, al igual que en quienes han parido niños

mayores de 4 kg o han presentado polihidramnios o preclamsia, o pérdidas fetales inexplicables (Tierney, 2003).

## **TRATAMIENTO**

El paciente diabético afronta un padecimiento crónico, cuyo tratamiento requiere de tiempo, dedicación y paciencia. Fundamentalmente el paciente deberá aceptar que su padecimiento no tiene curación y comprender la necesidad de un control óptimo y que tratándose de una enfermedad crónica, el paciente necesita de muchas herramientas para el mantenimiento de su salud, es indispensable la información práctica y entendible acerca de su padecimiento, posteriormente esta información deberá ser ampliada para que de forma paulatina y progresiva aprenda el manejo de su enfermedad y así contribuir a su adecuado control. Además se le debe informar que el buen control de la diabetes se basa en la integración de un equipo interdisciplinario donde el actor más importante es el paciente. En la relación médico paciente es indispensable la disposición y colaboración activa del paciente para favorecer su tratamiento y control. Si el paciente ofrece resistencia a asumir ese rol será necesario implementar diversas formas de atención que lo complementen, con el fin de aumentar su confianza (personal y equipo de salud), se le debe permitir la expresión de dudas, apoyarlo en las actividades de autocontrol para lograr que cada paciente se sienta capaz de cuidarse a si mismo (Vázquez, 2002), para el mismo autor los objetivos del tratamiento son:

- Mantener asintomático al paciente
- Corregir los trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas.
- Normalizar la glucemia en forma permanente
- Evitar o retrasar las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad

-Disfrutar de una sensación subjetiva de bienestar

## MEDIDAS TERAPEUTICAS.

Mc. Phee, (2003) fundamenta principalmente dos aspectos básicos del tratamiento, que son el medico y no medico:

Tratamiento no medico:

1.-Dieta, que es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes tipo 2, e indispensable en el tipo 1, persigue básicamente dos objetivos:

-Alcanzar y/o obtener el peso ideal normal

-Conseguir la normo glucemia

Se debe tomar en consideración la necesidad de fomentar la cultura del auto cuidado en la alimentación, la capacitación , para que cada enfermo pueda realizar las adaptaciones ante cambios inesperados e inevitables de la alimentación durante sus actividades diarias, así mismo es importante el reconocimiento de la autonomía del paciente en torno a sus hábitos alimentarios, las cuales deben ser creativos y adaptados a las circunstancias, por último los patrones de alimentación, no deben ser indicados individualmente sino familiares y culturales, porque las sugerencias individuales favorecen la exclusión familiar y el desapego al tratamiento.

Con base en los conceptos anteriores, es importante asumir o aceptar las indicaciones del plan alimentario, porque es fundamental en el tratamiento del paciente diabético, no debe implicar comidas especiales ni formas de preparación diferentes a las habituales, por lo que se recomienda evitar desacuerdos y fricciones con los demás miembros de la familia a fin de contrarrestar los trastornos emocionales que pueden contribuir al mal manejo del paciente con diabetes

## 2.-Ejercicio o actividad física:

El ejercicio físico es un recurso auxiliar importante en la atención del diabético, con un mayor beneficio cuando el programa se diseña en base a la condición física previa, motivación e intereses de cada paciente, que a parte de todos los beneficios metabólicos adecuados mejora la sensación de bienestar y la calidad de vida.

3.- Abandono de hábitos nocivos como el tabaquismo, alcoholismo, así mismo es de suma importancia el manejo adecuado del estrés emocional.

## Tratamiento medico farmacológico:

Por lo que se refiere a este tipo de tratamiento medico se debe considerar sólo cuando no se pueden lograr niveles plasmáticos de glucosa cercanos a las cifras normales a pesar de la dieta y el ejercicio, por lo tanto, el medico decidirá la mejor alternativa farmacológica de acuerdo con:

- Severidad de la enfermedad
- Presencia de manifestaciones clínicas y enfermedades concomitantes.
- Grado de responsabilidad y motivación del paciente en su propio control.
- Colaboración de la familia.
- Edad e índice de masa corporal.

## Fármacos.

Se dividen básicamente en los siguientes grupos: hipoglucemiantes orales (glibenclamida), inhibidores de la alfa-glucosidasa (acarbose), sensibilizadores a la insulina (metformina, pioglitazonas), todos los fármacos se pueden usar solos o en combinación.

La Insulina es el medicamento de elección ante la falla de las dosis máximas de hipoglucemiantes orales.

## **COMPLICACIONES**

Papada, (2003) plantea que fundamentalmente existen dos tipos: agudas y crónicas.

En las primeras (agudas), se pueden presentar casos de hipoglucemia, cetoacidosis diabética y coma hiperosmolar.

En el caso de las segundas (crónicas), las manifestaciones tardías se correlacionan con la duración del estado diabético en la diabetes tipo1, hasta el 40% de los pacientes desarrolla enfermedad renal en etapa terminal, comparadas con el 20% de los de tipo 2, después de 15 años de duración. Las manifestaciones clínicas tardías de la diabetes incluyen diversos cambios patológicos, los cuales afectan vasos sanguíneos pequeños y grandes, pares craneales y nervios periféricos, piel y cristalinios oculares. Estas lesiones ocasionan hipertensión, insuficiencia renal, ceguera, catarata, neuropatías autonómicas y periféricas, amputaciones de las extremidades inferiores, infarto del miocardio y eventos vasculares cerebrales como las principales causas de muerte. El consumo de cigarrillos aumenta de manera significativa el riesgo de complicaciones, tanto micro como macro vasculares, en los pacientes diabéticos.

## **CAPITULO II**

### **DEPRESION**

#### **CONCEPTO**

Bonime, (1965; citado en Beck, 1976), considera que la depresión es una forma anormal de relacionarse con otros seres humanos. Característicamente, el paciente deprimido exige demasiado de los demás. La vida del paciente deprimido tiene una estructura básica que invade todas sus modalidades, desde el mal humor neurótico hasta la manía psicótica, cuyos elementos son la manipulación, el rechazo de toda influencia, la renuncia a proporcionar satisfacciones, la hostilidad y la ansiedad.

La depresión es un estado psíquico de abatimiento y a veces de postración, la depresión se presenta con disminución de las energías morales y físicas del individuo (Chávez, 1992; citado por Ojeda, 2000).

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo decaído, una profunda tristeza, alteraciones cognitivas, afecciones somáticas, aislamiento social y frecuentemente suicidio o ideas de muerte (Hidalgo, 1998). Por lo que se puede concluir que es un padecimiento multifactorial que ocasiona pérdida en el estado de ánimo. Y que surge por la interacción de cierta vulnerabilidad o predisposición en los factores biológicos, psicológicos y sociales, más la presencia de sucesos estresantes (Hernáñez, 2000).

Las estadísticas nos hablan de que entre un 15 y un 25 % de la población general sufrirá algún periodo o episodio grave a lo largo de su vida, busque o no ayuda profesional para superarlo. Y parece que el porcentaje no hace más que aumentar en las generaciones más jóvenes, hasta el punto que la depresión ha llegado a ser como el “resfriado” de los trastornos mentales. La depresión se ha convertido en una de las psicopatologías más

populares por eso al término se le añaden infinidad de adjetivos que más que aclarar, contribuyen a complicar la comprensión del concepto (Hernangomez, 2000).

## **EPIDEMIOLOGIA**

Calderón, (2001) explica, que en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión y que el promedio de vida de los pacientes disminuye cada vez más. A la depresión no sólo se le considera el problema mayor en el campo de la salud mental, sino que, es el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad. Durante las últimas tres décadas, se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, y sobre todo entre la población de los países industrializados. (Seay, 1962; citado por Calderón 2001), comenta que el incremento del problema se ha atribuido en gran parte al profundo cambio ecológico que ha sufrido el mundo últimamente. Expertos internacionales estiman en un 3 a 5 % de la población total, la frecuencia de depresiones. Cuadro que si se diagnosticara oportunamente podría beneficiarse con el tratamiento médico adecuado. Las magnitudes epidemiológicas, el tipo de repercusión psicológica y social, la accesibilidad diagnóstica y las posibilidades terapéuticas de prevención primaria, hacen de la depresión un problema significativo de salud pública, motivo por el cual ya no se puede seguir etiquetando como problema psiquiátrico apegado al enfoque tradicional de la enfermedad mental.

Sartorius, (citado en Calderón 2001), director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, calcula que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión y que

relacionados con ellos existen otros tres tantos que son afectados y sufren por ella. Y que el problema tiende a aumentar en los años venideros, por los siguientes motivos:

Primero, porque la esperanza de vida ha aumentado en todos los países, en consecuencia el número y porcentaje de personas con mayor riesgo de presentarla se ha incrementado.

Segundo, el rápido cambio del ambiente psicosocial ha permitido la exposición cada vez mayor del individuo y de los grupos sociales a un ambiente tenso, intenso y creciente como el que se presenta en situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.

Tercero, porque el aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos degenerativos, tales como el reumatismo, trastornos gastrointestinales, hipertensión arterial, diabetes y problemas neurológicos han demostrado que se asocian con la depresión en un 20 % de los casos.

Cuarto, por creciente abuso de medicamentos, algunos de los cuales pueden causar depresión, como los antihipertensivos, las fenotiacinas y varios preparados hormonales como los anticonceptivos orales que un gran número de mujeres consume.

Sartorius, (citado en Calderón, 2001) considera que es indispensable prevenir ciertos tipos de depresión y administrar un tratamiento eficaz a todos los enfermos; sin embargo no se han tomado medidas preventivas adecuadas, solo un mínimo porcentaje recibe tratamiento. Y que las principales razones de este gran problema se resumen en los siguientes tres puntos:

Primero, en la mayoría de los países los recursos humanos y técnicos apropiados son muy limitados, lo cual dificulta el tratamiento adecuado. La mayoría de los enfermos psiquiátricos viven en países en vías de desarrollo, donde la falta de recursos se combina

con otras necesidades, con una herencia sociopolítica y económica dependiente de los países desarrollados, y con profundos efectos de un rápido cambio cultural. En los países desarrollados existe un psiquiatra por cada 10 000 o 20 000 habitantes; en el resto del mundo, uno por cada 500 000 o un millón de habitantes.

Segundo, la mayoría de representantes de disciplinas médicas y servicios sociales no creen en la psiquiatría, y la consideran costosa y de utilidad limitada, por lo que la colaboración en programas de este tipo es poco considerada.

Tercero, falta de modelos de servicio preventivo prácticos, económicos y sencillos existentes en las diversas culturas del mundo, y la expectativa de las comunidades al respecto (Santorius; citado en Calderón, 2001).

## **CLASIFICACION**

Los trastornos depresivos constituyen un grupo de padecimientos mentales habitualmente caracterizados por un conjunto coherente de síntomas que son la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: afectividad (tristeza), cognición (desesperanza), psicomotricidad (inhibición) y conducta (hipoactividad). El síndrome depresivo es extraordinariamente heterogéneo en relación a sus causas (desde factores biológicos o factores psicológicos), su evolución (desde la remisión hasta la cronicidad o el suicidio), o su intensidad (desde estados próximos a la normalidad o con repercusión casi exclusiva en la esfera subjetiva, hasta cuadros muy graves con incapacitación en todas las áreas de funcionamiento personal). Por otra parte, los límites de la depresión son difusos, y la depresión puede ser conceptualizada alternativamente como síntoma, síndrome, enfermedad, o incluso, como una forma de reacción normal del ser humano ante acontecimientos de la vida. Eso hace que cuestiones como la definición, diagnóstico

y clasificación de la depresión planteen serios problemas teóricos y prácticos (terapéuticos) aún no resueltos completamente (Peralta, 2003).

El DSM-IV, que es la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la American Psychiatric Association, es una clasificación de los trastornos mentales que proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. Es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esa razón, ese instrumento no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer lineamientos de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de describir a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría (Wikipedia, 2005).

En relación a la depresión en el DSM-IV se encuentran los trastornos siguientes:

Trastornos del estado de ánimo.

Aquí se clasifican los trastornos cuya característica principal es una alteración del humor. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maniaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo (Wikipedia, 2005).

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, (1994) de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Específicamente en lo que se refiere a los Trastornos del

Humor (afectivos), refiere que en los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”, como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, lentitud psicomotora importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

- Síndrome somático.

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos que aquí se denominan *somáticos* tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se utilizan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- 1.- Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes actividades que normalmente eran placenteras.
- 2.- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
- 3.- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- 4.- Empeoramiento matutino del humor depresivo.

- 5.- Presencia objetiva de lentitud psicomotora o agitación (observada o referida por terceras personas).
- 6.- Pérdida marcada de apetito.
- 7.- Pérdida de peso (5 % o más del peso corporal del último mes).
- 8.- Notable disminución de la libido.

En la CIE-10 las descripciones clínicas, las pautas para el diagnóstico y la presencia o ausencia del síndrome somático no se especifica en el episodio depresivo grave, puesto que se supone que está presente en la mayoría de los casos. Sin embargo, con fines de investigación puede ser conveniente permitir la codificación de la ausencia del síndrome somático en el episodio depresivo grave. En la CIE-10 se mencionan los siguientes tipos:

- Episodio depresivo leve.

Suelen estar presentes dos de tres síntomas del síndrome somático. El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

- Episodio depresivo moderado.

Normalmente están presentes cuatro o más de los síntomas del síndrome somático y es probable que el paciente tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

En este episodio son típicas la pérdida de la autoestima y las ideas de auto desprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas somáticos.

Nota diagnóstica: Si son notables la agitación o lentitud, es probable que el paciente no esté dispuesto o ser incapaz de describir con detalle muchos síntomas. A pesar de ello, una valoración global de episodio grave está justificada en tales casos.

- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

En este episodio existe la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, lentitud psicomotriz o estupor suficientemente grave, que imposibilitan las actividades sociales ordinarias. La vida del paciente puede estar en peligro por riesgo de suicidio, deshidratación o inanición. Las alucinaciones y las ideas pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo. A este episodio se debe incluir la sintomatología de la depresión grave (CIE-10, 1994).

## **TRATAMIENTO**

Los tratamientos y los métodos de intervención han ido evolucionando de acuerdo al momento histórico en el que han sido elaborados los cocimientos predominantes, y a los avances científicos correspondientes a cada época, utilizando desde limpias y exorcismos hasta la psicoterapia, la farmacoterapia antidepresiva, el tratamiento electroconvulsivo (TEC), o la psicocirugía. En la actualidad inclusive se puede analizar la efectividad en la aplicación de cada uno de los modelos teóricos en el tratamiento de la depresión (Hidalgo, 1998).

En ese sentido, (Calderón, 2001), explica que el tratamiento psicológico que requiere el enfermo puede incluir el psicoanálisis, la psicoterapia médica y la relación medico-paciente, enunciados del más complicado al más sencillo. Estos conceptos con frecuencia son confundidos, incluso por los médicos, todos actúan por mecanismos psicológicos,

pero el entrenamiento necesario para efectuarlos, el tiempo que requieren para ser impartidos y su costo son completamente diferentes en cada uno de los casos.

La depresión no es el campo más adecuado para el psicoanálisis, por lo que debe reservarse para otro tipo de problemas. La psicoterapia médica debe ser efectuada por un médico o un psicólogo cuyo entrenamiento este especialmente orientado a terapias breves, que son las mas útiles para estos enfermos. El simple y a la vez complejo acto médico de prescribir un medicamento implica también el desarrollo de una acción psicológica de resultados benéficos o perjudiciales para el enfermo, dependiendo de cómo maneje el médico esta situación. Esta positiva influencia terapéutica se conoce con el nombre de relación medico-paciente, y es una de las bases del éxito en el tratamiento de cualquier enfermedad. Una buena relación de este tipo constituye el 50 % del éxito en el tratamiento del enfermo deprimido. Por lo que se refiere a la terapia farmacológica Calderón, hace hincapié en que los medicamentos antidepresivos tardan de dos a tres semanas para que se pueda apreciar la mejoría, y que una correcta colaboración del paciente y de sus familiares es indispensable en el lapso crítico en que la medicación sintomática no actúa más que en los casos de angustia real, que son los menos frecuentes. Como toda terapia de apoyo, ésta relación debe estar debidamente apuntalada por un buen tratamiento farmacológico, ya que por favorable que haya sido la influencia terapéutica del medico sobre el enfermo, su efecto es limitado cronológicamente, y al menos que se presente una mejoría real del cuadro, su efecto se deteriora y desaparece en poco tiempo. Esa situación es muy evidente en los casos en que el paciente manifiesta “haberse sentido muy bien durante la primera semana, pero mas molesto durante la segunda o tercera” es notorio que la primera mejoría no se debía al tratamiento de fondo administrado, sino a la buena impresión causada por el médico.

Este apoyo emocional, muy útil para todos los enfermos, es especialmente significativo para un deprimido, por lo general incomprendido, mal atendido por los médicos y familiares, y además pesimista, inseguro y temeroso de todo y de todos. Un trato afectuoso de un profesional que conoce el problema, que lo comprende y que si es necesario utiliza la firmeza, representa apoyo decidido en su quebranto y esperanza de alivio en su dolor.

Los tratamientos más usados en la depresión son la farmacoterapia, el tratamiento electroconvulsivo, la psicoterapia y la psicoterapia de apoyo. El interés de este trabajo estará basado prácticamente en la psicoterapia y específicamente en la psicoterapia de apoyo. (Calderón, 2001)

- Psicoterapia.

Huerta, (citado en Chinchilla, 1999) denomina psicoterapia al conjunto de técnicas específicas (en función de distintas teorías del psiquismo) que tratan de cambiar mecanismos (cogniciones, conductas, sentimientos) patológicos en el enfermo psíquico. Aunque inespecíficamente, se pueden considerar terapéuticos muchos actos cotidianos en la relación medico-paciente, como lo es el propio encuentro del paciente con su médico y todas las variables intersubjetivas puestas en marcha, en ésta relación la psicoterapia puede desempeñar un papel vital en el proceso curativo. La información, la aproximación empática firme, el disipar concepciones erróneas, falsas creencias, malentendidos sobre la enfermedad, su origen o el tratamiento pueden disminuir en gran medida la angustia del paciente y deben considerarse elementos básicos del tratamiento. Wanadoo, (2001) informa que para la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, la psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de

cambios en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Esta concepción no presupone una orientación o enfoque teórico definido. La misma asociación, define a la psicoterapia, como el tratamiento de naturaleza psicológica, que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales. Se lleva de acuerdo a una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, con la finalidad de liminar el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente.

- Psicoterapia de apoyo.

Beck, (1976) explica que varios autores han descrito con detalle diversos métodos empleados como tratamiento de apoyo en la depresión y tal parece que hay concordancia de opiniones. Los conceptos que aparecen a continuación reflejan los procedimientos generalmente aceptados:

Tranquilización. Los diversos autores concuerdan en la importancia de subrayarle al paciente que la depresión es un padecimiento que se cura por si solo, para combatir la creencia de que nunca mejorará. Para lograrlo Kranies, (citado por Beck, 1976), explica a los pacientes, tanto los factores que intervienen en la depresión como la evolución y concluye diciendo “Lo que usted debe recordar es que este agotamiento puede ceder y cederá. Usted va a necesitar paciencia y tendrá que cooperar. No será fácil, y tomara tiempo, pero se va a recuperar”. De esta forma, la mayoría de pacientes se sienten confortados, respaldados y animados al recibir una explicaron directa de su enfermedad y la seguridad de su recuperación.

Ayd (citado por Beck, 1976), hace hincapié a los pacientes diciéndoles que aunque pueden tardar semanas o meses en sanar por completo, no quedaran en su nivel actual de depresión, sino que se sentirían cada vez mejor. También informa que una vez recuperados, muchos pacientes comentan que su confianza en la promesa de recuperación y en las constantes afirmaciones del médico evitaron que se suicidaran e hicieron más tolerable su existencia.

Beck, (1976), ha encontrado que las afirmaciones optimistas sobre la evolución final de la enfermedad pueden animar al paciente a aumentar su actividad y ayudar a neutralizar el pesimismo que invade toda su vida. En las depresiones leves o moderadas, tales predicciones positivas pueden tener un notable efecto favorable, pero los pacientes con depresión intensa pueden recibirlas con escepticismo y no ser influidos por ellas.

A menudo, el terapeuta puede ayudar y tranquilizar al paciente acerca de otras falsedades y preocupaciones, como por ejemplo, que será incapaz de sostener a su familia, que no será capaz de satisfacer las menores necesidades de la vida, o que su salud física está empeorando rápidamente. Alentándolo adecuadamente, a menudo el terapeuta puede aumentar la confianza del paciente en sí mismo y contrarrestar su desesperanza.

La tranquilización debe hacerse juiciosamente y teniendo en cuenta cómo la interpreta el paciente. Una expresión franca y cordial del terapeuta puede ser considerada por el paciente como una manifestación de hipocresía o insensibilidad y aumentar su desesperanza.

Otra técnica que a menudo ayuda a contrarrestar la baja autoestima y el sentimiento de desesperanza del paciente es encontrar sus logros positivos. Si se le deja hablar

espontáneamente, es probable que el paciente solo relatara sus fracasos y experiencias traumáticas. En cambio, el terapeuta puede facilitar una apreciación más realista del pasado y elevar la autovaloración del paciente llevándolo con habilidad a describir detalladamente sus éxitos.

Catarsis. Conviene hacer que el paciente deprimido comente las situaciones y relaciones de su vida que lo están molestando, pues en ocasiones le ayuda poder expresar sus problemas y sentimientos a una persona tolerante y comprensiva. Algunos pacientes no se atreven a comentar sus problemas a los parientes o a sus mejores amigos porque temen que los criticaran por quejarse o que se sentirían humillados al admitir que tiene problemas emocionales. Tienden a considerar que tener esos problemas es signo de debilidad y defectos de carácter.

Algunos pacientes deprimidos sienten un considerable alivio después de comunicar sus sentimientos y preocupaciones al terapeuta. La liberación emocional producida por el llanto origina en ocasiones un notable alivio de los síntomas. Sin embargo, los pacientes muy deprimidos pueden reaccionar negativamente a la expresión de sus sentimientos, pues después de discutir sus problemas pueden sentirse no solo más abrumados e impotentes, sino además, humillados por haberlos expuesto.

Orientación y modificación del medio. En muchos casos resulta evidente la necesidad de hacer algún cambio en las actividades del paciente, y el médico puede utilizar la relación terapéutica para inducir a éste a modificar su rutina. Por ejemplo, puede actuar como un catalizador para que cambie la preocupación por sí mismo por algún interés en el mundo que lo rodea, o puede sugerirle actividades recreativas, manuales, intelectuales o artísticas apropiadas.

Los pacientes muy deprimidos que no pueden continuar sus ocupaciones habituales son auxiliados a menudo si se les proporciona un programa de actividades diarias bien estructurado. Estos pacientes sufren una falta de organización, dirección y motivación. Si se les dejara solo se quedarían con mucha preocupación en su mismo lugar. Un programa diario de actividades por horas proporciona una estructura tangible y tiende a contrarrestar los deseos regresivos y evasivos. Además, ese programa ayuda a estos pacientes a movilizar motivaciones constructivas y a dirigir su pensamiento hacia metas externas. En pocas palabras, representa tanto una fuerza integrada como un alejamiento maduro de la depresión.

Por lo que se refiere a las intervenciones psicológicas en los hospitales, (Riedman et al. 1966; citado en Beck, 1976) explican que es una forma más extremada de modificación ambiental, y está claramente indicada cuando existe un gran riesgo de suicidio. Además, el hospital no solo saca al paciente de las tensiones domésticas, sino que puede proporcionar un régimen terapéutico que no puede recibir en su casa. Se ha demostrado que un programa estructurado de terapéutica ocupacional, terapéutica recreativa y psicoterapia de grupo e individual reduce la duración de las depresiones psicóticas

Chinchilla, (1999) plantea que si existiera una intervención práctica, inespecífica y eficaz en el tratamiento de la depresión, sería de menor complejidad y más asequible para aquellos profesionales sin una formación específica en una orientación determinada, porque la psicoterapia de apoyo o directiva puede ser de interés para el médico de atención primaria. Además de entablar una buena relación de comprensión y confianza con el paciente, la psicoterapia de apoyo supone (en su nivel más complejo) una sistematización de una serie de normas (muy ligadas al sentido común) que buscan hacer comprender tanto al paciente como a su familia la naturaleza de la enfermedad y, de esta

manera, por un lado, evitar comportamientos o actitudes que entorpezcan la recuperación y, por otro, favorecer al mismo tiempo (según sea posible) que la persona utilice sus propios recursos para acelerar la curación.

### Psicoterapia de grupo

Vinogradov y Yalom, (1996) concluyen, que aunque el alcance de la practica actual de la psicoterapia de grupo es muy amplia, en los últimos años la educación psiquiátrica dominante ha reducido el énfasis puesto en la enseñanza y en la práctica de la psicoterapia de grupo. No obstante, la terapia de grupo es una forma de tratamiento ampliamente practicada porque se emplea en gran número de escenarios con un probado grado de eficacia.

También informan, que un gran número de pacientes psiquiátricos asisten a grupos especializados de tratamiento. En el contexto de la asistencia sanitaria va en aumento el empleo de grupos educativos y de apoyo para familiares y para los individuos que padecen enfermedades concretas. Los grupos educativos para la diabetes, los grupos para ayudar a los cónyuges a afrontar la enfermedad Alzheimer, los grupos de apoyo para enfermos de cáncer y otros, son tan sólo algunos ejemplos de una modalidad cada vez mas frecuente de intervención psicosocial. La terapia de grupo es una modalidad sin comparación de psicoterapia porque se apoya en una herramienta terapéutica muy poderosa, es decir, en el escenario grupal. El poder de este instrumento proviene de la importancia que tienen las interacciones interpersonales en nuestro desarrollo psicológico.

En el siguiente capitulo se demostrará la alta prevalencia que se presenta en la diabetes mellitus, asociada o adicionada con padecimientos emocionales como la depresión.

## **CAPITULO III**

### **DIABETES MELLITUS ASOCIADA A DEPRESION**

#### **INTRODUCCION**

Los factores que influyen en la respuesta emocional al diagnóstico de diabetes y su tratamiento incluyen la edad, personalidad, autoestima, creencias sobre la salud, ambiente social, nivel económico, y otros. Por esa razón algunos pacientes ante el diagnóstico reaccionan con negación, enojo, hostilidad o depresión antes de aceptar el reto que implica el tratamiento (Zorrilla, 2003). El seguimiento de las complicaciones en los pacientes diabéticos ha encontrado la asociación de un síndrome depresivo que se incrementa cada vez más en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Pero desafortunadamente en la mayoría de los casos el médico pasa por alto el aspecto psicológico de la enfermedad y se dedica únicamente al tratamiento farmacológico, físico y la dieta. Probablemente sea debido a que algunos aspectos somáticos de la depresión simulan los síntomas del descontrol metabólico (Padgett, 1993; citado en Fuentes, 1988). Sin embargo, (Zorrilla, 2003), considera que es alarmante el alto índice de pacientes deprimidos no diagnosticados que no reciben tratamiento específico. Por eso argumenta que es de suma importancia que el médico identifique los conceptos del paciente acerca de la salud en general y sobre el tratamiento médico, y que trate de corregir los conceptos erróneos antes de diseñar el plan de atención individual para el paciente diabético.

En la investigación de este estudio se realizó la búsqueda, de diversas evaluaciones e intervenciones en torno a la asociación que se presenta entre la diabetes mellitus y la depresión, y otros trastornos emocionales, corroborando que la literatura mexicana

coincide con lo que destaca la literatura universal, al informar que es elevada la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos y la relevancia de los altos índices de morbilidad y mortalidad en este tipo de pacientes (Téllez, 1999).

En los estudios o evaluaciones psicológicas que a continuación se plantean se encontró que fueron realizadas por psicólogos y profesionales de la salud en el tema que nos ocupa, en éstas, se aplicaron técnicas, procedimientos o métodos que corresponden a los diversos modelos teóricos de evaluación o intervención psicológica.

### **ALGUNOS ESTUDIOS DE ESPECIALISTAS EXTRANJEROS**

Tellez, (1999), cita los resultados de los diversos autores que a continuación se describen:

Murrell, (1983) identificó la prevalencia de depresión en una población azarosa de 2517 sujetos. El 13.7 % corresponde a los hombres y el 18.2 % a las mujeres. Los factores asociados a la depresión son edad avanzada, bajo nivel escolar, viudos, viviendas no urbanizadas, bajos ingresos económicos y enfermedades asociadas de tipo renales, diabetes mellitus, cardíacas, infartos cerebrales y padecimientos pulmonares.

Mazze, (1984) demostró que la presencia de trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad se asocian a un pobre control glicémico.

Fava, (1987), observó que la depresión puede ponerse de manifiesto antes de que lo hagan otros signos y síntomas de numerosas enfermedades somáticas. Los síntomas depresivos y otros de tipo psicológico pueden ser las primeras manifestaciones de diversas enfermedades e incluso antes de que se manifiesten los clásicos síntomas y signos endocrinos.

Wells, (1989) informó que la presencia de depresión en pacientes diabéticos tiene consecuencias en su control metabólico y por lo tanto en su calidad de vida.

Mendoza, (1989) evaluó la frecuencia de depresión del 39 % en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la ciudad de México, frecuencia que es considerada notablemente alta y al parecer en nuestro medio la mayoría de las veces esta condición no se diagnostica, como lo documenta un estudio donde se evaluó la frecuencia de depresión en pacientes en general, que acudían a una unidad de primer nivel de atención y en donde se identificó una frecuencia de 36 %.

Lloyd, (1992) demostró que los pacientes diabéticos con un mayor número de complicaciones crónicas de la enfermedad, se asociaba con una mayor sintomatología de depresión y una peor calidad de vida.

Lustman, (1992) evaluó un grupo de pacientes diabéticos con depresión de manera inicial y en los cinco años posteriores, demostrando que 63 % de los pacientes habían tenido episodios de depresión en el último año y en la reevaluación 43 % de los pacientes del grupo inicial tenían criterios para el diagnóstico de depresión nuevamente. Lo anterior demuestra que la depresión en los pacientes diabéticos es un proceso crónico y con riesgos de recaídas frecuentes.

Lustman, (1992) identificó en pacientes diabéticos algunas características, a través del seguimiento de 5 años, observó que la edad e inicio de depresión en los pacientes diabéticos es a los 21 años en pacientes con diabetes mellitus insulino dependiente y a los 28.6 años en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente, también observó que los pacientes diabéticos con depresión presentan al menos de 4 a 6 episodios de depresión al año y determinó que en pacientes diabéticos tipo 1, el inicio de la depresión muchas veces precede al inicio de la diabetes.

Gavard y cols,(1993) llevó a cabo una revisión de 20 artículos que evaluaban depresión en pacientes anglosajones con diabetes mellitus, la frecuencia de esta entidad osciló entre 8 y 27 %.

Jacobson, (1993) se percató que en la mayoría de los pacientes diabéticos con depresión casi siempre existe una historia familiar de depresión de primer grado y casi siempre es más común en mujeres.

Amato, (1996) estudió la prevalencia de depresión en una población de 1339 pacientes de edad avanzada. El 14.7 % de estos pacientes padecía diabetes mellitus de los cuales el 15.9 % son mujeres y el 8.1% son hombres. Al analizar los factores asociados a la depresión se encontró que los pacientes con diabetes mellitus tienen mayor riesgo de padecer depresión. Otros factores asociados fueron: edad avanzada, vivir solo, enfermedades concomitantes (hepáticas, pulmonares, articulares y neoplásicas).

Ojeda, (2000), cita los resultados de otro grupo de autores extranjeros, que a continuación se describen:

Quillet, (1973) indica que el diabético será acompañado de su enfermedad toda la vida, que la lucha por la vida será áspera, que los problemas de comportamiento relacionados con la enfermedad, provocan rechazo y susceptibilidad a la depresión.

Chávez, (1992) plantea que en los pacientes diabéticos se presenta frecuentemente la depresión, tanto en el período de duelo que se acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implican el manejo de la enfermedad, posteriormente se presenta cuando se manifiestan complicaciones de larga duración propias de este tipo de pacientes.

Fester, (1992) aclara que el diagnóstico de depresión en pacientes diabéticos resulta difícil ya que las manifestaciones físicas, como la fatiga, hiporexia, trastornos de memoria se superponen a las de la diabetes.

Goodnick, (1995) aclara que la depresión es una de las complicaciones de las enfermedades crónicas y que es particularmente común en los pacientes con recién ataque al corazón (45 %), pacientes hospitalizados de cáncer (42 %), pacientes con esclerosis múltiple (40 %), y diabetes mellitus (33 %).

García, M. (1995) afirmó que la ansiedad y la depresión, son características del patrón de la personalidad del diabético.

Eaton, (1996) observa que la depresión por sí sola, incrementa el riesgo de padecer diabetes mellitus, tal como lo confirma un estudio realizado en 1981 en la Universidad Baltimore Maryland USA, de aquí la necesidad de un diagnóstico temprano de depresión.

Helmuth, (1998) notificó que en la población general, el porcentaje de depresión es de 10 al 25 % para las mujeres y del 5 al 12 % en los hombres. Y que la prevalencia de depresión en la comunidad diabética es mucho mas alta, ésta fluctúa entre el 25 a 33 por ciento.

## **INVESTIGACIONES NACIONALES**

En ésta segunda parte, se describen los resultados de los estudios realizados por diversos autores, en torno a la variedad de conductas que caracterizan a los pacientes diabéticos y que de alguna forma se asocian con los trastornos del estado de ánimo:

Botello, (1977) observo que en las pacientes con diagnostico de diabetes mellitus gestacional existe un fenómeno de habituación a la depresión, situación que impide la

detección de este trastorno emocional a través del inventario ansiedad rasgo estado (IDARE)

Carrillo, (1989) valoró las reacciones a la frustración de un grupo de pacientes diabéticos juveniles, los resultados mostraron que los sujetos tienden a presentar agresión defensiva con el objeto de salvar su ego ante las amenazas y ofensas recibidas, comportamiento que se complica por la alta carga de tensión y ansiedad que es contingente con la clínica de cambios fisiológicos y psicológicas propios de la edad.

Fuentes (1998) confirmó la prevaecía del síndrome depresivo manifestado en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente otorgándoles el manejo y apoyo médico especializado que requerían. La escala de depresión Zung fue la que se aplico en este estudio a través de la cual se obtuvieron los grados de este trastorno psicológico.

Velásquez, (1999) destacó que en los pacientes diabéticos existe el grado mayor de irracionalidad, así como los altos índices de ansiedad y depresión, en comparación con los sujetos prediabéticos y físicamente sanos. La entrevista, los inventarios Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), inventario de depresión Debecil y el de ideas irracionales de Jones, 1968, fueron los instrumentos que se utilizaron en esta investigación.

Ojeda (2000) a través de un estudio observacional y con el auxilio de la escala Zung, se corroboró la incidencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, concluyendo que estos caen en periodos diversos de depresión al considerar que es poco lo que se puede hacer por ellos por tener un padecimiento que no se puede curar y solamente controlar. La población de éste estudio mostró una incidencia significativa (37.5%), destacando la depresión de moderada a severa con predominio en el sexo femenino.

Munguia, (2001) demostró que el Modelo Transtéorico de Prochaska y DiClemente (1982), no sólo describe las fases motivacionales de las personas en vías de cambio de

hábitos, sino también presenta los procesos que permiten una evolución más sencilla hacia el abandono de costumbres patógenas. Los resultados del estudio corroboran que se consiguió el cambio motivacional que regula la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus no insulino dependientes.

Téllez, (2001) identificó la frecuencia de depresión en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y los factores asociados a su presencia. Los resultados reportan que la frecuencia fue alta (39%). Destaca como variable asociada a la depresión un nivel alto de glicemia en la última consulta, así como el promedio de las últimas 5 glicemias. En esta evaluación también se destacaron otras asociaciones como la presencia de enfermedades concomitantes, el sexo femenino y ser viudo o divorciado.

Suárez, (2001) demostró desde el punto de vista médico que los pacientes identificaron los signos y síntomas de su enfermedad y sus posibles consecuencias. En el aspecto psicológico identificaron emociones, como el miedo al diagnóstico debido a que pensaron en la muerte, algunos sintieron angustia y temor por no conocer la enfermedad, tristeza al pensar en la familia y depresión por tener que cambiar su ritmo de vida. Esas emociones se presentaron más en pacientes con menos de cinco años con la enfermedad, que los que tenían más tiempo por desconocer la enfermedad.

Ibarrola, (2001) estudió la personalidad normopata en los enfermos con diabetes mellitus tipo 2. Esta personalidad psicopatológica con manifestaciones de normalidad, muestra tener los mecanismos necesarios para que el individuo pueda adaptarse a todas las circunstancias de la vida por más adversas que éstas sean. Los pacientes con esta personalidad mostraron caminos de difícil solución ya que en la mayor parte de su vida han negado los conflictos. No se encontraron diferencias clínicamente significativas entre grupos diabéticos y sin diabetes.

Oviedo, (2001) diseñó un instrumento psicológico (Cuestionario Oviedo Fernández sobre Aspectos de Salud, COFAS) para evaluar la psicogénesis de la diabetes mellitus no dependiente de insulina y la posibilidad de anticiparse a la presentación de esta enfermedad. En los resultados se describe que el instrumento logró diferenciar y demostrar la coexistencia de factores de personalidad, de riesgo y sintomatología característicos en una población de diabéticos, lo que constituye una aportación original en el ámbito de la psicología de la salud.

Lobato, (2002) manejó el inventario de calidad de vida y salud (INCAVISA) y el inventario de ansiedad Beck (BAI), para evaluar la adherencia terapéutica y bienestar del paciente diabético, revelando ganancias clínicamente satisfactorias en la mayoría de las categorías conductuales y de bienestar para la mayoría de los pacientes.

Cortázar, (2003) examinó el efecto de una intervención cognitivo conductual sobre el mejoramiento de la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y los niveles de glucosa en sangre de un conjunto de pacientes diabéticos. Dando como resultado que la mayoría de los participantes mostraron cambios positivos en el tratamiento y en los niveles de glucosa en sangre.

Sánchez, (2004) logró alcanzar un verdadero resultado aplicable a los tratamientos de la diabetes mellitus como un proceso psicodinámico, no sin antes revisar a conciencia los posibles orígenes del padecimiento así como poner las bases para que el psicólogo puede valerse para atender una persona diabética.

Si por alguna razón específica fuera necesario analizar las características que tienen en común la diabetes mellitus (enfermedad somática) y la depresión (enfermedad mental) se podría decir, que son los padecimientos que más trastornos provoca a la humanidad, con mayor prevalencia en los países y localidades más desarrolladas, que poseen los índices más altos de mortalidad y con mayor predominio en el sexo femenino, además, que en la

mayoría de los casos se hacen dependientes de su familia. En cuanto a las diferencias que existen entre ambos padecimientos, la depresión puede ser pasajera o de corta duración y la diabetes no tiene curación por ser cronicodegenerativa. El grupo de edad para la diabetes es entre los 45 a 64 años de edad y para la depresión se puede presentar en cualquier momento. Por la gravedad que significan todas esas semejanzas, se debería contemplar la posibilidad de que estas enfermedades, se atendieran oportuna e integralmente, para modificar las conductas que de alguna manera se le adjudica a los pacientes diabéticos como parte de una supuesta personalidad, repleta de factores psicosociales y de actitudes y creencias. El avance que se logre en los objetivos del control metabólico estará condicionado con la práctica frecuente de las terapias conductuales.

## **CAPITULO IV**

### **CRISIS Y DUELO ANTE EL DIAGNOSTICO Y POSIBILIDADES DE INTERVENCION**

#### **INTRODUCCION**

El paciente con diabetes mellitus tipo 2, es más que un organismo que requiere corrección de los factores que vuelve insuficiente el efecto de la insulina disponible. Es una persona con emociones propias que la enfermedad afecta y además es miembro de una comunidad que puede cambiar su actitud hacia él precisamente porque padece diabetes (Zorrilla; citado en Lerman, 2003).

Cuando una persona es diagnosticada de una enfermedad como la diabetes, los demás aspectos de su vida se ven seriamente afectados y es necesario intervenir de forma integral para restablecer el máximo posible la salud. Situación que obliga a diseñar un modelo de intervención psicológica para que el paciente recién diagnosticado y secundariamente a su familia, conozcan, el propósito de evitar la aparición de conductas desadaptadas o problemas emocionales que compliquen la pérdida de la salud (Díaz, 1997). Pero desafortunadamente una de las problemáticas más complejas de salud mental es la falta de un apropiado abordaje, que facilite los niveles deseables de adaptación psicosocial, por lo tanto, ésta será una tarea permanente para las instituciones de salud gubernamentales y de profesionales independientes que ofrecen servicios asistenciales y terapéuticos. Y dada la complejidad o gravedad de las enfermedades somáticas, el personal interdisciplinario (medico-psicológico) debe actuar lo más oportunamente posible (García, 2003). En ese orden de ideas, en éste capítulo se expondrán los aspectos generales de algunos trastornos emocionales que

frecuentemente se presentan en los pacientes que conocen el diagnóstico de su enfermedad, motivo de desequilibrio y complicaciones para la salud.

## **CRISIS**

Slaikeu, (1996) plantea que el estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales y sociales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores). También describe que las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas y su rasgo más sobresaliente se apoya en algún factor ambiental. Las experiencias individuales de la pérdida de seres queridos en un desastre natural (incendio, inundación), y quienes son víctimas de crímenes violentos (asaltos, violaciones) son ejemplo de crisis inducidas por situaciones circunstanciales. Esta categoría también incluye las crisis que se centran en sucesos como cambios de residencia, divorcios y desempleo. En lo que se refiere a las crisis de desarrollo, son aquellas relacionadas con el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en la realización de las mismas, se hace posible una crisis. Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, esto significa que muchas de estas crisis son predecibles puesto que se sabe, con anticipación, que la gente tiene etapas decisivas que enfrentar en diversas ocasiones de sus vidas, como cuando se pierde la salud por una enfermedad como la diabetes mellitus.

García, (2003), expone que la crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. En determinado momento de la vida, de casi todos los seres humanos, se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente, los ubicaría en riesgo de padecer graves problemas psicológicos. Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vitalmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. Esto es que el individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, que lo inhabilita aún más para encontrar una solución.

Taplin, (1971, citado en Slaikeu, 1996) detecta en el proceso de crisis, una clave cognoscitiva que permite al individuo percibir el suceso que da lugar a la afectación, en especial forma cuando el suceso incide en la estructura existencial de la persona acerca de la vida, lo que hace que la situación sea crítica.

Millere, (1963, citado en Slaikeu, 1996), precisa que la desorganización y desequilibrio que experimenta el individuo, son los aspectos más obvios de la crisis en el trastorno emocional grave, ya que manifiestan sentimientos de tensión, ineficacia y desamparo.

Una parte en la desorganización del estado de crisis es la vulnerabilidad y sugestibilidad del individuo (Taplin, 1971). Esto también se conoce como reducción de defensas, es

decir que cuando un individuo ya no es capaz de salir adelante y le parece que todo se ha desintegrado, es casi como si no quedara nada por defender. En la estructura cognoscitiva de Taplin, la sobrecarga del suceso precipitante deja a la persona confundida y abierta a las sugerencias. Los clínicos informan que en ciertos momentos, durante el estado de crisis, los pacientes están listos para nuevas conceptualizaciones que los ayudaran a explicarse los detalles del conflicto, y a entender que pasó o está pasando (Halpern, 1973; citado por Klaikeu, 1996). Como (Tyhurst, 1958; citado en Slaikeu, 1996), aclara que esta vulnerabilidad, sugestibilidad o reducción de las defensas es lo que produce la oportunidad de cambio que caracteriza a las crisis vitales.

Según, Erickson (citado por García, 2004), propuso el concepto de que la crisis no solamente contiene un potencial patológico sino que también es una oportunidad de crecimiento y desarrollo. De manera que a la vez que la crisis representa un riesgo, también implica una oportunidad. Las aproximaciones teóricas de (Lindemann, citado por Gracia, 2004), permitieron desarrollar las técnicas de Intervención en Crisis. Dichas aproximaciones se refieren al mantenimiento de la Salud Mental y a la prevención de la desorganización emocional que está basado en el estudio sobre una comunidad, en donde se observaron las reacciones y disturbios emocionales subsecuentes a determinados eventos sociales

Lindemann y Caplan (citados en García, 2004), establecieron un programa de Salud, donde precisaron los aspectos más importantes de la Salud Mental que son: *el estado del yo, la etapa de maduración en la que se encuentre y la cualidad de su estructura de personalidad*. Así mismo, menciona que para evaluar dichos aspectos del yo, es necesario basarse en las siguientes áreas:

- 1.- La capacidad de la persona para tolerar el estrés y la ansiedad, sin perder el equilibrio.

2.- El grado que tiene la persona para reconocer la realidad y enfrentar los problemas.

3.- El repertorio de mecanismos que tiene la persona y que mantienen su equilibrio biopsicosocial.

### **PRINCIPIOS CLINICOS DE LA INTERVENCION EN CRISIS ( KARL A. SLAIKEU, 1996)**

- Oportunidad: La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar de 1 a 6 semanas (Caplan, 1964). Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento (lo mismo de actitud que conductual) para enfrentarse con las circunstancias de la vida.
- Metas: ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.
- Valoración: Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas (CASIC) implicados en la crisis. La información acerca de qué está mal en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional. Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis.

## **INTERVENCION DE PRIMERA Y SEGUNDA INSTANCIA (KARL A. SLAIKEU, 1996)**

Los Primeros Auxilios Psicológicos, o de intervención en crisis, de primera instancia, abarcan la asistencia inmediata y de modo usual lleva sólo una sesión. Los Primeros auxilios psicológicos pretenden de manera primordial proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda. Aún más esto puede y debería ejecutarse por parte de las personas que perciban la necesidad, en el momento y lugar en que aquella surge.

La intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis, por otra parte, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y, en cambio, se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro.

## **LOS CINCO SUBSISTEMAS DE LA PERSONA: PERFIL CASIC (MODALIDAD Y VARIABLES).**

1.- Conductual. Actividades y conductas manifiestas. Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión. Habilidades para resolver conflictos o salir de situaciones de gran tensión. Gama de conductas agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).

2.- Afectiva. Emociones sentidas con más frecuencia. Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc; adecuación, distorsión o negación de los afectos a las circunstancias.

3.- Somática. Funcionamiento físico general, salud, enfermedades relevantes actuales y pasadas. Sensaciones placenteras o dolorosas experimentadas. Influencia del consumo de sustancias y alimentos. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.

4.- Interpersonal. Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de escuela o trabajo; identificación de síntoma sistémico; fortalezas y problemas interpersonales, número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; Habilidades sociales, papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)

5.- Cognoscitiva. Manera de dormir y sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales distorsionada acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes pensamientos: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Recuerdos, ideas e imágenes de incomodidad recurrentes

## **DUELO**

El proceso con el que elaboramos nuestras pérdidas se llama duelo. Tarde o temprano, con más o menos dolor, toda la gente ha llegado a saber que las pérdidas son una condición humana de toda la vida. La manera en que se asuma el duelo dependerá de lo que se percibe como pérdida. Dependerá de la personalidad, la historia individual, y las circunstancias o situaciones en que se presente. Sin dejar de lado la historia familiar y cultural de cada país. La pérdida puede ser de un ser querido, el divorcio, la ruptura de amistad, el empleo o trabajo, la destrucción de la casa- habitación por fenómeno natural, el abandono del hogar, la fortuna, pérdida de la salud por enfermedad incurable (Pérez, 2005).

La propia naturaleza del fenómeno, es un asunto que a todos nos involucra, pues de algún modo nos sentimos identificados con sus manifestaciones al haber experimentado en algún momento de la vida la pérdida o separación de algo o alguien significativo. En el ámbito psicológico se habla del proceso de elaboración del duelo para referirse a toda una serie de acontecimientos a nivel conducta, pensamiento y sentimiento, que sobrevienen posteriormente a una experiencia significativa de pérdida (Albengózar, 1974; citado por Buendía, 2001).

El proceso del duelo es la manifestación de los sentimientos por la pérdida. Este proceso comienza en el momento en que se concientiza la pérdida significativa para una persona y termina cuando se conquista una nueva integración hacia uno mismo (Viorost,1990; citado en Buendía, 2001).

Klein, (1940, citado en Pérez, 2005) menciona que los procesos de duelo en los adultos son una revivencia de los primeros duelos de la vida. La elaboración de éste es la posibilidad que tiene un sujeto que ha perdido a un ser querido o algo específico, de

reinstalar dentro de si a los padres buenos y a las personas recientemente pérdidas o ese algo perdido y reconstruir así un mundo interno que se ha desintegrado. Esta reparación llevará finalmente a vencer la pena, ganar una nueva seguridad y lograr armonía y paz verdadera.

El abordaje del duelo radica de manera general en identificar oportunamente los factores que pueden influir en el proceso, ya sea favoreciendo su elaboración o por el contrario impidiéndolo, solo así habrá beneficios para el doliente como para los que se encuentran alrededor y para el medico o el psicólogo que interviene (Buendía, 2001).

## ETAPAS DEL DUELO

Para fines prácticos se seleccionaron y analizaron los enfoques de varios autores que han hecho investigaciones en torno a este contexto, los que permitirán identificar, adecuar o fundamentar mejor el propósito de este trabajo, que consiste en intervenir oportunamente ante el conocimiento de la perdida de la salud por una enfermedad crónica degenerativa como lo es la diabetes mellitus tipo 2, aunque de antemano se sabe que todos esos enfoques comparten gran semejanza, porque la finalidad es la misma.

**Garibay**, (1998; citado en Pérez, 2005) dice que existen cuatro etapas iniciales por las que han pasado todas las personas que han perdido algo a alguien. Y que es motivo de rabia, culpa, depresión y aceptación. Siguiendo el orden de ese proceso, a continuación se explica qué ocurre en el caso de la perdida de la salud por la diabetes mellitus.

1.- Rabia. En cuanto a la persona diabética la persona se da cuenta de lo que ha ocurrido siente dolor y enojo, ya sea en contra del doctor u otras personas y en algunos casos

hasta en contra de Dios. Esta primera etapa es la más dolorosa y la que menos permite pensar con claridad. No hay espacio más que para la ira y el rencor en contra de todo.

2.- Culpa. Una vez terminada la primera etapa aparece el sentimiento de culpa pues se piensa que fue responsabilidad propia la que provocó la diabetes y además puede llegar a pensar que hizo mal porque el daño ya no se puede remediar.

3.- Depresión. Si el paciente diabético continúa pensando que todo fue su culpa y no vislumbra que era algo que tenía que pasar caerá en la depresión y esta puede llevar a hacer cosas realmente inconscientes, además que puede provocar insomnio, cansancio crónico y una inmensa tristeza que a largo plazo que lo llevará a fracasar como seres humanos.

4.- Aceptación y resignación. Finalmente, superadas las tres etapas anteriores se llega a la aceptación y la resignación. En este momento el individuo se percató que se ha recuperado emocionalmente o cuando menos siente más tranquilidad y que su vida puede seguir su marcha.

**Kavanaugh** (1990; citado en Pérez 2005) menciona que son siete etapas las que suelen ocurrir en el proceso de duelo, como es el impacto emocional, desorganización de sí mismo, sentimiento de coraje, sentimiento de culpa, la aceptación de la pérdida o experiencia de soledad, alivio, y el restablecimiento de sí mismo. Si aplicamos cada una de esas etapas al caso de la diabetes mellitus como pérdida de la salud, se puede plantear lo siguiente:

1.- Impacto emocional. Se presenta cuando la gente sabe que ha perdido la salud debido a una enfermedad incurable o cronicodegenerativa. En ese momento la mente bloquea la realidad del enfermo, como si la noticia recibida no estuviera computada en su programa mental y por eso niega la realidad. Se trata de un mecanismo inconsciente de

autoprotección y como un destello de esperanza de estar equivocados. Ante esta situación lo único que se puede hacer, es acompañarlo, escucharlo con empatía, darle afecto, cariño y contacto físico (en ese momento los abrazos tienen más efecto que las palabras). Por esa razón es importante la necesidad de acompañar al doliente

2.- Desorganización de sí mismo. Cuando el paciente diabético impactado le falta claridad sobre la realidad, entonces se presenta la desorganización de sí mismo y las emociones de la persona no responden a su voluntad y hacen contacto con el mundo circundante con cierta distorsión. Estas emociones se expresan generalmente a través del llanto, la charla excesiva o la mudez. Por eso, en esa etapa el doliente no está en condiciones de tomar decisiones importantes y hay que procurar que las posponga. La mejor ayuda que puede dársele es mostrarle que se le acepta tal como se manifiesta porque se le quiere y se le aprecia.

3.- El sentimiento de coraje. Cuando el llanto o hablar excesivamente o la mudez se van tornando en enojo es que se está entrando en la tercera etapa. Esta reacción emotiva de coraje, empieza a sentirse cuando la herida emocional por la pérdida comienza a ahondarse, entonces la persona se rebela contra todo, contra lo que sea, principalmente contra lo que tiene más próximo sean personas u objetos, es un momento delicado porque siente mucho dolor. Enojarse en serio, irritarse, enfurecerse o encolerizarse, es una forma de sentir la injusticia en lo más profundo de uno mismo.

El coraje de la persona que ha perdido la salud es uno de los papeles sociales para el que no estamos preparados, porque es considerado como un comportamiento prohibido. Si se expresa este enojo, se convertirá en ira reprimida y puede manifestarse de diferentes maneras como descuidar el arreglo personal, en parte perder la memoria, falta de iniciativa o en indiferencia que son síntomas de la devaluación de uno mismo. Lo que hay

que hacer es dejar que la persona exprese su enojo para que el ánimo deje de contaminarse y comience a ventilarse.

4.- Sentimiento de culpa. El coraje va disminuyendo en la medida que el enfermo empieza a sentirse culpable, por eso es necesario sacar el coraje. Comienza a recordar con cierto resentimiento lo que hizo o dejó de hacer, lo va recordando desde el fondo de su emotividad herida. Se responsabiliza por los errores que dice haber cometido, y llega a creer que hubiera podido prevenir tal o cual situación o circunstancia y sus pensamientos son repetitivos redundante en la etapa anterior a la pérdida recriminando su culpa, en ese momento es cuando el paciente necesita escuchar palabras reconfortantes de alguna persona muy significativa para él, necesita de una razón para perdonarse, pues mientras no lo haga no podrá liberarse y mucho menos perdonar al otro o a los demás que de alguna manera están involucrados con la pérdida.

5.- La aceptación de la pérdida o experiencia de soledad. Es el momento de sentirse solo, sin la salud de la que antes gozaba. Todo impacto de pérdida se torna en una realidad palpante y constante y un sentimiento de vacío. Entonces se requiere de mucha fuerza y voluntad para ponerse en frente de la pérdida, así la persona tendrá que separarse de aquello, dejarlo ir, por lo tanto tendrá que soltarlo y quedarse mutilado. Esta situación es el momento culminante del duelo. Cuando verdaderamente se acepta la soledad y se pueda vivir con tranquilidad o se pueda vivir mejor que antes, se habrá concluido esta etapa y se estará dando el salto al olvido.

6.- Alivio. Experimentar la sensación de alivio es sentirse libre porque se es libre. La experiencia de alivio se siente al principio ambivalente y contradictorio puesto que se presentan sentimientos que quizás nunca experimentaron o que hacía mucho tiempo no se sentían. Entonces se hace necesario que la persona se de cuenta de ese alivio porque

es la consecuencia de todo el esfuerzo, valentía y voluntad puesto que ahora es consciente de que la salud ya no está y que sigue viviendo.

7.- Restablecimiento de sí mismo. El reintegrarse al mundo que fluye, se lleva a cabo suave y lentamente. Habiéndose sostenido de uno mismo se comienza a tocar los nuevos sentimientos. Se vuelve a vivir, se goza lo presente y se espera con más confianza el futuro, aunque se recuerde lo que pasó podrá recordarse cada vez con menos dolor. A medida que la persona se va restableciendo se comienza a hacer planes y sienten que se merecen vivir la vida sin depender de nadie. La presencia de un amigo o de un consejero da al enfermo apoyo porque es un punto de contacto con la realidad circundante. Al terminar el proceso de duelo, después de haber exteriorizado los sentimientos por aquella pérdida, la persona podrá sentir que es otra, pero lo que ha sucedido es que se ha transformando en otra sin dejar de ser ella misma y esto es precisamente vivir.

**Kübler-Ross**, (1971, citado en Ortiz 2005) es la primera en proponer una forma de intervención psicoterapéutica con respecto a este fenómeno, a pesar de que ella habla específicamente de cómo ayudar al paciente terminal a elaborar el duelo de su propia muerte. Manifiesta que las cinco fases por las que un enfermo terminal atraviesa pueden presentarse también en el duelo por la muerte de un ser significativo. La pérdida de la salud por una enfermedad como la diabetes mellitus también se puede explicar o interpretar siguiendo los pasos de esta intervención.

1.- Negación y aislamiento. En esta primera fase el deseo de que el enfermo conserve su salud impide la aceptación de la pérdida y por ende los individuos tienden a negar la situación real. La realidad les obliga a aceptar y puede ser que se tenga una tendencia a la soledad. La negación puede funcionar como un colchón, ya que al irse dando cuenta de la noticia el sujeto será capaz de poner en marcha otros mecanismos de defensa. En

algunos casos automáticamente pierden el sentido del humor, o prefieren evitar que la gente y sus familiares sepan de su enfermedad.

2.- Rabia o ira. Al no poder sostener la negación surge la ira que de primer momento se manifiesta hacia el exterior de manera irracional y gradualmente se tornará en tristeza y desesperación, que puede manifestarse a través de muchos cuestionamientos, ¿Porque a mi?, ¿Que mala suerte?, por mencionar algunos.

3.- Negociación. Es un breve periodo en el que se trata de llegar a acuerdos con la vida, Dios y los demás, a cambio de recuperar la salud que se perdió. En esta tercera fase, el sujeto tratará de lograr un pacto para eliminar el dolor, esta actitud correspondería a una conducta infantil e irracional. La razón de tratar de negociar consigo mismo, proviene quizás de las sensaciones inconscientes de culpabilidad y el temor a ser castigado por cualquier falla cometida.

4.- Depresión. Al no quedar más remedio que aceptar la enfermedad en forma definitiva sobrevienen la tristeza, la desorganización y la desesperanza, lo cual da paso a la depresión. Esta fase es la de mayor duración, aquí es muy conveniente que se permita a la persona expresar su dolor de la forma en que más lo desee.

5.- Aceptación y reorganización. Es la última fase que se suscita en este lento proceso, aquí el enfermo debe elaborar una redefinición, aprender y modificar roles y habilidades para lograr adaptarse a su nueva situación. Aquí no se trata de lograr una resignación, sino de trabajar para reorganizarse a sí mismo.

Tanto la crisis como el duelo, son dos procesos emocionales intensos que son provocados por un suceso precipitante o por la pérdida de alguien o algo, (como la diabetes mellitus tipo 2) dentro de un escenario circunstancial o evolutivo, hacen consecuente la vulnerabilidad de la personalidad de cada individuo. Sin embargo, ante la

turbulencia de ideas que provocan esos conflictos (diabetes mellitus), el individuo es capaz de adquirir nuevos conceptos que le ayudarán a explicarse paulatinamente el trastorno que le ha afectado, por lo que se puede concluir que el estado de crisis o el duelo no sólo contiene un potencial patológico, sino una oportunidad de crecimiento y desarrollo. Por esa razón, han surgido aproximaciones teóricas que han permitido desarrollar técnicas de intervención psicológica, las que permitirán el mantenimiento de la salud mental y la prevención de la desorganización emocional. Precisamente esas técnicas, tienen como objetivo, conocer todos los datos que pueden ser determinantes en la evolución de la crisis o el duelo (Slaikeu, 1996). Esos datos proporcionan un perfil psicológico que sirve para orientar la intervención del psicólogo, priorizando los problemas detectados que ayudan a saber si hay que enfrentar un proceso aparentemente normal o de riesgo. Por lo que se puede concluir que el papel mas importante como conductor individual o de grupo es anticipar y facilitar un proceso de autoexploración y cambio, permaneciendo fuera de las corrientes que fluyen libremente en los grupos o individualmente o sirviendo como ayudantes de los temas y preocupaciones que emerjan durante el proceso de elaboración (Fernández, y Rodríguez, 2002).

## **PARTICIPACION INSTITUCIONAL EN EL TRABAJO CON EL PACIENTE DIABETICO.**

El diagnostico de diabetes mellitus lleva implícito un pronostico de incredulidad y por tanto de un manejo terapéutico continuo. Esto demanda diversas acciones y decisiones cotidianas para conservar la salud y evitar o retrasar el desarrollo de complicaciones causantes de invalidez e incluso la muerte. Estas condiciones inherentes al estado diabético enfrentan al paciente a la difícil tarea de controlar una enfermedad que requiere

la aplicación diaria de insulina o la administración regular de medicación hipoglucemiante, ajustarse a una dieta y controlar su peso, programar la actividad física, medir sus concentraciones sanguíneas de glucosa, comprender los efectos de la transgresión dietaria y de las infecciones en sus cifras de glucemia e identificar, prevenir y tratar con oportunidad la hipoglucemia y la cetosis, por mencionar algunas de las acciones de la vida cotidiana de estas personas. Un buen control de diabetes tiene mejores perspectivas de lograrse cuando el paciente posee clara información de la naturaleza del padecimiento. Es a través de la educación que el paciente es capaz de incorporar el manejo de la diabetes a su vida diaria y de minimizar la dependencia del médico (autosuficiencia). En términos simples, la educación se debe entender como un proceso de enseñanza-aprendizaje que permite adquirir conocimiento para resolver problemas (Hermida, Barron y Pérez; citado en Islas (1999)).

Haciendo uso de éste marco de referencia, se puede mencionar que el equipo sanitario siempre ha trabajado activamente para conseguir los objetivos de la medicina preventiva en beneficio de los pacientes diabéticos, a través de la educación y capacitación médica. Precisamente en ese rubro se ha destacado la actividad que vienen realizando los grupos interdisciplinarios de salud dentro de los grupos de ayuda y ayuda mutua como parte de la participación institucional en el trabajo con el paciente diabético. Cada institución haciendo uso de sus propias políticas administrativas y financieras, y la práctica de metodologías y técnicas particulares.

#### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con la finalidad de lograr que los derechohabientes con diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión arterial conozcan su padecimiento e identifiquen la importancia de la prevención de complicaciones, se crearon los grupo de ayuda, para que a través de reuniones periódicos (sesiones) reciban la

información profesional y puedan intercambiar ideas y experiencias que les permitan controlar su padecimiento.

La estrategia que se utiliza para favorecer ese control, es la que se implementa a través del proceso educativo y al abordaje integral por parte de los profesionales de salud (médicos familiares, personal de enfermería, estomatólogos, dietistas y trabajadores sociales). Las sesiones informativas temáticas tratadas por esos profesionales son las siguientes:

- 1.- Aspectos generales de la diabetes mellitus y de la hipertensión arterial.
- 2.- Complicaciones de la diabetes mellitus e hipertensión arterial no controlada.
- 3.- Control de la diabetes y de la hipertensión.
- 4.- Plan de alimentación del paciente con diabetes e hipertensión.
- 5.- Importancia de la actividad física sistémica.
- 6.- Manejo de estrés.

La (Guía para la organización del grupo de ayuda, 2002), aclara que en lo que se refiere a la sesión del manejo de estrés (sesión No. 6), lo conveniente es la participación de un psicólogo, si es que existe el recurso en la unidad, o bien, que se concrete el apoyo en algún profesional o pasante de esta rama. En la práctica, esta sesión no se cubre por la falta del personal referido. Por lo tanto el objetivo general de estos grupos, no se cumple integralmente.

El contenido temático de esta sesión (control del estrés), explica que numerosas investigaciones epidemiológicas relacionan el estrés como un factor de riesgo o agravamiento de hipertensión o diabetes, por lo que se deben identificar aquellas situaciones que pueden provocar elevaciones de la presión arterial o los niveles de glicemia. Este argumento podría ser una razón más para demostrar la necesidad de que los psicólogos intervengan en esta sesión. Porque no sólo se trata de aplicar las

instrucciones de las etapas de relajación completa sino que también hay que llevar un control sistemático de registro para evaluar el avance en el control de las situaciones estresantes de cada uno de los pacientes, labor que se considera específica o propia de la intervención psicológica. Si en el marco de referencia de este programa institucional de salud se suma la labor profesional médica y psicológica coordinadamente, los beneficios para los pacientes se proyectarían en la disminución de factores de riesgo y el control de su padecimiento, traduciendo a corto plazo un mejor estado general, la tendencia a la normalización de las cifras metabólicas y/o tensionales, la disminución en el número de consultas no programadas o de urgencias y una posible disminución en la cantidad de medicamentos, a mediano y largo plazo, lograr la ausencia o retraso de complicaciones y el número de envíos al segundo nivel de atención para hospitalización, lo que significa globalmente un mejor estilo y calidad de vida (Guía para la Organización del Grupo de Ayuda de Diabetes e Hipertensión, 2002).

#### GRUPOS DE AUTOAYUDA DE PACIENTES CON SOBREPESO, OBESIDAD, HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS (SOHDI).

Durante el desarrollo de este trabajo de investigación se tuvo la oportunidad de conocer un programa institucional (IMSS), que tiene por objetivo general, lograr cambios en los estilos de vida que favorezcan un mejor nivel de salud, a través de la operación de una estrategia de grupos de autoayuda (SOHDI), en el que participarán los pacientes con sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes con la finalidad de reducir su prevalencia, motivo de grandes problemas de salud pública.

Este programa es reciente (junio del 2005) y está en vías de instrumentarse en las unidades médicas de primer nivel. En la estrategia mencionada, llama mucho la atención que el contenido programático incluye el manejo de los estados emocionales, dejando

esta responsabilidad al trabajador social (coordinador –facilitador). Este personaje precisará transformarse en un tutor eficiente que manifieste la importancia práctica del asunto, sabrá canalizar el entusiasmo para la solución de problemas y resaltará como la persona con conocimientos que hará la diferencia en la vida de las personas. La estrategia propuesta esta diseñada para trabajar cuatro áreas: el área psicosocial (que se le ha denominado manejo de emociones para el cambio), el área nutricional, el área ejercicio físico y el área de aspectos clínicos o de información médica. El medico no se relacionara directamente con los participantes (no expondrá tema), porque será sustituido por las cápsulas informativas de un video. El programa se desarrollará en cuatro sesiones, una cada semana, de dos horas cada una. Desde la segunda semana el coordinador –facilitador y los participantes elegirán a un paciente líder que se encargara de hacer el seguimiento intra o extramuros del programa, comunicándose frecuentemente con los participantes (Guía de Operación, SOHDI, 2005)

Es importante mencionar que el programa SOHDI, guarda cierto paralelismo con la propuesta de intervención psicológica de este trabajo de tesina, la diferencia estriba en que la propuesta de este trabajo, es mas específica por que únicamente se incluyen a los pacientes diabéticos de reciente diagnostico y los que tienen hasta seis meses de padecerla, por lo que se garantiza una mayor identificación y una amplia probabilidad de lograr el objetivo general, porque las reflexiones, sensibilización y análisis que surgen de las dinámicas de grupos tendrán la característica de ser mas autenticas. El contenido temático tendrá mayor peso en el abordaje de los estados emocionales sin que se pierda la esencia de analizar la información técnica médica. Aparte, la responsabilidad de la coordinación estará a cargo del psicólogo clínico. Apoyado por el equipo interdisciplinario (Médico, Nutricionista y Enfermería). Y finalmente se apunta que se practicaran cinco sesiones, de dos horas y media cada una, durante cinco días continuos, para que no se

pierda la continuidad y el paciente acepte con mayor facilidad su enfermedad y consecuentemente exista la gran posibilidad de que se adopte el tratamiento.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, (ISSSTE).

En el ISSSTE, operan los grupos de ayuda mutua para pacientes diabéticos, cumpliendo con la misma finalidad y objetivos que en otras instituciones de salud. Desafortunadamente en este instituto tampoco se da la participación psicológica de manera sistemática, solo circunstancial. El contenido temático es igual al del IMSS, solo con la diferencia de que se realiza en 11 sesiones, una cada mes, de dos horas (Manual para coordinadores de grupos de ayuda del ISSSTE, 2002).

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN" (INCMNSZ).

En el INCMNSZ, siendo el instituto de mayor importancia en la especialidad a nivel nacional, únicamente se manejan grupos de ayuda de tipo educativo para instruir a los pacientes diabéticos con información de tipo medico, en especial forma a los pacientes obesos por tener mayor factor de riesgo. El contenido temático del plan educativo es el mismo que se utiliza en las instituciones anteriormente mencionadas.

La intervención psicológica únicamente se practica con algunos pacientes, a los que se les detecta o identifica clínicamente algún trastorno emocional, la atención es personalizada y se realiza en el departamento de psicología.

## **CAPITULO V**

### **IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y POSIBILIDADES DE INTERVENCION PSICOLOGICA: UNA PROPUESTA PARA GRUPO DE AYUDA.**

#### **JUSTIFICACION**

En nuestro país, el alcance de prevención de la diabetes mellitus tipo 2, no ha sido una labor fácil de realizar, aunque se ha tratado de evitar o postergar la aparición de esta enfermedad y sus complicaciones, se sigue incrementando el número de casos. Por cada muerte que se presenta en este tipo de pacientes, surgen siete nuevos casos, situación que ha generado un gran conflicto epidemiológico por los altos costos que significa para la economía del país. (Moreno, 2001).

Ante tal evidencia y con la idea de reducir la prevalencia, es necesario redoblar esfuerzos para modificar la forma de educar a este tipo de pacientes, la idea de hoy, es comprometerlos para que se hagan activos, de tal forma que esa nueva actividad, forme parte integral de programas terapéuticos, para que las metas se vean más claras incluyendo las responsabilidades específicas de ellos mismos y la de los profesionales de la salud. De tal forma que en los programas orientados a inducir el cambio de conducta, el paso inicial sea la presentación de la información principal sobre el trastorno y el vínculo que guardan algunos estados emocionales con la salud, ya que es importante reconocer que en la mayor parte de los componentes del plan de atención de la diabetes mellitus tipo 2, se exige que el paciente adquiera nuevos hábitos y costumbres (Hermida, et al, citada por Islas, 1999).

Cada vez son más los médicos especialistas en enfermedades metabólicas, los que han detectado la necesidad de tratar los estados emocionales que se asocian a la diabetes mellitus, porque se ha demostrado que en este tipo de pacientes existen actitudes o

creencias y factores psicosociales que a menudo conducen al rechazo o abandono de las conductas que requiere el plan personal terapéutico y que por lo tanto la respuesta emocional al diagnóstico y tratamiento debe ser abordada simultáneamente (Lerman, 2003).

Las principales instituciones de salud de mayor cobertura en nuestro país, como lo son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), conocedoras de la problemática planteada, han implementado grupos de ayuda y de ayuda mutua para diabéticos, con el objetivo de guiarlos y orientarlos en el conocimiento y tratamiento de la enfermedad desde el punto de vista médico, pero desafortunadamente en estos grupos, sigue muy limitada la participación del psicólogo como parte de la atención integral.

La propuesta de intervención psicológica que se plantea en este trabajo, pretende que sea incluida en el programa de los grupos de ayuda para diabéticos, para hacer que los participantes se involucren en un ambiente de trabajo grupal intensivo y dinámico de principio a fin, a través de la sensibilización, análisis y reflexión emanada de las diversas dinámicas de grupos. Dentro de estos programas, se hará la presentación de la información principal sobre el trastorno y el vínculo que guardan algunos cambios de conducta con la salud. Tan bien se incluirán los principios y procedimientos en los que se basa el cambio de conducta.

## **OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general de esta propuesta, es poner a consideración una propuesta de intervención donde la participación del psicólogo junto con el grupo interdisciplinario de salud, actúen oportunamente ante el conocimiento del diagnóstico, pretendiendo incidir en

un adecuado manejo del impacto inicial, de tal forma que la intervención en ese nivel pueda resultar provechosa desde el punto de vista preventivo, ayudando en la elaboración o manejo de crisis ante el impacto del diagnóstico, manejar de una forma positiva el duelo o la depresión asociada a la pérdida de la salud y evitar en lo posible otras complicaciones durante el tratamiento y al mismo tiempo logren integralmente crecimiento y desarrollo.

Objetivos específicos:

- 1.- Apoyar a los pacientes con diabetes mellitus a resolver adecuadamente el estado de crisis en que se encuentren, para que recuperen el equilibrio de su estado emocional y de esa forma aprendan a emplear nuevas reacciones de adaptación que les pueda servir en el control de su enfermedad.
- 2.- Detectar oportunamente algunos aspectos relacionados con el proceso de duelo que padecen los pacientes diabéticos en relación a la pérdida de la salud y además orientarlos en el importante proceso de su elaboración con la idea de que acepte finalmente su enfermedad y adopte una posición que facilite el tratamiento integral.
- 3.- Identificar la depresión que se asocia con los pacientes diabéticos provocada por posibles actitudes o creencias y factores psicosociales que complican el plan terapéutico y promover su manejo adecuado.

Esta propuesta no evita, ni limita la posibilidad de que los pacientes participen posteriormente en nuevos grupos o individualmente para que reciban mayor orientación (psicológica y/o médica) como parte de su tratamiento, ya que se trata de una enfermedad crónica degenerativa.

Los casos agudos o de mayor impacto emocional serán referidos para que reciban una intervención psicológica individual más específica.

## **LINEAMIENTOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION EN EL GRUPO DE AYUDA**

Antes de revisar la estructura, metodología y la organización del grupo de ayuda, es importante tomar en cuenta los siguientes factores en los que se desarrollará la mencionada propuesta de intervención psicológica:

**COORDINACION.** La coordinación de inicio a fin estará a cargo de dos psicólogos clínicos quienes serán apoyados por personal medico, enfermería y nutricionista para el manejo de temas específicos.

**POBLACION.** Va dirigido únicamente a todos aquellos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnostico y los que tienen hasta seis meses de haber iniciado el tratamiento.

**DIFUSION.** Se dará a conocer directamente por los médicos o psicólogos y también, a través de posters o trípticos dentro de la unidad sede.

**COBERTURA.** Esta no será abierta, únicamente se incluirán los derechohabientes usuarios de la institución o clínica sede.

**RECLUTAMIENTO.** Serán identificados por los médicos generales o familiares (primer nivel de atención médica), y serán referidos al consultorio del psicólogo clínico para hacerles una entrevista con la idea de evaluarlos y seleccionarlos. A los pacientes seleccionados, se les hará la invitación para participar, si aceptan, se le aplicara un pretest y enseguida se realizara su registro y programación.

**NUMERO DE PARTICIPANTES.** El grupo de ayuda estará conformado por un minino de 5 y un máximo de 10 pacientes, con la finalidad de proporcionar la debida atención a todos y cada uno de ellos.

**ESCENARIO.** Será una aula de seis por cuatro metros como mínimo, o bien una aula de cuatro por cuatro metros y aparte otra donde quepan diez colchonetas extendidas, si no

fuera posible esta condición, se trabajara en el aula de que se disponga. Estas habitaciones deben estar instaladas en un área donde haya el mayor silencio posible, ventilado y bien iluminado.

**DURACION Y NUMERO DE SESIONES.** El contenido temático y programático fue diseñado para cinco sesiones, una por día, (cinco días hábiles continuos). Cada una de estas sesiones tendrá una duración de dos horas y media.

**MATERIAL Y EQUIPO.** Un escritorio con su respectiva silla, diez mesabancos o sillas, diez colchonetas, computadora y cañón para proyecciones, reproductor de discos y casetes, pizarrón, gises, plumones, cartulinas, hojas de papel, lápices, material didáctico (dibujos) y agua purificada (botellas de 500ml), medicamentos y pruebas reactivas para monitorear glucosa en sangre y equipo básico para diagnóstico, que se utilizaran como primeros auxilios si fuera necesario.

# **DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGIA EN EL GRUPO DE AYUDA PARA DIABETICOS.**

## **S E S I O N 1**

Bienvenida a los integrantes del grupo de apoyo.

### **Objetivos:**

El psicólogo clínico dará la bienvenida a los participantes y al mismo tiempo establecerá los lineamientos de trabajo y analizará las expectativas de los pacientes, con la finalidad de promover en todo momento la cohesión e integración grupal.

### **DESARROLLO TEMATICO Y GRUPAL.**

Por ser la sesión inicial del grupo de apoyo, es importante que el psicólogo, clínico, facilite los siguientes puntos:

- Primero, el psicólogo clínico dará la bienvenida al grupo y enseguida, se presentará personalmente, exponiendo algunos aspectos importantes adeudados al evento, como su nombre y trayectoria laboral y si lo desea, expondrá el interés y objetivos que lo llevan a coordinar el grupo de apoyo.
- Segundo, a través de la práctica de una técnica de grupos, conocerá las expectativas personales de cada uno de los participantes.
- Tercero, el coordinador (psicólogo clínico) general dará a conocer las expectativas generales de la intervención psicológica a los participantes del grupo de ayuda.
- Cuarto, el coordinador explicará de manera detallada los lineamientos administrativos y conductuales que asumirán los participantes en la interacción del grupo.
- Quinto, el coordinador implementará dos técnicas de grupos de inicio para la presentación de los participantes y otra, para crear la cohesión grupal.

- Sexto, un médico familiar o internista o epidemiólogo, expondrá a los participantes el tema titulado “Aspectos importantes de la diabetes mellitus”. Al final se realizarán preguntas y respuestas.
- Séptimo, el coordinador explicará el planteamiento general y el significado del duelo, como una forma de pérdida de la salud. Y también explicará en que consiste la “Negación y Aislamiento”, como parte de la primera etapa del duelo según Kubler-Ross. Al final se realizarán preguntas y respuestas.
- Octavo, como cierre de la esta sesión, el coordinador, practicará una dinámica de grupo titulada “Yo soy ..Yo siento” para conocer de viva voz las expectativas de los participantes respecto al grupo de ayuda para diabéticos, expectativas que se externarán a través reflexiones o la sensibilidad de cada uno de los participantes por haber perdido la salud.
- Cierre.

#### TECNICAS GRUPALES:

##### “Presentación por parejas”.

Una de las técnicas grupales seleccionadas para motivar la integración y cohesión grupal es la “presentación por parejas”, es un pequeño ejercicio, que puede combinarse con otros procedimientos de iniciación, es bastante simple pero encierra muchas potencialidades y constituye, además, un primer entrenamiento en la capacidad de escuchar activamente.

Aunque el grupo sea pequeño, tendrá que subdividirse en parejas, cuidando que las personas no se conozcan mucho.

Una vez formadas las parejas, el coordinador del grupo, formulará una consigna al grupo. Es decir las preguntas que uno y otro deben contestarse mutuamente. Aquí las posibilidades son múltiples y se podrán formular preguntas de muy diversa naturaleza, en

este caso, las consignas serán preguntar diversas situaciones a manera de charla, como por ejemplo, preguntar el nombre, porque se integro al grupo de apoyo, a que se dedican, con quien vive, si tiene familia o hijos y que es lo que mas les gusta. Esta practica debe ser breve (cinco minutos). Dado que el grupo es pequeño, cada persona expone al grupo lo que su compañero le contó y así sucesivamente (Aguilar M. J. 1991).

"Un qué ...?".

Otra técnica grupal o dinámica de grupos que cumple con el mismo objetivo de la primera, es la que recibe el nombre de "un que?". Inicialmente se formara un círculo con los participantes sentados en las sillas. Una vez instalados, se pasara un objeto pequeño cualquiera, al compañero de junto, del lado derecho, (por ejemplo un vaso, al que se le dará el nombre de "un perro"), y se le dirá textualmente lo siguiente, ¿este es un perro? y su compañero le contestara ¿un que?. Y el participante que inicio la dinámica le dirá ¡ un perro ! . Los participantes no podrán preguntar y responder otra cosa, que no sea la consigna. Lo emocionante de esta dinámica, es que en sentido inverso (por el lado izquierdo), se viene presentando otro objeto con el nombre de otro animal (por ejemplo, una goma para borrar que representara a un gato), La mecánica seguirá siendo la misma, que se realizo con el primer objeto. Pasado dos o tres minutos de estar pasando al perro y al gato, se incluirán otros dos objetos con el nombre de otros dos animales, (por ejemplo, un oso y un pescado), dos de esos animales circularan en sentido derecho y los otros dos por el lado izquierdo. Los participantes deben tener toda la atención y concentración necesaria para no equivocarse y decir el nombre de un animal por otro.

En esta dinámica, se hace mucho hincapié en la importancia que tiene la atención, conciencia, concentración y tranquilidad que debemos tener todas las personas para no equivocarnos en las acciones y decisiones de la vida diaria, esta situación, se traspolará,

para explicarles de alguna manera la pérdida de su salud. La duración de esta dinámica no debe rebasar los 15 minutos.( Anónimo, 2006).

*"Yo soy.....Yo siento".*

En el cierre de esta sesión se practicara otra dinámica, que tiene la finalidad de hacer reflexionar y sensibilizar a los participantes en función de su padecimiento, el objetivo es lograr en la medida de lo posible la aceptación de la enfermedad y el apego al tratamiento.

En esta dinámica, se trata de que cada participante externe cuales son sus sentimientos personales y el estado emotivo en que se encuentra en el preciso momento de enfrentarse con la realidad de su padecimiento. Para ello, cada uno debe contestar sucesivamente tres preguntas, ¿Quién soy yo?, ¿Como me siento en este momento? , ¿Qué voy hacer con la diabetes mellitus?

Esta dinámica de grupos tiene la particularidad de propiciar una cierta desinhibición mediante la expresión pública de sentimientos, forzando la presentación de cada participante ante el resto del grupo. Además permitirá, observar colateralmente las actitudes positivas y negativas, respecto del proceso de grupo, que habrá que reforzar o modificar. (Aguilar, M. J., 1991)

## **S E S I O N 2**

OBJETIVOS: Los pacientes conocerán y reflexionaran sobre diversos conceptos médicos relacionados con la diabetes mellitus y también, analizaran los aspectos psicológicos que se pueden asociar o adicionar al impacto del diagnostico.

### DESARROLLO TEMATICO Y GRUPAL.

En esta segunda sesión el psicólogo clínico facilitará y coordinara los siguientes aspectos:

- Primero, se iniciara la sesión con una dinámica titulada “Saludo y presentación veloz con respuesta grupal”. para lograr que los integrantes se identifiquen y reconozcan una vez mas y al mismo tiempo impulsar la cohesión y autoestima.
- Segundo, se practicará la dinámica de titulada “Diálogos simultáneos” para que los participantes expongan y diferencien las conductas irracionales que se pueden asociar a la diabetes mellitus.
- Tercero, el médico familiar o internista o epidemiólogo, expondrá a los participantes el tema titulado “Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2”., para que los pacientes conozcan y valoren los riesgos que significa las complicaciones de su enfermedad. Al final se realizaran preguntas y respuestas.
- Cuarto, el psicólogo clínico, dará continuación al planteamiento general y el significado del duelo, como una forma de pérdida de la salud. Y también explicará en que consiste la “Rabia y la Ira”, como parte de la segunda etapa del duelo, según Kubler-Ross. Al final se realizarán preguntas y respuestas.
- Quinto, se practicara un dinámica grupal titulada “Lluvia de ideas”, para que los pacientes expongan sus reflexiones y vivencias personales relacionadas con los temas expuestos en esta sesión de tal forma que entre todos los participantes integren , clasifiquen y concluyan las ideas. Al final se dará retroalimentación.

- Cierre.

#### TECNICAS GRUPALES:

##### "Saludo y presentación veloz con respuesta grupal"

En la practica de esta dinámica, cada uno de los pacientes pasará frente al grupo para saludar y mencionar su nombre en forma veloz e inmediatamente sus compañeros en coro contestarán el saludo y su nombre, con voz fuerte (¡Hola!, yo soy o me llamo Carlos, y el grupo responde, ¡que tal Carlos!, o ¡buenos días Carlos!..etc.). Bajo ese mecanismo pasarán todos y cada uno de los participantes. (Anónimo, 2006)

##### "Diálogos simultáneos"

Los participantes dialogaran por parejas simultáneamente, para discutir el tema de las ideas irracionales Esta conversación durara de 10 a 15 minutos para evitar pesadez en la reunión.

Esta dinámica tiene una ventaja y radica en el hecho de que en apenas unos minutos puede obtenerse la opinión de todo el grupo acerca de la cuestión formulada en este caso, las "conductas irracionales asociada a la diabetes mellitus". Además, permite la interacción de todos los miembros. Aún los más tímidos tienen que participar en algún momento de la conversación.

Por otra parte, tampoco requiere de preparación, el coordinador puede proponer al grupo éste método si observa que la participación no es fluida y volver de nuevo al sistema inicial previsto para el trabajo de grupo (Aguilar, M. J. 1991)

##### "Lluvia de ideas"

Esta técnica promoverá la discusión y creatividad de los participantes en el momento de exponer el contenido temático que se reviso en toda la sesión. Esta dinámica también permite tratar problemas o temas reales resolviéndolos objetivamente. Por lo tanto se les

pedirá a todos y cada uno de los integrantes del grupo que comenten o expongan (ordenadamente, uno cada vez), verbalmente desde su lugar (silla), las ideas que hayan captado o aprendido y entre todos las clasificarán anotándolas en el pizarrón en base a cada uno de los temas (Conductas irracionales; complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2; “Rabia e Ira”, segunda etapa del duelo), que estarán anotados previamente en el pizarrón. Al final el coordinador del grupo dará retroalimentación en función de los resultados (Guía para grupos de apoyo mutuo, ISSSTE, 2002).

## **S E S I O N 3**

OBJETIVOS: Se continuara con el reforzamiento de la cohesión y autoestima grupal, a través de diferentes dinámicas. En el mismo sentido, se seguirá con la instrucción y análisis de los temas médicos y psicológicos relacionados con la diabetes mellitus tipo 2, incluyendo el control del estrés.

### **DESARROLLO TEMATICO Y DINAMICA GRUPAL.**

En esta tercera sesión, el psicólogo clínico facilitará y coordinara los siguientes aspectos:

- Primero, se inicia la sesión con una dinámica de grupos titulada “Listado de atributos” para reforzar la participación de los pacientes. El propósito o el tema de esta dinámica es muy diferente al de las anteriores, ya que se tratara de estimular la creatividad para generar nuevas ideas, o para inventar un nuevo producto. En esa forma se piensa aumentar la autoestima de los pacientes.
- Segundo, el médico familiar o internista o epidemiólogo, expondrá a los participantes el tema titulado “Control de la diabetes mellitus”, para que los pacientes conozcan los beneficios que se pueden obtener si cotidianamente logran controlar los diversos factores que influyen en su enfermedad. Al final se realizaran preguntas y respuestas.
- Tercero, el psicólogo, dará continuación al planteamiento general y el significado del duelo, como una forma de perdida de la salud. Y también explicará en que consiste la “Negociacion”, como parte de la tercera etapa del duelo, según Kubler-Ross. Al final se realizaran preguntas y respuestas.
- Cuarto, el psicólogo clínico explicará a los participantes la importancia de los beneficios de una de las técnicas de relajación (Jacobson) para controlar el estrés.

Como primera fase, se entrenará a los pacientes para que relajen el tono muscular de la frente, ojos, nariz, labios, sonrisa, lengua, mandíbula y cuello.

- Quinta, se practicará una dinámica de grupos titulada “Lluvia de ideas”, para hacer una evaluación general de los temas expuestos en esta sesión, de tal forma que entre todos participantes integren, clasifiquen y concluyan las ideas.
- Cierre.

#### TECNICAS GRUPALES:

##### “Listado de atributos”

Es una dinámica de grupos que se utiliza para estimular la autoestima y creatividad de los participantes para resolver o innovar diversas situaciones de interés común. Original y específicamente esta dinámica de grupos fue creada para la generación de nuevos productos. También puede ser usada en la mejora de servicios o utilidades de productos y existentes.

Consiste primeramente en realizar un listado de las características o de los atributos de algún producto u objeto que se quiere mejorar para, posteriormente, explorar nuevas vías que permitan cambiar la función o mejorar cada uno de esos atributos.

Por ejemplo:

Supongamos que una empresa desea identificar algunas ideas para mejorar una batidora de alimentos (este sería el problema).

El primer paso a seguir será: Hacer una lista de los atributos actuales del modelo.

- Fabricado en acero inoxidable
- Mango de madera
- Se realiza a mano
- Velocidad variable
- Puede ser utilizado por cualquier persona

- Se necesitan dos manos para utilizarlo.

(La lista se puede ampliar con otros atributos técnicos).

Segundo paso: Cada uno de los atributos se analiza y se plantean preguntas sobre la forma en que se podrían mejorar, por ejemplo:

Mangos de madera:

- ¿Se podría hacer de otro material?
- ¿Podrían tener un mango pequeño adaptable a la mano ?
- ¿Podrían fabricarse en nuevos colores?
- ¿Podrían tener un diseño completamente diferente ?

Se necesitan dos manos para utilizarla:

- ¿Podría fabricarse para que pudiese ser utilizado con una mano (p.ej., por persona con discapacidades)?
- ¿Se podría incorporar un dispositivo para que pudiese ser operado con una sola mano?
- ¿Podría fijarse y evitar accidentes?

Y así sucesivamente. Cuantas más preguntas para cada atributo, mejor...

Tercer paso: Las mejores ideas que hayan surgido en el paso 2 se seleccionan para su evaluación posterior. Al final, se busca la posibilidad de dibujar el nuevo producto, para verlo plasmado en la realidad. Para el caso de esta propuesta describirán los atributos de un servicio de salud (Majaro, S. 1999).

“Lluvia de ideas”

Esta técnica promoverá la discusión y creatividad de los participantes en el momento de exponer el contenido temático que se reviso en toda la sesión. Esta dinámica también

permite tratar problemas o temas reales resolviéndolos objetivamente. Por lo tanto se les pedirá a todos y cada uno de los integrantes del grupo que comenten o expongan (ordenadamente, uno cada vez), verbalmente desde su lugar (silla), las ideas que hayan captado o aprendido y entre todos las clasificarán anotándolas en el pizarrón en base a cada uno de los temas (Control de la diabetes mellitus; “Negociación”, tercera etapa del duelo; y el control de estrés), que estarán anotados previamente en el pizarrón. Al final el coordinador del grupo dará retroalimentación en función de los resultados (Guía para grupos de apoyo mutuo, ISSSTE, 2002)

## **S E S I O N 4**

Objetivos: Los pacientes conocerán el plan de alimentación adecuado a las características personales y reflexionaran sobre diversos conceptos médicos relacionados con la diabetes mellitus, además, se les expondrá la continuidad de los temas de tipo psicológico sin dejar de lado el entrenamiento en el control de estrés.

### **DESARROLLO TEMATICO Y DINAMICA GRUPAL.**

En esta cuarta sesión, el psicólogo facilitará y coordinara los siguientes aspectos:

- Primero, en el inicio de esta sesión se practicará la dinámica de grupos titulada “La gran carcajada”, con la finalidad de conservar la cohesión y aumentar la autoestima de los participantes. En esta dinámica también se cubre el objetivo para desarrollar la respiración, estimular los sentidos y el conocimiento corporal.
- Segundo, el o la nutricionista explicará de manera práctica a los pacientes el plan de alimentación (dieta), que se debe adecuar cada uno de los pacientes de acuerdo a sus características personales y estilo de vida. Será un mini y breve taller donde se elaborarán diferentes menús.
- Tercero, el psicólogo, dará continuación al planteamiento general y el significado del duelo, como una forma de perdida de la salud. Y también explicará en que consiste la “Depresión”, como parte de la cuarta etapa del duelo, según Kubler-Ross. Al final se realizaran preguntas y respuestas.
- Cuarto, el psicólogo explicara a los participantes la importancia de los beneficios de una de las técnicas de relajación (Jacobson) para controlar el estrés. Como segunda fase se entrenará a los pacientes para que relajen el tono muscular de los brazos, espalda, torax, estomago, cintura baja y piernas. Además se ejercitaran los ejercicios de respiración y respiración sin tensión (relax).
- Dinámica de grupos.

- Cierre.

#### TECNICAS GRUPALES:

##### *"La gran carcajada"*

Con esta dinámica se pretende manejar a la risa como un alternativa positiva para hacerle frente al estrés. Previamente se explicaran algunos conceptos subjetivos que explican la posible efectividad de la risa para generar la sensación de bienestar.

La dinamica es muy simple pero efectiva y consiste en formar dos grupos, uno de ellos permanecerá serio mientras el otro se ríe de todas las formas posibles. Cuando se consigue hacer reír al otro equipo, se cambia de rol (Wanadoo, 2006).

##### **"Buffet" (taller).**

De acuerdo a las instrucciones dadas por la nutricionista dietista, los participantes seleccionaran alimentos (didácticos), para preparar variados menús personales (Anónimo, 2006).

## **S E S I O N 5**

Objetivos: Los pacientes conocerán y reflexionaran sobre diversos conceptos médicos relacionados con la diabetes mellitus y también, analizaran los aspectos psicológicos que se pueden asociar o adicionar con la enfermedad.

### **DESARROLLO TEMATICO Y DINAMICA GRUPAL.**

En esta quinta sesión, el psicólogo clínico facilitará y coordinara los siguientes aspectos:

- Primero, el psicólogo iniciará esta sesión con la práctica de la relajación de todo el cuerpo (completa). En las dos anteriores sesiones se entrenó a los pacientes para que aprendieran a relajar el tono muscular de de las diversas partes del cuerpo. El objetivo de esta practica es básicamente aprender a controlar el estrés que muy frecuentemente se asocia a la diabetes mellitus.
- Segundo, el médico familiar o internista o epidemiólogo, expondrá a los participantes el tema titulado “Importancia de la actividad física sistémica”, para que los pacientes conozcan los beneficios de los diversos tipos de actividades físicas que podrán realizar de acuerdo a sus preferencias y condiciones personales.
- Tercero, el psicólogo clínico, dará continuación al planteamiento general y el significado del duelo, como una forma de pérdida de la salud. Y también explicará en que consiste la “aceptación y reorganización”, como parte de la quinta etapa del duelo, según Kubler-Ross. Al final se realizarán preguntas y respuestas.
- Cuarta, se implementara una dinámica grupal llamada “Crucigrama diabético”, para que a través del juego los participantes midan y evalúen los conocimientos que adquirieron en las cinco sesiones como si fuera una auto-evaluación general.
- Quinto, los enfermos, pacientes o participantes evaluaran la efectividad y calidad de la propuesta de intervención psicológica incluida en este nuevo grupo de apoyo, para lo cual resolverán un cuestionario breve, claro y preciso.

- Sexto, a manera de despedida se practicara una ultima dinámica de grupo llamada “Abrazo del oso”, pues como se sabe, los abrazos del oso son para, quienes comparten un sentimiento o causa en común, o bien para compartir el dolor o alegría que se siente. Y al mismo tiempo servirá para confirmar que la intervención psicológica recibida fue efectiva.
- Cierre.

#### TECNICAS GRUPALES:

##### “Crucigrama diabético”

Técnica grupal específicamente diseñada para esta propuesta que consiste en confirmar el conocimiento de todos los conceptos médicos y psicológicos que se revisaron en las cinco sesiones. Se formaran dos grupos, a cada uno de estos y en forma alterna se le harán preguntas, ellos escogerán en numero y al mismo tiempo elegirán la dirección de la pregunta, horizontal o vertical. Quien hará cada una de las preguntas será el coordinador del grupo de apoyo. Las respuesta que den cada uno de los grupos, será dada a conocer por un representante (no es valido que todos contesten al mismo tiempo). El tiempo limite para responder serán 10 segundos, si no contestan correctamente, se le dará la oportunidad al otro equipo. El crucigrama se tendrá previamente elaborado y contendrá el mayor número de conceptos previamente revisados en las cinco sesiones.

##### “Abrazo del oso”

Se explicara a los pacientes el significado que representa ésta dinámica, dando sus antecedentes y su efectividad, con la idea de que ellos orienten las emociones que esa produce y se identifiquen en toda la extensión de la palabra como enfermos crónicodegenerativos. La mecánica es muy sencilla y consistirá en abrazarse en el

orden que los participantes prefieran. El abrazo del oso no falla y sobre todo cuando se abrazan dos personas comparten un sentimiento o causa en común, o bien para compartir el dolor o alegría que se siente.

## ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL GRUPO DE AYUDA PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

### SESION 1

Nombre de la Sesión	Objetivos	Desarrollo temático.	Técnicas	Duración	Material
<p>Bienvenida a los integrantes del grupo de apoyo.</p> <p>Planteamiento de la propuesta.</p> <p>Técnica de iniciación grupal.</p>	<p>Se dará la bienvenida a los participantes que recientemente recibieron el diagnóstico y los que tienen hasta seis meses de padecer la diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>Se establecerán los lineamientos de trabajo entre el psicólogo clínico y los participantes, así como crear la cohesión e integración del grupo a través del análisis de las expectativas de cada uno de los integrantes.</p>	<p>Planteamientos de la propuesta y su efecto institucional.</p> <p>Integración grupal.</p>	<p>Explicación del objetivo.</p> <p>“Presentación por parejas”(Técnica de inicio grupal)</p> <p>Un que? (Dinámica de grupo)</p> <p>Preguntas repuestas.</p>	50'	<p>Etiquetas.</p> <p>Plumones</p> <p>Cuatro objetos diferentes.</p>
Aspectos generales de la diabetes mellitus.	Los participantes conocerán y aprenderán los conceptos generales de la diabetes mellitus.	<p>Concepto</p> <p>Cuadro clínico.</p> <p>Factores de riesgo.</p> <p>Tipos de diabetes.</p> <p>Tipos de tratamiento.</p>	<p>Exposición medica.</p> <p>Preguntas y respuestas.</p>	30'	<p>Equipo audiovisual.</p> <p>Pizarrón y gises o plumones.</p>
Receso	Receso.	Receso.	Receso.	15'	Botellas de agua purificada.
<p>Aspectos generales del duelo.</p> <p>“Negación y aislamiento”.</p> <p>Primera etapa del duelo. (Kubler-Ross)</p>	Los pacientes reflexionen y conocerán el planteamiento general del duelo como un proceso natural de la vida. Y simultáneamente la “negación y aislamiento” como la primera reacción ante la pérdida de la salud.	<p>Planeamiento general</p> <p>Explicación y reflexión.</p>	<p>Exposición por parte del psicólogo.</p> <p>Preguntas y respuestas</p>	30'	<p>Equipo audiovisual.</p> <p>Pizarrón y gises o plumones.</p>
<p>Reflexión y sensibilización.</p> <p>Cierre.</p>	Los participantes manifestaran públicamente los sentimientos personales y el estado emotivo en que se encuentra en el momento de realizar este trabajo.	<p>Reflexión y sensibilización</p> <p>Retroalimentación general de la sesión.</p> <p>Cierre.</p>	<p>“Yo soy-Yo siento” (Técnica grupal)</p> <p>Retroalimentación.</p>	25'	Lápices con goma.

**Nota.** En caso de urgencia, los participantes del grupo de apoyo podrán recibir atención médica o de enfermería.

## ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL GRUPO DE AYUDA PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

### SESION 2

Nombre de la Sesión	Objetivos	Desarrollo temático.	Técnicas	Duración	Material
Inicio de sesión. "Saludo y presentación veloz con respuesta grupal"	Los participantes reforzaran su identificación y reconocimiento grupal.	Segunda presentación personal de cada uno de los participantes.	Dinámica de grupos.	20'	Sillas.
Conductas irracionales. "Diálogos Simultáneos"	Aclarar e identificar las principales conductas irracionales asociadas a la diabetes mellitus.	Aspectos generales de las conductas irracionales.	Exposición psicológica con dinámica de grupos.	20'	Sillas.
Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.	Los pacientes conocerán y valorarán los riesgos que significan las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.	Daños vasculares y neurológicos.	Exposición del médico. Preguntas y respuestas.	30'	Equipo audiovisual. Pizarrón, guises o plumones.
Receso	Receso.	Receso.	Receso	15'	Botellas de agua purificada.
"Rabia o Ira".Segunda etapa del duelo (Kubler-Ross)	Los pacientes reconocerán diversas reacciones que muy probablemente hayan realizado como parte de su desesperación e inconformidad con la enfermedad.	Explicación y reflexión.	Exposición por parte del psicólogo. Preguntas y respuestas.	30	Equipo audiovisual. Pizarrón, guises o plumones.
"Lluvia de ideas" Cierre.	Los pacientes integraran las experiencias de la sesión.	Integración y clasificación de ideas y vivencias	Dinámica de grupos.	35	Sillas

**Nota.** En caso de urgencia, los participantes del grupo de apoyo podrán recibir atención médica o de enfermería.

## ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL GRUPO DE AYUDA PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

### SESION 3

Nombre de la Sesión	Objetivos	Desarrollo temático.	Técnicas	Duración	Material
Inicio de sesión. "Listado de atributos"	Propiciar más la participación activa de los pacientes a través de una dinámica de grupo donde se trata la creatividad para generar nuevas ideas.	Generación de nuevas ideas. Reforzamiento a la autoestima.	Dinámica de grupos.	25"	Pizarron y gises o plumones.
Control de la diabetes mellitus.	Dar a conocer a los pacientes diabéticos los beneficios que se pueden obtener si cotidianamente logran controlar los diversos factores que influyen en su enfermedad.	Herramientas de autocontrol, educación y motivación del paciente.	Exposición del medico. Preguntas y respuestas.	30"	Equipo Audiovisual. Pizarrón y gises o plumones.
"Negociación". Tercera etapa del duelo. (Kubler-Ross)	Los participantes identificarán las ideas asociadas ante la necesidad urgente de recuperar la salud.	Explicación y reflexión.	Exposición del psicólogo. Preguntas y respuestas.	20'	Equipo Audiovisual. Pizarrón y gises o plumones.
Receso	Receso	Receso	Receso	15'	Botellas de agua purificada.
Control del estrés.	Los participantes conocerán y sentirán los beneficios de la técnica de relajación para el control del estrés.	Reducción del tono muscular de la frente, ojos, nariz, labios, sonrisa y lengua, mandíbula y cuello.	Participación del psicólogo.. Técnica de relajación (Jacobson). Preguntas y respuestas.	25	Dibujos Sillas.
Evaluación general de la sesión, a través de la "Lluvia de ideas" Cierre.	Los pacientes integraran las experiencias de la sesión.	Integración y clasificación de ideas y vivencias	Dinámica de grupos.	35'	Pizarrón y gises o plumones.

**Nota.** En caso de urgencia, los participantes del grupo de apoyo podrán recibir atención médica o de enfermería

## ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL GRUPO DE AYUDA PARA PACEINTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

### SESION 4

Nombre de la Sesión	Objetivos	Desarrollo tematico.	Técnicas	Duración	Material
Inicio de sesión. "La gran carcajada"	Hacer sentir a los participantes que la risa puede ser una alternativa positiva para hacerle frente al estrés.	Control del estrés.	Dinámica de grupos.	20'	Sillas.
Plan de alimentación.	El paciente podrá conocer la prescripción personal de un plan de alimentación.	Parámetros que se toman en cuenta para asumir la prescripción de un plan de alimentación. (Edad, genero, peso razonable, actividad física, alimentos de preferencia, estilo de vida, tipo de tratamiento, cifras de presión arterial, nivel de lípidos, pruebas de funcionamiento renal, etc).	Exposición practica nutricional.  Preguntas y respuestas	40'	Alimentos diversos, representados en material didáctico.
"Buffet"	Los pacientes seleccionaran alimentos para preparar uno o varios menús personales.	Selección practica de alimentos.	Taller de menús personales.	30'	Alimentos diversos en material didáctico.
Receso.	Receso.	Receso.	Receso	15'	Botellas de agua purificada.
"Depresión". Cuarta etapa del duelo. (Kubler-Ross).	Los participantes se percataran que al aceptar obligadamente la enfermedad son susceptibles de caer en depresión.	Explicación y reflexión.	Exposición psicológica  Preguntas y respuestas.	20'	
Control del estrés. Cierre.	Los participantes conocerán el concepto del estrés y sentirán los beneficios de la técnica de relajación para contrarrestarlo.	Reducción del tono muscular de la Brazos, piernas, espalda, tórax, estomago y cintura baja. Ejercicios de respiración y respiración sin tensión (relax).	Participación psicológica. Técnica de relajación (Jacobson).  Preguntas y respuestas.	25'	Dibujos  Sillas.

**Nota.** En caso de urgencia, los participantes del grupo de apoyo podrán recibir atención médica o de enfermería.

## ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL GRUPO DE AYUDA PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

### SESION 5

Nombre de la Sesión	Objetivos	Temática a Desarrollar	Técnicas	Duración	Material
Inicio de sesion Control del estrés.	Los participantes experimentaran los beneficios de la técnica de relajación completa de los músculos del cuerpo y su estado emocional.	Reducción del tono muscular de todo el cuerpo.	Participación psicológica.  Técnica de relajación (Jacobson).  Preguntas y respuestas.	25'	Dibujos.  Sillas.
Importancia de la actividad física sistémica.	Los pacientes conocerán los diversos tipos de actividades físicas que podrán realizar de acuerdo a las preferencias y condiciones personales.	Actividad aeróbica y anaeróbica.	Expiación por parte del medico.  Preguntas y respuestas.	30'	Equipo audiovisual.  Pizarrón y gises o plumones.
Receso.	Receso.	Receso.	Receso.	15'	Botellas de agua purificada.
"Aceptación y reorganización". Quinta etapa del duelo. (Kubler-Ross).	Los participantes reconocerán la necesidad de redefinir roles y habilidades para lograr adaptarse a su nueva situación.	Explicación y reflexión.	Exposición por parte del psicologo.  Preguntas y respuestas.	20'	Equipo audiovisual.  Pizarrón y gises o plumón.
"Crucigrama diabético"	Los participantes medirán y evaluarán los conocimientos adquiridos en las cinco sesiones.	Automedición y autoevaluación general de los participantes.	Dinámica de grupos.	35'	Crucigrama gigante. Dos marcadores de color diferente.
Evaluación de la propuesta de intervención psicológica.	Se evaluara la efectividad de la propuesta de intervención psicología incluida en este nuevo grupo de apoyo por parte de sus participantes.	Evaluación de la intervención psicológica.	Cuestionario.	10'	Cuestionario.  Lápices.
Despedida "Abrazo del oso" Cierre.			Dinamica de grupos.	15'	Sillas.

**Nota.** En caso de urgencia, los participantes del grupo de apoyo podrán recibir atención médica o de enfermería.

## **CUADRO CLINICO**

Las características principales de los dos tipos de diabetes mellitus son: polidipsia, poliuria, pérdida de peso inexplicable, polifagia, astenia, vulvovaginitis o prurito vulvar, y balanitis (Tierney, 2003).

En los pacientes con diabetes tipo 1, el cuadro clínico se presenta con un complejo sintomático característico. Cuando la deficiencia absoluta de insulina tiene inicio agudo origina la acumulación de glucosa y ácidos grasos, con la consecuente hiperosmolaridad e hipercetonuria, desarrollándose de manera súbita los síntomas anteriores, el estado de conciencia del paciente puede variar según la intensidad de la hiperosmolaridad. En aquellos casos de desarrollo relativamente lento de la deficiencia de insulina y suficiente ingesta de agua, los pacientes permanecen relativamente alertas y los datos físicos pueden ser mínimos. En la presencia de vómitos, como respuesta al empeoramiento de la cetoacidosis, la deshidratación evoluciona y los mecanismos compensadores se desploman, en estas circunstancias puede haber estupor y coma. El olor afrutado de la cetona en la respiración sugiere el diagnóstico de cetoacidosis diabética.

En tanto que muchos pacientes con diabetes tipo 2, se presentan al médico con aumento de la orina y sed, pérdida de peso o infecciones genitales, muchos otros desarrollan un inicio insidioso de la hiperglucemia y se encuentran sintomáticos al comienzo. Esto es particularmente cierto en pacientes obesos cuya diabetes solo puede detectarse mediante las pruebas de laboratorio practicadas por otro motivo. En ocasiones, los pacientes tipo 2, pueden acudir al médico con evidencia de complicaciones neuropáticas o cardiovasculares debidas a la presencia de una enfermedad oculta en algún tiempo antes del diagnóstico, también son comunes las infecciones crónicas de la piel. En la mujer el prurito generalizado y los síntomas de vaginitis a menudo constituyen las quejas iniciales, en especial por candida, al igual que en quienes han parido niños

mayores de 4 kg o han presentado polihidramnios o preclamsia, o pérdidas fetales inexplicables (Tierney, 2003).

## **TRATAMIENTO**

El paciente diabético afronta un padecimiento crónico, cuyo tratamiento requiere de tiempo, dedicación y paciencia. Fundamentalmente el paciente deberá aceptar que su padecimiento no tiene curación y comprender la necesidad de un control óptimo y que tratándose de una enfermedad crónica, el paciente necesita de muchas herramientas para el mantenimiento de su salud, es indispensable la información práctica y entendible acerca de su padecimiento, posteriormente esta información deberá ser ampliada para que de forma paulatina y progresiva aprenda el manejo de su enfermedad y así contribuir a su adecuado control. Además se le debe informar que el buen control de la diabetes se basa en la integración de un equipo interdisciplinario donde el actor más importante es el paciente. En la relación médico paciente es indispensable la disposición y colaboración activa del paciente para favorecer su tratamiento y control. Si el paciente ofrece resistencia a asumir ese rol será necesario implementar diversas formas de atención que lo complementen, con el fin de aumentar su confianza (personal y equipo de salud), se le debe permitir la expresión de dudas, apoyarlo en las actividades de autocontrol para lograr que cada paciente se sienta capaz de cuidarse a si mismo (Vázquez, 2002), para el mismo autor los objetivos del tratamiento son:

- Mantener asintomático al paciente
- Corregir los trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas.
- Normalizar la glucemia en forma permanente
- Evitar o retrasar las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad

-Disfrutar de una sensación subjetiva de bienestar

## MEDIDAS TERAPEUTICAS.

Mc. Phee, (2003) fundamenta principalmente dos aspectos básicos del tratamiento, que son el medico y no medico:

Tratamiento no medico:

1.-Dieta, que es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes tipo 2, e indispensable en el tipo 1, persigue básicamente dos objetivos:

-Alcanzar y/o obtener el peso ideal normal

-Conseguir la normo glucemia

Se debe tomar en consideración la necesidad de fomentar la cultura del auto cuidado en la alimentación, la capacitación , para que cada enfermo pueda realizar las adaptaciones ante cambios inesperados e inevitables de la alimentación durante sus actividades diarias, así mismo es importante el reconocimiento de la autonomía del paciente en torno a sus hábitos alimentarios, las cuales deben ser creativos y adaptados a las circunstancias, por último los patrones de alimentación, no deben ser indicados individualmente sino familiares y culturales, porque las sugerencias individuales favorecen la exclusión familiar y el desapego al tratamiento.

Con base en los conceptos anteriores, es importante asumir o aceptar las indicaciones del plan alimentario, porque es fundamental en el tratamiento del paciente diabético, no debe implicar comidas especiales ni formas de preparación diferentes a las habituales, por lo que se recomienda evitar desacuerdos y fricciones con los demás miembros de la familia a fin de contrarrestar los trastornos emocionales que pueden contribuir al mal manejo del paciente con diabetes

## 2.-Ejercicio o actividad física:

El ejercicio físico es un recurso auxiliar importante en la atención del diabético, con un mayor beneficio cuando el programa se diseña en base a la condición física previa, motivación e intereses de cada paciente, que a parte de todos los beneficios metabólicos adecuados mejora la sensación de bienestar y la calidad de vida.

3.- Abandono de hábitos nocivos como el tabaquismo, alcoholismo, así mismo es de suma importancia el manejo adecuado del estrés emocional.

## Tratamiento medico farmacológico:

Por lo que se refiere a este tipo de tratamiento medico se debe considerar sólo cuando no se pueden lograr niveles plasmáticos de glucosa cercanos a las cifras normales a pesar de la dieta y el ejercicio, por lo tanto, el medico decidirá la mejor alternativa farmacológica de acuerdo con:

- Severidad de la enfermedad
- Presencia de manifestaciones clínicas y enfermedades concomitantes.
- Grado de responsabilidad y motivación del paciente en su propio control.
- Colaboración de la familia.
- Edad e índice de masa corporal.

## Fármacos.

Se dividen básicamente en los siguientes grupos: hipoglucemiantes orales (glibenclamida), inhibidores de la alfa-glucosidasa (acarbose), sensibilizadores a la insulina (metformina, pioglitazonas), todos los fármacos se pueden usar solos o en combinación.

La Insulina es el medicamento de elección ante la falla de las dosis máximas de hipoglucemiantes orales.

## **COMPLICACIONES**

Papada, (2003) plantea que fundamentalmente existen dos tipos: agudas y crónicas.

En las primeras (agudas), se pueden presentar casos de hipoglucemia, cetoacidosis diabética y coma hiperosmolar.

En el caso de las segundas (crónicas), las manifestaciones tardías se correlacionan con la duración del estado diabético en la diabetes tipo1, hasta el 40% de los pacientes desarrolla enfermedad renal en etapa terminal, comparadas con el 20% de los de tipo 2, después de 15 años de duración. Las manifestaciones clínicas tardías de la diabetes incluyen diversos cambios patológicos, los cuales afectan vasos sanguíneos pequeños y grandes, pares craneales y nervios periféricos, piel y cristalinios oculares. Estas lesiones ocasionan hipertensión, insuficiencia renal, ceguera, catarata, neuropatías autonómicas y periféricas, amputaciones de las extremidades inferiores, infarto del miocardio y eventos vasculares cerebrales como las principales causas de muerte. El consumo de cigarrillos aumenta de manera significativa el riesgo de complicaciones, tanto micro como macro vasculares, en los pacientes diabéticos.

## **CAPITULO II**

### **DEPRESION**

#### **CONCEPTO**

Bonime, (1965; citado en Beck, 1976), considera que la depresión es una forma anormal de relacionarse con otros seres humanos. Característicamente, el paciente deprimido exige demasiado de los demás. La vida del paciente deprimido tiene una estructura básica que invade todas sus modalidades, desde el mal humor neurótico hasta la manía psicótica, cuyos elementos son la manipulación, el rechazo de toda influencia, la renuncia a proporcionar satisfacciones, la hostilidad y la ansiedad.

La depresión es un estado psíquico de abatimiento y a veces de postración, la depresión se presenta con disminución de las energías morales y físicas del individuo (Chávez, 1992; citado por Ojeda, 2000).

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo decaído, una profunda tristeza, alteraciones cognitivas, afecciones somáticas, aislamiento social y frecuentemente suicidio o ideas de muerte (Hidalgo, 1998). Por lo que se puede concluir que es un padecimiento multifactorial que ocasiona pérdida en el estado de ánimo. Y que surge por la interacción de cierta vulnerabilidad o predisposición en los factores biológicos, psicológicos y sociales, más la presencia de sucesos estresantes (Hernáñez, 2000).

Las estadísticas nos hablan de que entre un 15 y un 25 % de la población general sufrirá algún periodo o episodio grave a lo largo de su vida, busque o no ayuda profesional para superarlo. Y parece que el porcentaje no hace más que aumentar en las generaciones más jóvenes, hasta el punto que la depresión ha llegado a ser como el “resfriado” de los trastornos mentales. La depresión se ha convertido en una de las psicopatologías más

populares por eso al término se le añaden infinidad de adjetivos que más que aclarar, contribuyen a complicar la comprensión del concepto (Hernangomez, 2000).

## **EPIDEMIOLOGIA**

Calderón, (2001) explica, que en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión y que el promedio de vida de los pacientes disminuye cada vez más. A la depresión no sólo se le considera el problema mayor en el campo de la salud mental, sino que, es el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad. Durante las últimas tres décadas, se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, y sobre todo entre la población de los países industrializados. (Seay, 1962; citado por Calderón 2001), comenta que el incremento del problema se ha atribuido en gran parte al profundo cambio ecológico que ha sufrido el mundo últimamente. Expertos internacionales estiman en un 3 a 5 % de la población total, la frecuencia de depresiones. Cuadro que si se diagnosticara oportunamente podría beneficiarse con el tratamiento médico adecuado. Las magnitudes epidemiológicas, el tipo de repercusión psicológica y social, la accesibilidad diagnóstica y las posibilidades terapéuticas de prevención primaria, hacen de la depresión un problema significativo de salud pública, motivo por el cual ya no se puede seguir etiquetando como problema psiquiátrico apegado al enfoque tradicional de la enfermedad mental.

Sartorius, (citado en Calderón 2001), director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, calcula que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión y que

relacionados con ellos existen otros tres tantos que son afectados y sufren por ella. Y que el problema tiende a aumentar en los años venideros, por los siguientes motivos:

Primero, porque la esperanza de vida ha aumentado en todos los países, en consecuencia el número y porcentaje de personas con mayor riesgo de presentarla se ha incrementado.

Segundo, el rápido cambio del ambiente psicosocial ha permitido la exposición cada vez mayor del individuo y de los grupos sociales a un ambiente tenso, intenso y creciente como el que se presenta en situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.

Tercero, porque el aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos degenerativos, tales como el reumatismo, trastornos gastrointestinales, hipertensión arterial, diabetes y problemas neurológicos han demostrado que se asocian con la depresión en un 20 % de los casos.

Cuarto, por creciente abuso de medicamentos, algunos de los cuales pueden causar depresión, como los antihipertensivos, las fenotiacinas y varios preparados hormonales como los anticonceptivos orales que un gran número de mujeres consume.

Sartorius, (citado en Calderón, 2001) considera que es indispensable prevenir ciertos tipos de depresión y administrar un tratamiento eficaz a todos los enfermos; sin embargo no se han tomado medidas preventivas adecuadas, solo un mínimo porcentaje recibe tratamiento. Y que las principales razones de este gran problema se resumen en los siguientes tres puntos:

Primero, en la mayoría de los países los recursos humanos y técnicos apropiados son muy limitados, lo cual dificulta el tratamiento adecuado. La mayoría de los enfermos psiquiátricos viven en países en vías de desarrollo, donde la falta de recursos se combina

con otras necesidades, con una herencia sociopolítica y económica dependiente de los países desarrollados, y con profundos efectos de un rápido cambio cultural. En los países desarrollados existe un psiquiatra por cada 10 000 o 20 000 habitantes; en el resto del mundo, uno por cada 500 000 o un millón de habitantes.

Segundo, la mayoría de representantes de disciplinas médicas y servicios sociales no creen en la psiquiatría, y la consideran costosa y de utilidad limitada, por lo que la colaboración en programas de este tipo es poco considerada.

Tercero, falta de modelos de servicio preventivo prácticos, económicos y sencillos existentes en las diversas culturas del mundo, y la expectativa de las comunidades al respecto (Santorius; citado en Calderón, 2001).

## **CLASIFICACION**

Los trastornos depresivos constituyen un grupo de padecimientos mentales habitualmente caracterizados por un conjunto coherente de síntomas que son la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: afectividad (tristeza), cognición (desesperanza), psicomotricidad (inhibición) y conducta (hipoactividad). El síndrome depresivo es extraordinariamente heterogéneo en relación a sus causas (desde factores biológicos o factores psicológicos), su evolución (desde la remisión hasta la cronicidad o el suicidio), o su intensidad (desde estados próximos a la normalidad o con repercusión casi exclusiva en la esfera subjetiva, hasta cuadros muy graves con incapacitación en todas las áreas de funcionamiento personal). Por otra parte, los límites de la depresión son difusos, y la depresión puede ser conceptualizada alternativamente como síntoma, síndrome, enfermedad, o incluso, como una forma de reacción normal del ser humano ante acontecimientos de la vida. Eso hace que cuestiones como la definición, diagnóstico

y clasificación de la depresión planteen serios problemas teóricos y prácticos (terapéuticos) aún no resueltos completamente (Peralta, 2003).

El DSM-IV, que es la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la American Psychiatric Association, es una clasificación de los trastornos mentales que proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. Es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esa razón, ese instrumento no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer lineamientos de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de describir a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría (Wikipedia, 2005).

En relación a la depresión en el DSM-IV se encuentran los trastornos siguientes:

Trastornos del estado de ánimo.

Aquí se clasifican los trastornos cuya característica principal es una alteración del humor. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maniaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo (Wikipedia, 2005).

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, (1994) de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Específicamente en lo que se refiere a los Trastornos del

Humor (afectivos), refiere que en los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”, como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, lentitud psicomotora importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

- Síndrome somático.

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos que aquí se denominan *somáticos* tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se utilizan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- 1.- Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes actividades que normalmente eran placenteras.
- 2.- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
- 3.- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- 4.- Empeoramiento matutino del humor depresivo.

- 5.- Presencia objetiva de lentitud psicomotora o agitación (observada o referida por terceras personas).
- 6.- Pérdida marcada de apetito.
- 7.- Pérdida de peso (5 % o más del peso corporal del último mes).
- 8.- Notable disminución de la libido.

En la CIE-10 las descripciones clínicas, las pautas para el diagnóstico y la presencia o ausencia del síndrome somático no se especifica en el episodio depresivo grave, puesto que se supone que está presente en la mayoría de los casos. Sin embargo, con fines de investigación puede ser conveniente permitir la codificación de la ausencia del síndrome somático en el episodio depresivo grave. En la CIE-10 se mencionan los siguientes tipos:

- Episodio depresivo leve.

Suelen estar presentes dos de tres síntomas del síndrome somático. El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

- Episodio depresivo moderado.

Normalmente están presentes cuatro o más de los síntomas del síndrome somático y es probable que el paciente tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

En este episodio son típicas la pérdida de la autoestima y las ideas de auto desprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas somáticos.

Nota diagnóstica: Si son notables la agitación o lentitud, es probable que el paciente no esté dispuesto o ser incapaz de describir con detalle muchos síntomas. A pesar de ello, una valoración global de episodio grave está justificada en tales casos.

- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

En este episodio existe la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, lentitud psicomotriz o estupor suficientemente grave, que imposibilitan las actividades sociales ordinarias. La vida del paciente puede estar en peligro por riesgo de suicidio, deshidratación o inanición. Las alucinaciones y las ideas pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo. A este episodio se debe incluir la sintomatología de la depresión grave (CIE-10, 1994).

## **TRATAMIENTO**

Los tratamientos y los métodos de intervención han ido evolucionando de acuerdo al momento histórico en el que han sido elaborados los cocimientos predominantes, y a los avances científicos correspondientes a cada época, utilizando desde limpias y exorcismos hasta la psicoterapia, la farmacoterapia antidepresiva, el tratamiento electroconvulsivo (TEC), o la psicocirugía. En la actualidad inclusive se puede analizar la efectividad en la aplicación de cada uno de los modelos teóricos en el tratamiento de la depresión (Hidalgo, 1998).

En ese sentido, (Calderón, 2001), explica que el tratamiento psicológico que requiere el enfermo puede incluir el psicoanálisis, la psicoterapia médica y la relación medico-paciente, enunciados del más complicado al más sencillo. Estos conceptos con frecuencia son confundidos, incluso por los médicos, todos actúan por mecanismos psicológicos,

pero el entrenamiento necesario para efectuarlos, el tiempo que requieren para ser impartidos y su costo son completamente diferentes en cada uno de los casos.

La depresión no es el campo más adecuado para el psicoanálisis, por lo que debe reservarse para otro tipo de problemas. La psicoterapia médica debe ser efectuada por un médico o un psicólogo cuyo entrenamiento este especialmente orientado a terapias breves, que son las mas útiles para estos enfermos. El simple y a la vez complejo acto médico de prescribir un medicamento implica también el desarrollo de una acción psicológica de resultados benéficos o perjudiciales para el enfermo, dependiendo de cómo maneje el médico esta situación. Esta positiva influencia terapéutica se conoce con el nombre de relación medico-paciente, y es una de las bases del éxito en el tratamiento de cualquier enfermedad. Una buena relación de este tipo constituye el 50 % del éxito en el tratamiento del enfermo deprimido. Por lo que se refiere a la terapia farmacológica Calderón, hace hincapié en que los medicamentos antidepresivos tardan de dos a tres semanas para que se pueda apreciar la mejoría, y que una correcta colaboración del paciente y de sus familiares es indispensable en el lapso crítico en que la medicación sintomática no actúa más que en los casos de angustia real, que son los menos frecuentes. Como toda terapia de apoyo, ésta relación debe estar debidamente apuntalada por un buen tratamiento farmacológico, ya que por favorable que haya sido la influencia terapéutica del medico sobre el enfermo, su efecto es limitado cronológicamente, y al menos que se presente una mejoría real del cuadro, su efecto se deteriora y desaparece en poco tiempo. Esa situación es muy evidente en los casos en que el paciente manifiesta “haberse sentido muy bien durante la primera semana, pero mas molesto durante la segunda o tercera” es notorio que la primera mejoría no se debía al tratamiento de fondo administrado, sino a la buena impresión causada por el médico.

Este apoyo emocional, muy útil para todos los enfermos, es especialmente significativo para un deprimido, por lo general incomprendido, mal atendido por los médicos y familiares, y además pesimista, inseguro y temeroso de todo y de todos. Un trato afectuoso de un profesional que conoce el problema, que lo comprende y que si es necesario utiliza la firmeza, representa apoyo decidido en su quebranto y esperanza de alivio en su dolor.

Los tratamientos más usados en la depresión son la farmacoterapia, el tratamiento electroconvulsivo, la psicoterapia y la psicoterapia de apoyo. El interés de este trabajo estará basado prácticamente en la psicoterapia y específicamente en la psicoterapia de apoyo. (Calderón, 2001)

- Psicoterapia.

Huerta, (citado en Chinchilla, 1999) denomina psicoterapia al conjunto de técnicas específicas (en función de distintas teorías del psiquismo) que tratan de cambiar mecanismos (cogniciones, conductas, sentimientos) patológicos en el enfermo psíquico. Aunque inespecíficamente, se pueden considerar terapéuticos muchos actos cotidianos en la relación medico-paciente, como lo es el propio encuentro del paciente con su médico y todas las variables intersubjetivas puestas en marcha, en ésta relación la psicoterapia puede desempeñar un papel vital en el proceso curativo. La información, la aproximación empática firme, el disipar concepciones erróneas, falsas creencias, malentendidos sobre la enfermedad, su origen o el tratamiento pueden disminuir en gran medida la angustia del paciente y deben considerarse elementos básicos del tratamiento. Wanadoo, (2001) informa que para la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, la psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de

cambios en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Esta concepción no presupone una orientación o enfoque teórico definido. La misma asociación, define a la psicoterapia, como el tratamiento de naturaleza psicológica, que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales. Se lleva de acuerdo a una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, con la finalidad de liminar el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente.

- Psicoterapia de apoyo.

Beck, (1976) explica que varios autores han descrito con detalle diversos métodos empleados como tratamiento de apoyo en la depresión y tal parece que hay concordancia de opiniones. Los conceptos que aparecen a continuación reflejan los procedimientos generalmente aceptados:

Tranquilización. Los diversos autores concuerdan en la importancia de subrayarle al paciente que la depresión es un padecimiento que se cura por si solo, para combatir la creencia de que nunca mejorará. Para lograrlo Kranies, (citado por Beck, 1976), explica a los pacientes, tanto los factores que intervienen en la depresión como la evolución y concluye diciendo “Lo que usted debe recordar es que este agotamiento puede ceder y cederá. Usted va a necesitar paciencia y tendrá que cooperar. No será fácil, y tomara tiempo, pero se va a recuperar”. De esta forma, la mayoría de pacientes se sienten confortados, respaldados y animados al recibir una explicaron directa de su enfermedad y la seguridad de su recuperación.

Ayd (citado por Beck, 1976), hace hincapié a los pacientes diciéndoles que aunque pueden tardar semanas o meses en sanar por completo, no quedaran en su nivel actual de depresión, sino que se sentirían cada vez mejor. También informa que una vez recuperados, muchos pacientes comentan que su confianza en la promesa de recuperación y en las constantes afirmaciones del medico evitaron que se suicidaran e hicieron mas tolerable su existencia.

Beck, (1976), ha encontrado que las afirmaciones optimistas sobre la evolución final de la enfermedad pueden animar al paciente a aumentar su actividad y ayudar a neutralizar el pesimismo que invade toda su vida. En las depresiones leves o moderadas, tales predicciones positivas pueden tener un notable efecto favorable, pero los pacientes con depresión intensa pueden recibirlas con escepticismo y no ser influidos por ellas.

A menudo, el terapeuta puede ayudar y tranquilizar al paciente acerca de otras falsedades y preocupaciones, como por ejemplo, que será incapaz de sostener a su familia, que no será capaz de satisfacer las menores necesidades de la vida, o que su salud física está empeorando rápidamente. Alentándolo adecuadamente, a menudo el terapeuta puede aumentar la confianza del paciente en sí mismo y contrarrestar su desesperanza.

La tranquilización debe hacerse juiciosamente y teniendo en cuenta cómo la interpreta el paciente. Una expresión franca y cordial del terapeuta puede ser considerada por el paciente como una manifestación de hipocresía o insensibilidad y aumentar su desesperanza.

Otra técnica que a menudo ayuda a contrarrestar la baja autoestima y el sentimiento de desesperanza del paciente es encontrar sus logros positivos. Si se le deja hablar

espontáneamente, es probable que el paciente solo relatara sus fracasos y experiencias traumáticas. En cambio, el terapeuta puede facilitar una apreciación más realista del pasado y elevar la autovaloración del paciente llevándolo con habilidad a describir detalladamente sus éxitos.

Catarsis. Conviene hacer que el paciente deprimido comente las situaciones y relaciones de su vida que lo están molestando, pues en ocasiones le ayuda poder expresar sus problemas y sentimientos a una persona tolerante y comprensiva. Algunos pacientes no se atreven a comentar sus problemas a los parientes o a sus mejores amigos porque temen que los criticaran por quejarse o que se sentirían humillados al admitir que tiene problemas emocionales. Tienden a considerar que tener esos problemas es signo de debilidad y defectos de carácter.

Algunos pacientes deprimidos sienten un considerable alivio después de comunicar sus sentimientos y preocupaciones al terapeuta. La liberación emocional producida por el llanto origina en ocasiones un notable alivio de los síntomas. Sin embargo, los pacientes muy deprimidos pueden reaccionar negativamente a la expresión de sus sentimientos, pues después de discutir sus problemas pueden sentirse no solo más abrumados e impotentes, sino además, humillados por haberlos expuesto.

Orientación y modificación del medio. En muchos casos resulta evidente la necesidad de hacer algún cambio en las actividades del paciente, y el médico puede utilizar la relación terapéutica para inducir a éste a modificar su rutina. Por ejemplo, puede actuar como un catalizador para que cambie la preocupación por sí mismo por algún interés en el mundo que lo rodea, o puede sugerirle actividades recreativas, manuales, intelectuales o artísticas apropiadas.

Los pacientes muy deprimidos que no pueden continuar sus ocupaciones habituales son auxiliados a menudo si se les proporciona un programa de actividades diarias bien estructurado. Estos pacientes sufren una falta de organización, dirección y motivación. Si se les dejara solo se quedarían con mucha preocupación en su mismo lugar. Un programa diario de actividades por horas proporciona una estructura tangible y tiende a contrarrestar los deseos regresivos y evasivos. Además, ese programa ayuda a estos pacientes a movilizar motivaciones constructivas y a dirigir su pensamiento hacia metas externas. En pocas palabras, representa tanto una fuerza integrada como un alejamiento maduro de la depresión.

Por lo que se refiere a las intervenciones psicológicas en los hospitales, (Riedman et al. 1966; citado en Beck, 1976) explican que es una forma más extremada de modificación ambiental, y está claramente indicada cuando existe un gran riesgo de suicidio. Además, el hospital no solo saca al paciente de las tensiones domésticas, sino que puede proporcionar un régimen terapéutico que no puede recibir en su casa. Se ha demostrado que un programa estructurado de terapéutica ocupacional, terapéutica recreativa y psicoterapia de grupo e individual reduce la duración de las depresiones psicóticas

Chinchilla, (1999) plantea que si existiera una intervención práctica, inespecífica y eficaz en el tratamiento de la depresión, sería de menor complejidad y más asequible para aquellos profesionales sin una formación específica en una orientación determinada, porque la psicoterapia de apoyo o directiva puede ser de interés para el médico de atención primaria. Además de entablar una buena relación de comprensión y confianza con el paciente, la psicoterapia de apoyo supone (en su nivel más complejo) una sistematización de una serie de normas (muy ligadas al sentido común) que buscan hacer comprender tanto al paciente como a su familia la naturaleza de la enfermedad y, de esta

manera, por un lado, evitar comportamientos o actitudes que entorpezcan la recuperación y, por otro, favorecer al mismo tiempo (según sea posible) que la persona utilice sus propios recursos para acelerar la curación.

### Psicoterapia de grupo

Vinogradov y Yalom, (1996) concluyen, que aunque el alcance de la practica actual de la psicoterapia de grupo es muy amplia, en los últimos años la educación psiquiátrica dominante ha reducido el énfasis puesto en la enseñanza y en la práctica de la psicoterapia de grupo. No obstante, la terapia de grupo es una forma de tratamiento ampliamente practicada porque se emplea en gran número de escenarios con un probado grado de eficacia.

También informan, que un gran número de pacientes psiquiátricos asisten a grupos especializados de tratamiento. En el contexto de la asistencia sanitaria va en aumento el empleo de grupos educativos y de apoyo para familiares y para los individuos que padecen enfermedades concretas. Los grupos educativos para la diabetes, los grupos para ayudar a los cónyuges a afrontar la enfermedad Alzheimer, los grupos de apoyo para enfermos de cáncer y otros, son tan sólo algunos ejemplos de una modalidad cada vez mas frecuente de intervención psicosocial. La terapia de grupo es una modalidad sin comparación de psicoterapia porque se apoya en una herramienta terapéutica muy poderosa, es decir, en el escenario grupal. El poder de este instrumento proviene de la importancia que tienen las interacciones interpersonales en nuestro desarrollo psicológico.

En el siguiente capitulo se demostrará la alta prevalencia que se presenta en la diabetes mellitus, asociada o adicionada con padecimientos emocionales como la depresión.

## **CAPITULO III**

### **DIABETES MELLITUS ASOCIADA A DEPRESION**

#### **INTRODUCCION**

Los factores que influyen en la respuesta emocional al diagnóstico de diabetes y su tratamiento incluyen la edad, personalidad, autoestima, creencias sobre la salud, ambiente social, nivel económico, y otros. Por esa razón algunos pacientes ante el diagnóstico reaccionan con negación, enojo, hostilidad o depresión antes de aceptar el reto que implica el tratamiento (Zorrilla, 2003). El seguimiento de las complicaciones en los pacientes diabéticos ha encontrado la asociación de un síndrome depresivo que se incrementa cada vez más en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Pero desafortunadamente en la mayoría de los casos el médico pasa por alto el aspecto psicológico de la enfermedad y se dedica únicamente al tratamiento farmacológico, físico y la dieta. Probablemente sea debido a que algunos aspectos somáticos de la depresión simulan los síntomas del descontrol metabólico (Padgett, 1993; citado en Fuentes, 1988). Sin embargo, (Zorrilla, 2003), considera que es alarmante el alto índice de pacientes deprimidos no diagnosticados que no reciben tratamiento específico. Por eso argumenta que es de suma importancia que el médico identifique los conceptos del paciente acerca de la salud en general y sobre el tratamiento médico, y que trate de corregir los conceptos erróneos antes de diseñar el plan de atención individual para el paciente diabético.

En la investigación de este estudio se realizó la búsqueda, de diversas evaluaciones e intervenciones en torno a la asociación que se presenta entre la diabetes mellitus y la depresión, y otros trastornos emocionales, corroborando que la literatura mexicana

coincide con lo que destaca la literatura universal, al informar que es elevada la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos y la relevancia de los altos índices de morbilidad y mortalidad en este tipo de pacientes (Téllez, 1999).

En los estudios o evaluaciones psicológicas que a continuación se plantean se encontró que fueron realizadas por psicólogos y profesionales de la salud en el tema que nos ocupa, en éstas, se aplicaron técnicas, procedimientos o métodos que corresponden a los diversos modelos teóricos de evaluación o intervención psicológica.

### **ALGUNOS ESTUDIOS DE ESPECIALISTAS EXTRANJEROS**

Tellez, (1999), cita los resultados de los diversos autores que a continuación se describen:

Murrell, (1983) identificó la prevalencia de depresión en una población azarosa de 2517 sujetos. El 13.7 % corresponde a los hombres y el 18.2 % a las mujeres. Los factores asociados a la depresión son edad avanzada, bajo nivel escolar, viudos, viviendas no urbanizadas, bajos ingresos económicos y enfermedades asociadas de tipo renales, diabetes mellitus, cardíacas, infartos cerebrales y padecimientos pulmonares.

Mazze, (1984) demostró que la presencia de trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad se asocian a un pobre control glicémico.

Fava, (1987), observó que la depresión puede ponerse de manifiesto antes de que lo hagan otros signos y síntomas de numerosas enfermedades somáticas. Los síntomas depresivos y otros de tipo psicológico pueden ser las primeras manifestaciones de diversas enfermedades e incluso antes de que se manifiesten los clásicos síntomas y signos endocrinos.

Wells, (1989) informó que la presencia de depresión en pacientes diabéticos tiene consecuencias en su control metabólico y por lo tanto en su calidad de vida.

Mendoza, (1989) evaluó la frecuencia de depresión del 39 % en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la ciudad de México, frecuencia que es considerada notablemente alta y al parecer en nuestro medio la mayoría de las veces esta condición no se diagnostica, como lo documenta un estudio donde se evaluó la frecuencia de depresión en pacientes en general, que acudían a una unidad de primer nivel de atención y en donde se identificó una frecuencia de 36 %.

Lloyd, (1992) demostró que los pacientes diabéticos con un mayor número de complicaciones crónicas de la enfermedad, se asociaba con una mayor sintomatología de depresión y una peor calidad de vida.

Lustman, (1992) evaluó un grupo de pacientes diabéticos con depresión de manera inicial y en los cinco años posteriores, demostrando que 63 % de los pacientes habían tenido episodios de depresión en el último año y en la reevaluación 43 % de los pacientes del grupo inicial tenían criterios para el diagnóstico de depresión nuevamente. Lo anterior demuestra que la depresión en los pacientes diabéticos es un proceso crónico y con riesgos de recaídas frecuentes.

Lustman, (1992) identificó en pacientes diabéticos algunas características, a través del seguimiento de 5 años, observó que la edad e inicio de depresión en los pacientes diabéticos es a los 21 años en pacientes con diabetes mellitus insulino dependiente y a los 28.6 años en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente, también observó que los pacientes diabéticos con depresión presentan al menos de 4 a 6 episodios de depresión al año y determinó que en pacientes diabéticos tipo 1, el inicio de la depresión muchas veces precede al inicio de la diabetes.

Gavard y cols,(1993) llevó a cabo una revisión de 20 artículos que evaluaban depresión en pacientes anglosajones con diabetes mellitus, la frecuencia de esta entidad osciló entre 8 y 27 %.

Jacobson, (1993) se percató que en la mayoría de los pacientes diabéticos con depresión casi siempre existe una historia familiar de depresión de primer grado y casi siempre es más común en mujeres.

Amato, (1996) estudió la prevalencia de depresión en una población de 1339 pacientes de edad avanzada. El 14.7 % de estos pacientes padecía diabetes mellitus de los cuales el 15.9 % son mujeres y el 8.1% son hombres. Al analizar los factores asociados a la depresión se encontró que los pacientes con diabetes mellitus tienen mayor riesgo de padecer depresión. Otros factores asociados fueron: edad avanzada, vivir solo, enfermedades concomitantes (hepáticas, pulmonares, articulares y neoplásicas).

Ojeda, (2000), cita los resultados de otro grupo de autores extranjeros, que a continuación se describen:

Quillet, (1973) indica que el diabético será acompañado de su enfermedad toda la vida, que la lucha por la vida será áspera, que los problemas de comportamiento relacionados con la enfermedad, provocan rechazo y susceptibilidad a la depresión.

Chávez, (1992) plantea que en los pacientes diabéticos se presenta frecuentemente la depresión, tanto en el período de duelo que se acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implican el manejo de la enfermedad, posteriormente se presenta cuando se manifiestan complicaciones de larga duración propias de este tipo de pacientes.

Fester, (1992) aclara que el diagnóstico de depresión en pacientes diabéticos resulta difícil ya que las manifestaciones físicas, como la fatiga, hiporexia, trastornos de memoria se superponen a las de la diabetes.

Goodnick, (1995) aclara que la depresión es una de las complicaciones de las enfermedades crónicas y que es particularmente común en los pacientes con recién ataque al corazón (45 %), pacientes hospitalizados de cáncer (42 %), pacientes con esclerosis múltiple (40 %), y diabetes mellitus (33 %).

García, M. (1995) afirmó que la ansiedad y la depresión, son características del patrón de la personalidad del diabético.

Eaton, (1996) observa que la depresión por sí sola, incrementa el riesgo de padecer diabetes mellitus, tal como lo confirma un estudio realizado en 1981 en la Universidad Baltimore Maryland USA, de aquí la necesidad de un diagnóstico temprano de depresión.

Helmuth, (1998) notificó que en la población general, el porcentaje de depresión es de 10 al 25 % para las mujeres y del 5 al 12 % en los hombres. Y que la prevalencia de depresión en la comunidad diabética es mucho mas alta, ésta fluctúa entre el 25 a 33 por ciento.

## **INVESTIGACIONES NACIONALES**

En ésta segunda parte, se describen los resultados de los estudios realizados por diversos autores, en torno a la variedad de conductas que caracterizan a los pacientes diabéticos y que de alguna forma se asocian con los trastornos del estado de ánimo:

Botello, (1977) observo que en las pacientes con diagnostico de diabetes mellitus gestacional existe un fenómeno de habituación a la depresión, situación que impide la

detección de este trastorno emocional a través del inventario ansiedad rasgo estado (IDARE)

Carrillo, (1989) valoró las reacciones a la frustración de un grupo de pacientes diabéticos juveniles, los resultados mostraron que los sujetos tienden a presentar agresión defensiva con el objeto de salvar su ego ante las amenazas y ofensas recibidas, comportamiento que se complica por la alta carga de tensión y ansiedad que es contingente con la clínica de cambios fisiológicos y psicológicas propios de la edad.

Fuentes (1998) confirmó la prevaecía del síndrome depresivo manifestado en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente otorgándoles el manejo y apoyo médico especializado que requerían. La escala de depresión Zung fue la que se aplico en este estudio a través de la cual se obtuvieron los grados de este trastorno psicológico.

Velásquez, (1999) destacó que en los pacientes diabéticos existe el grado mayor de irracionalidad, así como los altos índices de ansiedad y depresión, en comparación con los sujetos prediabéticos y físicamente sanos. La entrevista, los inventarios Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), inventario de depresión Debecil y el de ideas irracionales de Jones, 1968, fueron los instrumentos que se utilizaron en esta investigación.

Ojeda (2000) a través de un estudio observacional y con el auxilio de la escala Zung, se corroboró la incidencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, concluyendo que estos caen en periodos diversos de depresión al considerar que es poco lo que se puede hacer por ellos por tener un padecimiento que no se puede curar y solamente controlar. La población de éste estudio mostró una incidencia significativa (37.5%), destacando la depresión de moderada a severa con predominio en el sexo femenino.

Munguia, (2001) demostró que el Modelo Transtéorico de Prochaska y DiClemente (1982), no sólo describe las fases motivacionales de las personas en vías de cambio de

hábitos, sino también presenta los procesos que permiten una evolución más sencilla hacia el abandono de costumbres patógenas. Los resultados del estudio corroboran que se consiguió el cambio motivacional que regula la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus no insulino dependientes.

Téllez, (2001) identificó la frecuencia de depresión en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y los factores asociados a su presencia. Los resultados reportan que la frecuencia fue alta (39%). Destaca como variable asociada a la depresión un nivel alto de glicemia en la última consulta, así como el promedio de las últimas 5 glicemias. En esta evaluación también se destacaron otras asociaciones como la presencia de enfermedades concomitantes, el sexo femenino y ser viudo o divorciado.

Suárez, (2001) demostró desde el punto de vista médico que los pacientes identificaron los signos y síntomas de su enfermedad y sus posibles consecuencias. En el aspecto psicológico identificaron emociones, como el miedo al diagnóstico debido a que pensaron en la muerte, algunos sintieron angustia y temor por no conocer la enfermedad, tristeza al pensar en la familia y depresión por tener que cambiar su ritmo de vida. Esas emociones se presentaron más en pacientes con menos de cinco años con la enfermedad, que los que tenían más tiempo por desconocer la enfermedad.

Ibarrola, (2001) estudió la personalidad normopata en los enfermos con diabetes mellitus tipo 2. Esta personalidad psicopatológica con manifestaciones de normalidad, muestra tener los mecanismos necesarios para que el individuo pueda adaptarse a todas las circunstancias de la vida por más adversas que éstas sean. Los pacientes con esta personalidad mostraron caminos de difícil solución ya que en la mayor parte de su vida han negado los conflictos. No se encontraron diferencias clínicamente significativas entre grupos diabéticos y sin diabetes.

Oviedo, (2001) diseñó un instrumento psicológico (Cuestionario Oviedo Fernández sobre Aspectos de Salud, COFAS) para evaluar la psicogénesis de la diabetes mellitus no dependiente de insulina y la posibilidad de anticiparse a la presentación de esta enfermedad. En los resultados se describe que el instrumento logró diferenciar y demostrar la coexistencia de factores de personalidad, de riesgo y sintomatología característicos en una población de diabéticos, lo que constituye una aportación original en el ámbito de la psicología de la salud.

Lobato, (2002) manejó el inventario de calidad de vida y salud (INCAVISA) y el inventario de ansiedad Beck (BAI), para evaluar la adherencia terapéutica y bienestar del paciente diabético, revelando ganancias clínicamente satisfactorias en la mayoría de las categorías conductuales y de bienestar para la mayoría de los pacientes.

Cortázar, (2003) examinó el efecto de una intervención cognitivo conductual sobre el mejoramiento de la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y los niveles de glucosa en sangre de un conjunto de pacientes diabéticos. Dando como resultado que la mayoría de los participantes mostraron cambios positivos en el tratamiento y en los niveles de glucosa en sangre.

Sánchez, (2004) logró alcanzar un verdadero resultado aplicable a los tratamientos de la diabetes mellitus como un proceso psicodinámico, no sin antes revisar a conciencia los posibles orígenes del padecimiento así como poner las bases para que el psicólogo puede valerse para atender una persona diabética.

Si por alguna razón específica fuera necesario analizar las características que tienen en común la diabetes mellitus (enfermedad somática) y la depresión (enfermedad mental) se podría decir, que son los padecimientos que más trastornos provoca a la humanidad, con mayor prevalencia en los países y localidades más desarrolladas, que poseen los índices más altos de mortalidad y con mayor predominio en el sexo femenino, además, que en la

mayoría de los casos se hacen dependientes de su familia. En cuanto a las diferencias que existen entre ambos padecimientos, la depresión puede ser pasajera o de corta duración y la diabetes no tiene curación por ser cronicodegenerativa. El grupo de edad para la diabetes es entre los 45 a 64 años de edad y para la depresión se puede presentar en cualquier momento. Por la gravedad que significan todas esas semejanzas, se debería contemplar la posibilidad de que estas enfermedades, se atendieran oportuna e integralmente, para modificar las conductas que de alguna manera se le adjudica a los pacientes diabéticos como parte de una supuesta personalidad, repleta de factores psicosociales y de actitudes y creencias. El avance que se logre en los objetivos del control metabólico estará condicionado con la práctica frecuente de las terapias conductuales.

## **CAPITULO IV**

### **CRISIS Y DUELO ANTE EL DIAGNOSTICO Y POSIBILIDADES DE INTERVENCION**

#### **INTRODUCCION**

El paciente con diabetes mellitus tipo 2, es más que un organismo que requiere corrección de los factores que vuelve insuficiente el efecto de la insulina disponible. Es una persona con emociones propias que la enfermedad afecta y además es miembro de una comunidad que puede cambiar su actitud hacia él precisamente porque padece diabetes (Zorrilla; citado en Lerman, 2003).

Cuando una persona es diagnosticada de una enfermedad como la diabetes, los demás aspectos de su vida se ven seriamente afectados y es necesario intervenir de forma integral para restablecer el máximo posible la salud. Situación que obliga a diseñar un modelo de intervención psicológica para que el paciente recién diagnosticado y secundariamente a su familia, conozcan, el propósito de evitar la aparición de conductas desadaptadas o problemas emocionales que compliquen la pérdida de la salud (Díaz, 1997). Pero desafortunadamente una de las problemáticas más complejas de salud mental es la falta de un apropiado abordaje, que facilite los niveles deseables de adaptación psicosocial, por lo tanto, ésta será una tarea permanente para las instituciones de salud gubernamentales y de profesionales independientes que ofrecen servicios asistenciales y terapéuticos. Y dada la complejidad o gravedad de las enfermedades somáticas, el personal interdisciplinario (medico-psicológico) debe actuar lo más oportunamente posible (García, 2003). En ese orden de ideas, en éste capítulo se expondrán los aspectos generales de algunos trastornos emocionales que

frecuentemente se presentan en los pacientes que conocen el diagnóstico de su enfermedad, motivo de desequilibrio y complicaciones para la salud.

## **CRISIS**

Slaikeu, (1996) plantea que el estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales y sociales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores). También describe que las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas y su rasgo más sobresaliente se apoya en algún factor ambiental. Las experiencias individuales de la pérdida de seres queridos en un desastre natural (incendio, inundación), y quienes son víctimas de crímenes violentos (asaltos, violaciones) son ejemplo de crisis inducidas por situaciones circunstanciales. Esta categoría también incluye las crisis que se centran en sucesos como cambios de residencia, divorcios y desempleo. En lo que se refiere a las crisis de desarrollo, son aquellas relacionadas con el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en la realización de las mismas, se hace posible una crisis. Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, esto significa que muchas de estas crisis son predecibles puesto que se sabe, con anticipación, que la gente tiene etapas decisivas que enfrentar en diversas ocasiones de sus vidas, como cuando se pierde la salud por una enfermedad como la diabetes mellitus.

García, (2003), expone que la crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. En determinado momento de la vida, de casi todos los seres humanos, se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente, los ubicaría en riesgo de padecer graves problemas psicológicos. Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vitalmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. Esto es que el individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, que lo inhabilita aún más para encontrar una solución.

Taplin, (1971, citado en Slaikeu, 1996) detecta en el proceso de crisis, una clave cognoscitiva que permite al individuo percibir el suceso que da lugar a la afectación, en especial forma cuando el suceso incide en la estructura existencial de la persona acerca de la vida, lo que hace que la situación sea crítica.

Millere, (1963, citado en Slaikeu, 1996), precisa que la desorganización y desequilibrio que experimenta el individuo, son los aspectos más obvios de la crisis en el trastorno emocional grave, ya que manifiestan sentimientos de tensión, ineficacia y desamparo.

Una parte en la desorganización del estado de crisis es la vulnerabilidad y sugestibilidad del individuo (Taplin, 1971). Esto también se conoce como reducción de defensas, es

decir que cuando un individuo ya no es capaz de salir adelante y le parece que todo se ha desintegrado, es casi como si no quedara nada por defender. En la estructura cognoscitiva de Taplin, la sobrecarga del suceso precipitante deja a la persona confundida y abierta a las sugerencias. Los clínicos informan que en ciertos momentos, durante el estado de crisis, los pacientes están listos para nuevas conceptualizaciones que los ayudaran a explicarse los detalles del conflicto, y a entender que pasó o está pasando (Halpern, 1973; citado por Klaikeu, 1996). Como (Tyhurst, 1958; citado en Slaikeu, 1996), aclara que esta vulnerabilidad, sugestibilidad o reducción de las defensas es lo que produce la oportunidad de cambio que caracteriza a las crisis vitales.

Según, Erickson (citado por García, 2004), propuso el concepto de que la crisis no solamente contiene un potencial patológico sino que también es una oportunidad de crecimiento y desarrollo. De manera que a la vez que la crisis representa un riesgo, también implica una oportunidad. Las aproximaciones teóricas de (Lindemann, citado por Gracia, 2004), permitieron desarrollar las técnicas de Intervención en Crisis. Dichas aproximaciones se refieren al mantenimiento de la Salud Mental y a la prevención de la desorganización emocional que está basado en el estudio sobre una comunidad, en donde se observaron las reacciones y disturbios emocionales subsecuentes a determinados eventos sociales

Lindemann y Caplan (citados en García, 2004), establecieron un programa de Salud, donde precisaron los aspectos más importantes de la Salud Mental que son: *el estado del yo, la etapa de maduración en la que se encuentre y la cualidad de su estructura de personalidad*. Así mismo, menciona que para evaluar dichos aspectos del yo, es necesario basarse en las siguientes áreas:

- 1.- La capacidad de la persona para tolerar el estrés y la ansiedad, sin perder el equilibrio.

2.- El grado que tiene la persona para reconocer la realidad y enfrentar los problemas.

3.- El repertorio de mecanismos que tiene la persona y que mantienen su equilibrio biopsicosocial.

### **PRINCIPIOS CLINICOS DE LA INTERVENCION EN CRISIS ( KARL A. SLAIKEU, 1996)**

- Oportunidad: La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar de 1 a 6 semanas (Caplan, 1964). Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento (lo mismo de actitud que conductual) para enfrentarse con las circunstancias de la vida.
- Metas: ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.
- Valoración: Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas (CASIC) implicados en la crisis. La información acerca de qué está mal en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional. Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis.

## **INTERVENCION DE PRIMERA Y SEGUNDA INSTANCIA (KARL A. SLAIKEU, 1996)**

Los Primeros Auxilios Psicológicos, o de intervención en crisis, de primera instancia, abarcan la asistencia inmediata y de modo usual lleva sólo una sesión. Los Primeros auxilios psicológicos pretenden de manera primordial proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda. Aún más esto puede y debería ejecutarse por parte de las personas que perciban la necesidad, en el momento y lugar en que aquella surge.

La intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis, por otra parte, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y, en cambio, se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro.

## **LOS CINCO SUBSISTEMAS DE LA PERSONA: PERFIL CASIC (MODALIDAD Y VARIABLES).**

1.- Conductual. Actividades y conductas manifiestas. Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión. Habilidades para resolver conflictos o salir de situaciones de gran tensión. Gama de conductas agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).

2.- Afectiva. Emociones sentidas con más frecuencia. Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc; adecuación, distorsión o negación de los afectos a las circunstancias.

3.- Somática. Funcionamiento físico general, salud, enfermedades relevantes actuales y pasadas. Sensaciones placenteras o dolorosas experimentadas. Influencia del consumo de sustancias y alimentos. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.

4.- Interpersonal. Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de escuela o trabajo; identificación de síntoma sistémico; fortalezas y problemas interpersonales, número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; Habilidades sociales, papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)

5.- Cognoscitiva. Manera de dormir y sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales distorsionada acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes pensamientos: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Recuerdos, ideas e imágenes de incomodidad recurrentes

## **DUELO**

El proceso con el que elaboramos nuestras pérdidas se llama duelo. Tarde o temprano, con más o menos dolor, toda la gente ha llegado a saber que las pérdidas son una condición humana de toda la vida. La manera en que se asuma el duelo dependerá de lo que se percibe como pérdida. Dependerá de la personalidad, la historia individual, y las circunstancias o situaciones en que se presente. Sin dejar de lado la historia familiar y cultural de cada país. La pérdida puede ser de un ser querido, el divorcio, la ruptura de amistad, el empleo o trabajo, la destrucción de la casa- habitación por fenómeno natural, el abandono del hogar, la fortuna, pérdida de la salud por enfermedad incurable (Pérez, 2005).

La propia naturaleza del fenómeno, es un asunto que a todos nos involucra, pues de algún modo nos sentimos identificados con sus manifestaciones al haber experimentado en algún momento de la vida la pérdida o separación de algo o alguien significativo. En el ámbito psicológico se habla del proceso de elaboración del duelo para referirse a toda una serie de acontecimientos a nivel conducta, pensamiento y sentimiento, que sobrevienen posteriormente a una experiencia significativa de pérdida (Albengózar, 1974; citado por Buendía, 2001).

El proceso del duelo es la manifestación de los sentimientos por la pérdida. Este proceso comienza en el momento en que se concientiza la pérdida significativa para una persona y termina cuando se conquista una nueva integración hacia uno mismo (Viorost,1990; citado en Buendía, 2001).

Klein, (1940, citado en Pérez, 2005) menciona que los procesos de duelo en los adultos son una revivencia de los primeros duelos de la vida. La elaboración de éste es la posibilidad que tiene un sujeto que ha perdido a un ser querido o algo específico, de

reinstalar dentro de si a los padres buenos y a las personas recientemente pérdidas o ese algo perdido y reconstruir así un mundo interno que se ha desintegrado. Esta reparación llevará finalmente a vencer la pena, ganar una nueva seguridad y lograr armonía y paz verdadera.

El abordaje del duelo radica de manera general en identificar oportunamente los factores que pueden influir en el proceso, ya sea favoreciendo su elaboración o por el contrario impidiéndolo, solo así habrá beneficios para el doliente como para los que se encuentran alrededor y para el medico o el psicólogo que interviene (Buendía, 2001).

## ETAPAS DEL DUELO

Para fines prácticos se seleccionaron y analizaron los enfoques de varios autores que han hecho investigaciones en torno a este contexto, los que permitirán identificar, adecuar o fundamentar mejor el propósito de este trabajo, que consiste en intervenir oportunamente ante el conocimiento de la perdida de la salud por una enfermedad crónica degenerativa como lo es la diabetes mellitus tipo 2, aunque de antemano se sabe que todos esos enfoques comparten gran semejanza, porque la finalidad es la misma.

**Garibay**, (1998; citado en Pérez, 2005) dice que existen cuatro etapas iniciales por las que han pasado todas las personas que han perdido algo a alguien. Y que es motivo de rabia, culpa, depresión y aceptación. Siguiendo el orden de ese proceso, a continuación se explica qué ocurre en el caso de la perdida de la salud por la diabetes mellitus.

1.- Rabia. En cuanto a la persona diabética la persona se da cuenta de lo que ha ocurrido siente dolor y enojo, ya sea en contra del doctor u otras personas y en algunos casos

hasta en contra de Dios. Esta primera etapa es la más dolorosa y la que menos permite pensar con claridad. No hay espacio más que para la ira y el rencor en contra de todo.

2.- Culpa. Una vez terminada la primera etapa aparece el sentimiento de culpa pues se piensa que fue responsabilidad propia la que provocó la diabetes y además puede llegar a pensar que hizo mal porque el daño ya no se puede remediar.

3.- Depresión. Si el paciente diabético continúa pensando que todo fue su culpa y no vislumbra que era algo que tenía que pasar caerá en la depresión y esta puede llevar a hacer cosas realmente inconscientes, además que puede provocar insomnio, cansancio crónico y una inmensa tristeza que a largo plazo que lo llevará a fracasar como seres humanos.

4.- Aceptación y resignación. Finalmente, superadas las tres etapas anteriores se llega a la aceptación y la resignación. En este momento el individuo se percató que se ha recuperado emocionalmente o cuando menos siente más tranquilidad y que su vida puede seguir su marcha.

**Kavanaugh** (1990; citado en Pérez 2005) menciona que son siete etapas las que suelen ocurrir en el proceso de duelo, como es el impacto emocional, desorganización de sí mismo, sentimiento de coraje, sentimiento de culpa, la aceptación de la pérdida o experiencia de soledad, alivio, y el restablecimiento de sí mismo. Si aplicamos cada una de esas etapas al caso de la diabetes mellitus como pérdida de la salud, se puede plantear lo siguiente:

1.- Impacto emocional. Se presenta cuando la gente sabe que ha perdido la salud debido a una enfermedad incurable o cronicodegenerativa. En ese momento la mente bloquea la realidad del enfermo, como si la noticia recibida no estuviera computada en su programa mental y por eso niega la realidad. Se trata de un mecanismo inconsciente de

autoprotección y como un destello de esperanza de estar equivocados. Ante esta situación lo único que se puede hacer, es acompañarlo, escucharlo con empatía, darle afecto, cariño y contacto físico (en ese momento los abrazos tienen más efecto que las palabras). Por esa razón es importante la necesidad de acompañar al doliente

2.- Desorganización de sí mismo. Cuando el paciente diabético impactado le falta claridad sobre la realidad, entonces se presenta la desorganización de sí mismo y las emociones de la persona no responden a su voluntad y hacen contacto con el mundo circundante con cierta distorsión. Estas emociones se expresan generalmente a través del llanto, la charla excesiva o la mudez. Por eso, en esa etapa el doliente no está en condiciones de tomar decisiones importantes y hay que procurar que las posponga. La mejor ayuda que puede dársele es mostrarle que se le acepta tal como se manifiesta porque se le quiere y se le aprecia.

3.- El sentimiento de coraje. Cuando el llanto o hablar excesivamente o la mudez se van tornando en enojo es que se está entrando en la tercera etapa. Esta reacción emotiva de coraje, empieza a sentirse cuando la herida emocional por la pérdida comienza a ahondarse, entonces la persona se rebela contra todo, contra lo que sea, principalmente contra lo que tiene más próximo sean personas u objetos, es un momento delicado porque siente mucho dolor. Enojarse en serio, irritarse, enfurecerse o encolerizarse, es una forma de sentir la injusticia en lo más profundo de uno mismo.

El coraje de la persona que ha perdido la salud es uno de los papeles sociales para el que no estamos preparados, porque es considerado como un comportamiento prohibido. Si se expresa este enojo, se convertirá en ira reprimida y puede manifestarse de diferentes maneras como descuidar el arreglo personal, en parte perder la memoria, falta de iniciativa o en indiferencia que son síntomas de la devaluación de uno mismo. Lo que hay

que hacer es dejar que la persona exprese su enojo para que el ánimo deje de contaminarse y comience a ventilarse.

4.- Sentimiento de culpa. El coraje va disminuyendo en la medida que el enfermo empieza a sentirse culpable, por eso es necesario sacar el coraje. Comienza a recordar con cierto resentimiento lo que hizo o dejó de hacer, lo va recordando desde el fondo de su emotividad herida. Se responsabiliza por los errores que dice haber cometido, y llega a creer que hubiera podido prevenir tal o cual situación o circunstancia y sus pensamientos son repetitivos redundante en la etapa anterior a la pérdida recriminando su culpa, en ese momento es cuando el paciente necesita escuchar palabras reconfortantes de alguna persona muy significativa para él, necesita de una razón para perdonarse, pues mientras no lo haga no podrá liberarse y mucho menos perdonar al otro o a los demás que de alguna manera están involucrados con la pérdida.

5.- La aceptación de la pérdida o experiencia de soledad. Es el momento de sentirse solo, sin la salud de la que antes gozaba. Todo impacto de pérdida se torna en una realidad palpante y constante y un sentimiento de vacío. Entonces se requiere de mucha fuerza y voluntad para ponerse en frente de la pérdida, así la persona tendrá que separarse de aquello, dejarlo ir, por lo tanto tendrá que soltarlo y quedarse mutilado. Esta situación es el momento culminante del duelo. Cuando verdaderamente se acepta la soledad y se pueda vivir con tranquilidad o se pueda vivir mejor que antes, se habrá concluido esta etapa y se estará dando el salto al olvido.

6.- Alivio. Experimentar la sensación de alivio es sentirse libre porque se es libre. La experiencia de alivio se siente al principio ambivalente y contradictorio puesto que se presentan sentimientos que quizás nunca experimentaron o que hacía mucho tiempo no se sentían. Entonces se hace necesario que la persona se de cuenta de ese alivio porque

es la consecuencia de todo el esfuerzo, valentía y voluntad puesto que ahora es consciente de que la salud ya no está y que sigue viviendo.

7.- Restablecimiento de sí mismo. El reintegrarse al mundo que fluye, se lleva a cabo suave y lentamente. Habiéndose sostenido de uno mismo se comienza a tocar los nuevos sentimientos. Se vuelve a vivir, se goza lo presente y se espera con más confianza el futuro, aunque se recuerde lo que pasó podrá recordarse cada vez con menos dolor. A medida que la persona se va restableciendo se comienza a hacer planes y sienten que se merecen vivir la vida sin depender de nadie. La presencia de un amigo o de un consejero da al enfermo apoyo porque es un punto de contacto con la realidad circundante. Al terminar el proceso de duelo, después de haber exteriorizado los sentimientos por aquella pérdida, la persona podrá sentir que es otra, pero lo que ha sucedido es que se ha transformando en otra sin dejar de ser ella misma y esto es precisamente vivir.

**Kübler-Ross**, (1971, citado en Ortiz 2005) es la primera en proponer una forma de intervención psicoterapéutica con respecto a este fenómeno, a pesar de que ella habla específicamente de cómo ayudar al paciente terminal a elaborar el duelo de su propia muerte. Manifiesta que las cinco fases por las que un enfermo terminal atraviesa pueden presentarse también en el duelo por la muerte de un ser significativo. La pérdida de la salud por una enfermedad como la diabetes mellitus también se puede explicar o interpretar siguiendo los pasos de esta intervención.

1.- Negación y aislamiento. En esta primera fase el deseo de que el enfermo conserve su salud impide la aceptación de la pérdida y por ende los individuos tienden a negar la situación real. La realidad les obliga a aceptar y puede ser que se tenga una tendencia a la soledad. La negación puede funcionar como un colchón, ya que al irse dando cuenta de la noticia el sujeto será capaz de poner en marcha otros mecanismos de defensa. En

algunos casos automáticamente pierden el sentido del humor, o prefieren evitar que la gente y sus familiares sepan de su enfermedad.

2.- Rabia o ira. Al no poder sostener la negación surge la ira que de primer momento se manifiesta hacia el exterior de manera irracional y gradualmente se tornará en tristeza y desesperación, que puede manifestarse a través de muchos cuestionamientos, ¿Porque a mi?, ¿Que mala suerte?, por mencionar algunos.

3.- Negociación. Es un breve periodo en el que se trata de llegar a acuerdos con la vida, Dios y los demás, a cambio de recuperar la salud que se perdió. En esta tercera fase, el sujeto tratará de lograr un pacto para eliminar el dolor, esta actitud correspondería a una conducta infantil e irracional. La razón de tratar de negociar consigo mismo, proviene quizás de las sensaciones inconscientes de culpabilidad y el temor a ser castigado por cualquier falla cometida.

4.- Depresión. Al no quedar más remedio que aceptar la enfermedad en forma definitiva sobrevienen la tristeza, la desorganización y la desesperanza, lo cual da paso a la depresión. Esta fase es la de mayor duración, aquí es muy conveniente que se permita a la persona expresar su dolor de la forma en que más lo desee.

5.- Aceptación y reorganización. Es la última fase que se suscita en este lento proceso, aquí el enfermo debe elaborar una redefinición, aprender y modificar roles y habilidades para lograr adaptarse a su nueva situación. Aquí no se trata de lograr una resignación, sino de trabajar para reorganizarse a sí mismo.

Tanto la crisis como el duelo, son dos procesos emocionales intensos que son provocados por un suceso precipitante o por la pérdida de alguien o algo, (como la diabetes mellitus tipo 2) dentro de un escenario circunstancial o evolutivo, hacen consecuente la vulnerabilidad de la personalidad de cada individuo. Sin embargo, ante la

turbulencia de ideas que provocan esos conflictos (diabetes mellitus), el individuo es capaz de adquirir nuevos conceptos que le ayudarán a explicarse paulatinamente el trastorno que le ha afectado, por lo que se puede concluir que el estado de crisis o el duelo no sólo contiene un potencial patológico, sino una oportunidad de crecimiento y desarrollo. Por esa razón, han surgido aproximaciones teóricas que han permitido desarrollar técnicas de intervención psicológica, las que permitirán el mantenimiento de la salud mental y la prevención de la desorganización emocional. Precisamente esas técnicas, tienen como objetivo, conocer todos los datos que pueden ser determinantes en la evolución de la crisis o el duelo (Slaikeu, 1996). Esos datos proporcionan un perfil psicológico que sirve para orientar la intervención del psicólogo, priorizando los problemas detectados que ayudan a saber si hay que enfrentar un proceso aparentemente normal o de riesgo. Por lo que se puede concluir que el papel mas importante como conductor individual o de grupo es anticipar y facilitar un proceso de autoexploración y cambio, permaneciendo fuera de las corrientes que fluyen libremente en los grupos o individualmente o sirviendo como ayudantes de los temas y preocupaciones que emerjan durante el proceso de elaboración (Fernández, y Rodríguez, 2002).

## **PARTICIPACION INSTITUCIONAL EN EL TRABAJO CON EL PACIENTE DIABETICO.**

El diagnostico de diabetes mellitus lleva implícito un pronostico de incredulidad y por tanto de un manejo terapéutico continuo. Esto demanda diversas acciones y decisiones cotidianas para conservar la salud y evitar o retrasar el desarrollo de complicaciones causantes de invalidez e incluso la muerte. Estas condiciones inherentes al estado diabético enfrentan al paciente a la difícil tarea de controlar una enfermedad que requiere

la aplicación diaria de insulina o la administración regular de medicación hipoglucemiante, ajustarse a una dieta y controlar su peso, programar la actividad física, medir sus concentraciones sanguíneas de glucosa, comprender los efectos de la transgresión dietaria y de las infecciones en sus cifras de glucemia e identificar, prevenir y tratar con oportunidad la hipoglucemia y la cetosis, por mencionar algunas de las acciones de la vida cotidiana de estas personas. Un buen control de diabetes tiene mejores perspectivas de lograrse cuando el paciente posee clara información de la naturaleza del padecimiento. Es a través de la educación que el paciente es capaz de incorporar el manejo de la diabetes a su vida diaria y de minimizar la dependencia del médico (autosuficiencia). En términos simples, la educación se debe entender como un proceso de enseñanza-aprendizaje que permite adquirir conocimiento para resolver problemas (Hermida, Barron y Pérez; citado en Islas (1999)).

Haciendo uso de éste marco de referencia, se puede mencionar que el equipo sanitario siempre ha trabajado activamente para conseguir los objetivos de la medicina preventiva en beneficio de los pacientes diabéticos, a través de la educación y capacitación médica. Precisamente en ese rubro se ha destacado la actividad que vienen realizando los grupos interdisciplinarios de salud dentro de los grupos de ayuda y ayuda mutua como parte de la participación institucional en el trabajo con el paciente diabético. Cada institución haciendo uso de sus propias políticas administrativas y financieras, y la práctica de metodologías y técnicas particulares.

#### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con la finalidad de lograr que los derechohabientes con diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión arterial conozcan su padecimiento e identifiquen la importancia de la prevención de complicaciones, se crearon los grupo de ayuda, para que a través de reuniones periódicos (sesiones) reciban la

información profesional y puedan intercambiar ideas y experiencias que les permitan controlar su padecimiento.

La estrategia que se utiliza para favorecer ese control, es la que se implementa a través del proceso educativo y al abordaje integral por parte de los profesionales de salud (médicos familiares, personal de enfermería, estomatólogos, dietistas y trabajadores sociales). Las sesiones informativas temáticas tratadas por esos profesionales son las siguientes:

- 1.- Aspectos generales de la diabetes mellitus y de la hipertensión arterial.
- 2.- Complicaciones de la diabetes mellitus e hipertensión arterial no controlada.
- 3.- Control de la diabetes y de la hipertensión.
- 4.- Plan de alimentación del paciente con diabetes e hipertensión.
- 5.- Importancia de la actividad física sistémica.
- 6.- Manejo de estrés.

La (Guía para la organización del grupo de ayuda, 2002), aclara que en lo que se refiere a la sesión del manejo de estrés (sesión No. 6), lo conveniente es la participación de un psicólogo, si es que existe el recurso en la unidad, o bien, que se concrete el apoyo en algún profesional o pasante de esta rama. En la práctica, esta sesión no se cubre por la falta del personal referido. Por lo tanto el objetivo general de estos grupos, no se cumple integralmente.

El contenido temático de esta sesión (control del estrés), explica que numerosas investigaciones epidemiológicas relacionan el estrés como un factor de riesgo o agravamiento de hipertensión o diabetes, por lo que se deben identificar aquellas situaciones que pueden provocar elevaciones de la presión arterial o los niveles de glicemia. Este argumento podría ser una razón más para demostrar la necesidad de que los psicólogos intervengan en esta sesión. Porque no sólo se trata de aplicar las

instrucciones de las etapas de relajación completa sino que también hay que llevar un control sistemático de registro para evaluar el avance en el control de las situaciones estresantes de cada uno de los pacientes, labor que se considera específica o propia de la intervención psicológica. Si en el marco de referencia de este programa institucional de salud se suma la labor profesional médica y psicológica coordinadamente, los beneficios para los pacientes se proyectarían en la disminución de factores de riesgo y el control de su padecimiento, traduciendo a corto plazo un mejor estado general, la tendencia a la normalización de las cifras metabólicas y/o tensionales, la disminución en el número de consultas no programadas o de urgencias y una posible disminución en la cantidad de medicamentos, a mediano y largo plazo, lograr la ausencia o retraso de complicaciones y el número de envíos al segundo nivel de atención para hospitalización, lo que significa globalmente un mejor estilo y calidad de vida (Guía para la Organización del Grupo de Ayuda de Diabetes e Hipertensión, 2002).

#### GRUPOS DE AUTOAYUDA DE PACIENTES CON SOBREPESO, OBESIDAD, HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS (SOHDI).

Durante el desarrollo de este trabajo de investigación se tuvo la oportunidad de conocer un programa institucional (IMSS), que tiene por objetivo general, lograr cambios en los estilos de vida que favorezcan un mejor nivel de salud, a través de la operación de una estrategia de grupos de autoayuda (SOHDI), en el que participarán los pacientes con sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes con la finalidad de reducir su prevalencia, motivo de grandes problemas de salud pública.

Este programa es reciente (junio del 2005) y está en vías de instrumentarse en las unidades médicas de primer nivel. En la estrategia mencionada, llama mucho la atención que el contenido programático incluye el manejo de los estados emocionales, dejando

esta responsabilidad al trabajador social (coordinador –facilitador). Este personaje precisará transformarse en un tutor eficiente que manifieste la importancia práctica del asunto, sabrá canalizar el entusiasmo para la solución de problemas y resaltará como la persona con conocimientos que hará la diferencia en la vida de las personas. La estrategia propuesta esta diseñada para trabajar cuatro áreas: el área psicosocial (que se le ha denominado manejo de emociones para el cambio), el área nutricional, el área ejercicio físico y el área de aspectos clínicos o de información médica. El medico no se relacionara directamente con los participantes (no expondrá tema), porque será sustituido por las cápsulas informativas de un video. El programa se desarrollará en cuatro sesiones, una cada semana, de dos horas cada una. Desde la segunda semana el coordinador –facilitador y los participantes elegirán a un paciente líder que se encargara de hacer el seguimiento intra o extramuros del programa, comunicándose frecuentemente con los participantes (Guía de Operación, SOHDI, 2005)

Es importante mencionar que el programa SOHDI, guarda cierto paralelismo con la propuesta de intervención psicológica de este trabajo de tesina, la diferencia estriba en que la propuesta de este trabajo, es mas específica por que únicamente se incluyen a los pacientes diabéticos de reciente diagnostico y los que tienen hasta seis meses de padecerla, por lo que se garantiza una mayor identificación y una amplia probabilidad de lograr el objetivo general, porque las reflexiones, sensibilización y análisis que surgen de las dinámicas de grupos tendrán la característica de ser mas autenticas. El contenido temático tendrá mayor peso en el abordaje de los estados emocionales sin que se pierda la esencia de analizar la información técnica médica. Aparte, la responsabilidad de la coordinación estará a cargo del psicólogo clínico. Apoyado por el equipo interdisciplinario (Médico, Nutricionista y Enfermería). Y finalmente se apunta que se practicarán cinco sesiones, de dos horas y media cada una, durante cinco días continuos, para que no se

pierda la continuidad y el paciente acepte con mayor facilidad su enfermedad y consecuentemente exista la gran posibilidad de que se adopte el tratamiento.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, (ISSSTE).

En el ISSSTE, operan los grupos de ayuda mutua para pacientes diabéticos, cumpliendo con la misma finalidad y objetivos que en otras instituciones de salud. Desafortunadamente en este instituto tampoco se da la participación psicológica de manera sistemática, solo circunstancial. El contenido temático es igual al del IMSS, solo con la diferencia de que se realiza en 11 sesiones, una cada mes, de dos horas (Manual para coordinadores de grupos de ayuda del ISSSTE, 2002).

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN" (INCMNSZ).

En el INCMNSZ, siendo el instituto de mayor importancia en la especialidad a nivel nacional, únicamente se manejan grupos de ayuda de tipo educativo para instruir a los pacientes diabéticos con información de tipo medico, en especial forma a los pacientes obesos por tener mayor factor de riesgo. El contenido temático del plan educativo es el mismo que se utiliza en las instituciones anteriormente mencionadas.

La intervención psicológica únicamente se practica con algunos pacientes, a los que se les detecta o identifica clínicamente algún trastorno emocional, la atención es personalizada y se realiza en el departamento de psicología.

## **CAPITULO V**

### **IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y POSIBILIDADES DE INTERVENCION PSICOLOGICA: UNA PROPUESTA PARA GRUPO DE AYUDA.**

#### **JUSTIFICACION**

En nuestro país, el alcance de prevención de la diabetes mellitus tipo 2, no ha sido una labor fácil de realizar, aunque se ha tratado de evitar o postergar la aparición de esta enfermedad y sus complicaciones, se sigue incrementando el número de casos. Por cada muerte que se presenta en este tipo de pacientes, surgen siete nuevos casos, situación que ha generado un gran conflicto epidemiológico por los altos costos que significa para la economía del país. (Moreno, 2001).

Ante tal evidencia y con la idea de reducir la prevalencia, es necesario redoblar esfuerzos para modificar la forma de educar a este tipo de pacientes, la idea de hoy, es comprometerlos para que se hagan activos, de tal forma que esa nueva actividad, forme parte integral de programas terapéuticos, para que las metas se vean más claras incluyendo las responsabilidades específicas de ellos mismos y la de los profesionales de la salud. De tal forma que en los programas orientados a inducir el cambio de conducta, el paso inicial sea la presentación de la información principal sobre el trastorno y el vínculo que guardan algunos estados emocionales con la salud, ya que es importante reconocer que en la mayor parte de los componentes del plan de atención de la diabetes mellitus tipo 2, se exige que el paciente adquiera nuevos hábitos y costumbres (Hermida, et al, citada por Islas, 1999).

Cada vez son más los médicos especialistas en enfermedades metabólicas, los que han detectado la necesidad de tratar los estados emocionales que se asocian a la diabetes mellitus, porque se ha demostrado que en este tipo de pacientes existen actitudes o

creencias y factores psicosociales que a menudo conducen al rechazo o abandono de las conductas que requiere el plan personal terapéutico y que por lo tanto la respuesta emocional al diagnóstico y tratamiento debe ser abordada simultáneamente (Lerman, 2003).

Las principales instituciones de salud de mayor cobertura en nuestro país, como lo son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), conocedoras de la problemática planteada, han implementado grupos de ayuda y de ayuda mutua para diabéticos, con el objetivo de guiarlos y orientarlos en el conocimiento y tratamiento de la enfermedad desde el punto de vista médico, pero desafortunadamente en estos grupos, sigue muy limitada la participación del psicólogo como parte de la atención integral.

La propuesta de intervención psicológica que se plantea en este trabajo, pretende que sea incluida en el programa de los grupos de ayuda para diabéticos, para hacer que los participantes se involucren en un ambiente de trabajo grupal intensivo y dinámico de principio a fin, a través de la sensibilización, análisis y reflexión emanada de las diversas dinámicas de grupos. Dentro de estos programas, se hará la presentación de la información principal sobre el trastorno y el vínculo que guardan algunos cambios de conducta con la salud. Tan bien se incluirán los principios y procedimientos en los que se basa el cambio de conducta.

## **OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general de esta propuesta, es poner a consideración una propuesta de intervención donde la participación del psicólogo junto con el grupo interdisciplinario de salud, actúen oportunamente ante el conocimiento del diagnóstico, pretendiendo incidir en

un adecuado manejo del impacto inicial, de tal forma que la intervención en ese nivel pueda resultar provechosa desde el punto de vista preventivo, ayudando en la elaboración o manejo de crisis ante el impacto del diagnóstico, manejar de una forma positiva el duelo o la depresión asociada a la pérdida de la salud y evitar en lo posible otras complicaciones durante el tratamiento y al mismo tiempo logren integralmente crecimiento y desarrollo.

Objetivos específicos:

- 1.- Apoyar a los pacientes con diabetes mellitus a resolver adecuadamente el estado de crisis en que se encuentren, para que recuperen el equilibrio de su estado emocional y de esa forma aprendan a emplear nuevas reacciones de adaptación que les pueda servir en el control de su enfermedad.
- 2.- Detectar oportunamente algunos aspectos relacionados con el proceso de duelo que padecen los pacientes diabéticos en relación a la pérdida de la salud y además orientarlos en el importante proceso de su elaboración con la idea de que acepte finalmente su enfermedad y adopte una posición que facilite el tratamiento integral.
- 3.- Identificar la depresión que se asocia con los pacientes diabéticos provocada por posibles actitudes o creencias y factores psicosociales que complican el plan terapéutico y promover su manejo adecuado.

Esta propuesta no evita, ni limita la posibilidad de que los pacientes participen posteriormente en nuevos grupos o individualmente para que reciban mayor orientación (psicológica y/o médica) como parte de su tratamiento, ya que se trata de una enfermedad crónica degenerativa.

Los casos agudos o de mayor impacto emocional serán referidos para que reciban una intervención psicológica individual más específica.

## **LINEAMIENTOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION EN EL GRUPO DE AYUDA**

Antes de revisar la estructura, metodología y la organización del grupo de ayuda, es importante tomar en cuenta los siguientes factores en los que se desarrollará la mencionada propuesta de intervención psicológica:

**COORDINACION.** La coordinación de inicio a fin estará a cargo de dos psicólogos clínicos quienes serán apoyados por personal medico, enfermería y nutricionista para el manejo de temas específicos.

**POBLACION.** Va dirigido únicamente a todos aquellos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnostico y los que tienen hasta seis meses de haber iniciado el tratamiento.

**DIFUSION.** Se dará a conocer directamente por los médicos o psicólogos y también, a través de posters o trípticos dentro de la unidad sede.

**COBERTURA.** Esta no será abierta, únicamente se incluirán los derechohabientes usuarios de la institución o clínica sede.

**RECLUTAMIENTO.** Serán identificados por los médicos generales o familiares (primer nivel de atención médica), y serán referidos al consultorio del psicólogo clínico para hacerles una entrevista con la idea de evaluarlos y seleccionarlos. A los pacientes seleccionados, se les hará la invitación para participar, si aceptan, se le aplicara un pretest y enseguida se realizara su registro y programación.

**NUMERO DE PARTICIPANTES.** El grupo de ayuda estará conformado por un minino de 5 y un máximo de 10 pacientes, con la finalidad de proporcionar la debida atención a todos y cada uno de ellos.

**ESCENARIO.** Será una aula de seis por cuatro metros como mínimo, o bien una aula de cuatro por cuatro metros y aparte otra donde quepan diez colchonetas extendidas, si no

fuera posible esta condición, se trabajara en el aula de que se disponga. Estas habitaciones deben estar instaladas en un área donde haya el mayor silencio posible, ventilado y bien iluminado.

**DURACION Y NUMERO DE SESIONES.** El contenido temático y programático fue diseñado para cinco sesiones, una por día, (cinco días hábiles continuos). Cada una de estas sesiones tendrá una duración de dos horas y media.

**MATERIAL Y EQUIPO.** Un escritorio con su respectiva silla, diez mesabancos o sillas, diez colchonetas, computadora y cañón para proyecciones, reproductor de discos y casetes, pizarrón, gises, plumones, cartulinas, hojas de papel, lápices, material didáctico (dibujos) y agua purificada (botellas de 500ml), medicamentos y pruebas reactivas para monitorear glucosa en sangre y equipo básico para diagnóstico, que se utilizaran como primeros auxilios si fuera necesario.

# **DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGIA EN EL GRUPO DE AYUDA PARA DIABETICOS.**

## **S E S I O N 1**

Bienvenida a los integrantes del grupo de apoyo.

### **Objetivos:**

El psicólogo clínico dará la bienvenida a los participantes y al mismo tiempo establecerá los lineamientos de trabajo y analizará las expectativas de los pacientes, con la finalidad de promover en todo momento la cohesión e integración grupal.

### **DESARROLLO TEMATICO Y GRUPAL.**

Por ser la sesión inicial del grupo de apoyo, es importante que el psicólogo, clínico, facilite los siguientes puntos:

- Primero, el psicólogo clínico dará la bienvenida al grupo y enseguida, se presentará personalmente, exponiendo algunos aspectos importantes adeudados al evento, como su nombre y trayectoria laboral y si lo desea, expondrá el interés y objetivos que lo llevan a coordinar el grupo de apoyo.
- Segundo, a través de la práctica de una técnica de grupos, conocerá las expectativas personales de cada uno de los participantes.
- Tercero, el coordinador (psicólogo clínico) general dará a conocer las expectativas generales de la intervención psicológica a los participantes del grupo de ayuda.
- Cuarto, el coordinador explicará de manera detallada los lineamientos administrativos y conductuales que asumirán los participantes en la interacción del grupo.
- Quinto, el coordinador implementará dos técnicas de grupos de inicio para la presentación de los participantes y otra, para crear la cohesión grupal.

- Sexto, un médico familiar o internista o epidemiólogo, expondrá a los participantes el tema titulado “Aspectos importantes de la diabetes mellitus”. Al final se realizarán preguntas y respuestas.
- Séptimo, el coordinador explicará el planteamiento general y el significado del duelo, como una forma de pérdida de la salud. Y también explicará en que consiste la “Negación y Aislamiento”, como parte de la primera etapa del duelo según Kubler-Ross. Al final se realizarán preguntas y respuestas.
- Octavo, como cierre de la esta sesión, el coordinador, practicará una dinámica de grupo titulada “Yo soy ..Yo siento” para conocer de viva voz las expectativas de los participantes respecto al grupo de ayuda para diabéticos, expectativas que se externarán a través reflexiones o la sensibilidad de cada uno de los participantes por haber perdido la salud.
- Cierre.

#### TECNICAS GRUPALES:

##### “Presentación por parejas”.

Una de las técnicas grupales seleccionadas para motivar la integración y cohesión grupal es la “presentación por parejas”, es un pequeño ejercicio, que puede combinarse con otros procedimientos de iniciación, es bastante simple pero encierra muchas potencialidades y constituye, además, un primer entrenamiento en la capacidad de escuchar activamente.

Aunque el grupo sea pequeño, tendrá que subdividirse en parejas, cuidando que las personas no se conozcan mucho.

Una vez formadas las parejas, el coordinador del grupo, formulará una consigna al grupo. Es decir las preguntas que uno y otro deben contestarse mutuamente. Aquí las posibilidades son múltiples y se podrán formular preguntas de muy diversa naturaleza, en

este caso, las consignas serán preguntar diversas situaciones a manera de charla, como por ejemplo, preguntar el nombre, porque se integro al grupo de apoyo, a que se dedican, con quien vive, si tiene familia o hijos y que es lo que mas les gusta. Esta practica debe ser breve (cinco minutos). Dado que el grupo es pequeño, cada persona expone al grupo lo que su compañero le contó y así sucesivamente (Aguilar M. J. 1991).

"Un qué ...?".

Otra técnica grupal o dinámica de grupos que cumple con el mismo objetivo de la primera, es la que recibe el nombre de "un que?". Inicialmente se formara un círculo con los participantes sentados en las sillas. Una vez instalados, se pasara un objeto pequeño cualquiera, al compañero de junto, del lado derecho, (por ejemplo un vaso, al que se le dará el nombre de "un perro"), y se le dirá textualmente lo siguiente, ¿este es un perro? y su compañero le contestara ¿un que?. Y el participante que inicio la dinámica le dirá ¡ un perro ! . Los participantes no podrán preguntar y responder otra cosa, que no sea la consigna. Lo emocionante de esta dinámica, es que en sentido inverso (por el lado izquierdo), se viene presentando otro objeto con el nombre de otro animal (por ejemplo, una goma para borrar que representara a un gato), La mecánica seguirá siendo la misma, que se realizo con el primer objeto. Pasado dos o tres minutos de estar pasando al perro y al gato, se incluirán otros dos objetos con el nombre de otros dos animales, (por ejemplo, un oso y un pescado), dos de esos animales circularan en sentido derecho y los otros dos por el lado izquierdo. Los participantes deben tener toda la atención y concentración necesaria para no equivocarse y decir el nombre de un animal por otro.

En esta dinámica, se hace mucho hincapié en la importancia que tiene la atención, conciencia, concentración y tranquilidad que debemos tener todas las personas para no equivocarnos en las acciones y decisiones de la vida diaria, esta situación, se traspolará,

para explicarles de alguna manera la pérdida de su salud. La duración de esta dinámica no debe rebasar los 15 minutos.( Anónimo, 2006).

*"Yo soy.....Yo siento".*

En el cierre de esta sesión se practicara otra dinámica, que tiene la finalidad de hacer reflexionar y sensibilizar a los participantes en función de su padecimiento, el objetivo es lograr en la medida de lo posible la aceptación de la enfermedad y el apego al tratamiento.

En esta dinámica, se trata de que cada participante externe cuales son sus sentimientos personales y el estado emotivo en que se encuentra en el preciso momento de enfrentarse con la realidad de su padecimiento. Para ello, cada uno debe contestar sucesivamente tres preguntas, ¿Quién soy yo?, ¿Como me siento en este momento? , ¿Qué voy hacer con la diabetes mellitus?

Esta dinámica de grupos tiene la particularidad de propiciar una cierta desinhibición mediante la expresión pública de sentimientos, forzando la presentación de cada participante ante el resto del grupo. Además permitirá, observar colateralmente las actitudes positivas y negativas, respecto del proceso de grupo, que habrá que reforzar o modificar. (Aguilar, M. J., 1991)

## **S E S I O N 2**

OBJETIVOS: Los pacientes conocerán y reflexionaran sobre diversos conceptos médicos relacionados con la diabetes mellitus y también, analizaran los aspectos psicológicos que se pueden asociar o adicionar al impacto del diagnostico.

### DESARROLLO TEMATICO Y GRUPAL.

En esta segunda sesión el psicólogo clínico facilitará y coordinara los siguientes aspectos:

- Primero, se iniciara la sesión con una dinámica titulada “Saludo y presentación veloz con respuesta grupal”. para lograr que los integrantes se identifiquen y reconozcan una vez mas y al mismo tiempo impulsar la cohesión y autoestima.
- Segundo, se practicará la dinámica de titulada “Diálogos simultáneos” para que los participantes expongan y diferencien las conductas irracionales que se pueden asociar a la diabetes mellitus.
- Tercero, el médico familiar o internista o epidemiólogo, expondrá a los participantes el tema titulado “Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2”., para que los pacientes conozcan y valoren los riesgos que significa las complicaciones de su enfermedad. Al final se realizaran preguntas y respuestas.
- Cuarto, el psicólogo clínico, dará continuación al planteamiento general y el significado del duelo, como una forma de pérdida de la salud. Y también explicará en que consiste la “Rabia y la Ira”, como parte de la segunda etapa del duelo, según Kubler-Ross. Al final se realizarán preguntas y respuestas.
- Quinto, se practicara un dinámica grupal titulada “Lluvia de ideas”, para que los pacientes expongan sus reflexiones y vivencias personales relacionadas con los temas expuestos en esta sesión de tal forma que entre todos los participantes integren , clasifiquen y concluyan las ideas. Al final se dará retroalimentación.

- Cierre.

#### TECNICAS GRUPALES:

##### "Saludo y presentación veloz con respuesta grupal"

En la practica de esta dinámica, cada uno de los pacientes pasará frente al grupo para saludar y mencionar su nombre en forma veloz e inmediatamente sus compañeros en coro contestarán el saludo y su nombre, con voz fuerte (¡Hola!, yo soy o me llamo Carlos, y el grupo responde, ¡que tal Carlos!, o ¡buenos días Carlos!..etc.). Bajo ese mecanismo pasarán todos y cada uno de los participantes. (Anónimo, 2006)

##### "Diálogos simultáneos"

Los participantes dialogaran por parejas simultáneamente, para discutir el tema de las ideas irracionales Esta conversación durara de 10 a 15 minutos para evitar pesadez en la reunión.

Esta dinámica tiene una ventaja y radica en el hecho de que en apenas unos minutos puede obtenerse la opinión de todo el grupo acerca de la cuestión formulada en este caso, las "conductas irracionales asociada a la diabetes mellitus". Además, permite la interacción de todos los miembros. Aún los más tímidos tienen que participar en algún momento de la conversación.

Por otra parte, tampoco requiere de preparación, el coordinador puede proponer al grupo éste método si observa que la participación no es fluida y volver de nuevo al sistema inicial previsto para el trabajo de grupo (Aguilar, M. J. 1991)

##### "Lluvia de ideas"

Esta técnica promoverá la discusión y creatividad de los participantes en el momento de exponer el contenido temático que se reviso en toda la sesión. Esta dinámica también permite tratar problemas o temas reales resolviéndolos objetivamente. Por lo tanto se les

pedirá a todos y cada uno de los integrantes del grupo que comenten o expongan (ordenadamente, uno cada vez), verbalmente desde su lugar (silla), las ideas que hayan captado o aprendido y entre todos las clasificarán anotándolas en el pizarrón en base a cada uno de los temas (Conductas irracionales; complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2; “Rabia e Ira”, segunda etapa del duelo), que estarán anotados previamente en el pizarrón. Al final el coordinador del grupo dará retroalimentación en función de los resultados (Guía para grupos de apoyo mutuo, ISSSTE, 2002).

## **S E S I O N 3**

OBJETIVOS: Se continuara con el reforzamiento de la cohesión y autoestima grupal, a través de diferentes dinámicas. En el mismo sentido, se seguirá con la instrucción y análisis de los temas médicos y psicológicos relacionados con la diabetes mellitus tipo 2, incluyendo el control del estrés.

### **DESARROLLO TEMATICO Y DINAMICA GRUPAL.**

En esta tercera sesión, el psicólogo clínico facilitará y coordinara los siguientes aspectos:

- Primero, se inicia la sesión con una dinámica de grupos titulada “Listado de atributos” para reforzar la participación de los pacientes. El propósito o el tema de esta dinámica es muy diferente al de las anteriores, ya que se tratara de estimular la creatividad para generar nuevas ideas, o para inventar un nuevo producto. En esa forma se piensa aumentar la autoestima de los pacientes.
- Segundo, el médico familiar o internista o epidemiólogo, expondrá a los participantes el tema titulado “Control de la diabetes mellitus”, para que los pacientes conozcan los beneficios que se pueden obtener si cotidianamente logran controlar los diversos factores que influyen en su enfermedad. Al final se realizaran preguntas y respuestas.
- Tercero, el psicólogo, dará continuación al planteamiento general y el significado del duelo, como una forma de perdida de la salud. Y también explicará en que consiste la “Negociacion”, como parte de la tercera etapa del duelo, según Kubler-Ross. Al final se realizaran preguntas y respuestas.
- Cuarto, el psicólogo clínico explicará a los participantes la importancia de los beneficios de una de las técnicas de relajación (Jacobson) para controlar el estrés.

Como primera fase, se entrenará a los pacientes para que relajen el tono muscular de la frente, ojos, nariz, labios, sonrisa, lengua, mandíbula y cuello.

- Quinta, se practicará una dinámica de grupos titulada “Lluvia de ideas”, para hacer una evaluación general de los temas expuestos en esta sesión, de tal forma que entre todos participantes integren, clasifiquen y concluyan las ideas.
- Cierre.

#### TECNICAS GRUPALES:

##### “Listado de atributos”

Es una dinámica de grupos que se utiliza para estimular la autoestima y creatividad de los participantes para resolver o innovar diversas situaciones de interés común. Original y específicamente esta dinámica de grupos fue creada para la generación de nuevos productos. También puede ser usada en la mejora de servicios o utilidades de productos y existentes.

Consiste primeramente en realizar un listado de las características o de los atributos de algún producto u objeto que se quiere mejorar para, posteriormente, explorar nuevas vías que permitan cambiar la función o mejorar cada uno de esos atributos.

Por ejemplo:

Supongamos que una empresa desea identificar algunas ideas para mejorar una batidora de alimentos (este sería el problema).

El primer paso a seguir será: Hacer una lista de los atributos actuales del modelo.

- Fabricado en acero inoxidable
- Mango de madera
- Se realiza a mano
- Velocidad variable
- Puede ser utilizado por cualquier persona

- Se necesitan dos manos para utilizarlo.

(La lista se puede ampliar con otros atributos técnicos).

Segundo paso: Cada uno de los atributos se analiza y se plantean preguntas sobre la forma en que se podrían mejorar, por ejemplo:

Mangos de madera:

- ¿Se podría hacer de otro material?
- ¿Podrían tener un mango pequeño adaptable a la mano ?
- ¿Podrían fabricarse en nuevos colores?
- ¿Podrían tener un diseño completamente diferente ?

Se necesitan dos manos para utilizarla:

- ¿Podría fabricarse para que pudiese ser utilizado con una mano (p.ej., por persona con discapacidades)?
- ¿Se podría incorporar un dispositivo para que pudiese ser operado con una sola mano?
- ¿Podría fijarse y evitar accidentes?

Y así sucesivamente. Cuantas más preguntas para cada atributo, mejor...

Tercer paso: Las mejores ideas que hayan surgido en el paso 2 se seleccionan para su evaluación posterior. Al final, se busca la posibilidad de dibujar el nuevo producto, para verlo plasmado en la realidad. Para el caso de esta propuesta describirán los atributos de un servicio de salud (Majaro, S. 1999).

“Lluvia de ideas”

Esta técnica promoverá la discusión y creatividad de los participantes en el momento de exponer el contenido temático que se reviso en toda la sesión. Esta dinámica también

permite tratar problemas o temas reales resolviéndolos objetivamente. Por lo tanto se les pedirá a todos y cada uno de los integrantes del grupo que comenten o expongan (ordenadamente, uno cada vez), verbalmente desde su lugar (silla), las ideas que hayan captado o aprendido y entre todos las clasificarán anotándolas en el pizarrón en base a cada uno de los temas (Control de la diabetes mellitus; “Negociación”, tercera etapa del duelo; y el control de estrés), que estarán anotados previamente en el pizarrón. Al final el coordinador del grupo dará retroalimentación en función de los resultados (Guía para grupos de apoyo mutuo, ISSSTE, 2002)

## **S E S I O N 4**

Objetivos: Los pacientes conocerán el plan de alimentación adecuado a las características personales y reflexionaran sobre diversos conceptos médicos relacionados con la diabetes mellitus, además, se les expondrá la continuidad de los temas de tipo psicológico sin dejar de lado el entrenamiento en el control de estrés.

### **DESARROLLO TEMATICO Y DINAMICA GRUPAL.**

En esta cuarta sesión, el psicólogo facilitará y coordinara los siguientes aspectos:

- Primero, en el inicio de esta sesión se practicará la dinámica de grupos titulada “La gran carcajada”, con la finalidad de conservar la cohesión y aumentar la autoestima de los participantes. En esta dinámica también se cubre el objetivo para desarrollar la respiración, estimular los sentidos y el conocimiento corporal.
- Segundo, el o la nutricionista explicará de manera práctica a los pacientes el plan de alimentación (dieta), que se debe adecuar cada uno de los pacientes de acuerdo a sus características personales y estilo de vida. Será un mini y breve taller donde se elaborarán diferentes menús.
- Tercero, el psicólogo, dará continuación al planteamiento general y el significado del duelo, como una forma de perdida de la salud. Y también explicará en que consiste la “Depresión”, como parte de la cuarta etapa del duelo, según Kubler-Ross. Al final se realizaran preguntas y respuestas.
- Cuarto, el psicólogo explicara a los participantes la importancia de los beneficios de una de las técnicas de relajación (Jacobson) para controlar el estrés. Como segunda fase se entrenará a los pacientes para que relajen el tono muscular de los brazos, espalda, torax, estomago, cintura baja y piernas. Además se ejercitaran los ejercicios de respiración y respiración sin tensión (relax).
- Dinámica de grupos.

- Cierre.

#### TECNICAS GRUPALES:

##### *"La gran carcajada"*

Con esta dinámica se pretende manejar a la risa como un alternativa positiva para hacerle frente al estrés. Previamente se explicaran algunos conceptos subjetivos que explican la posible efectividad de la risa para generar la sensación de bienestar.

La dinamica es muy simple pero efectiva y consiste en formar dos grupos, uno de ellos permanecerá serio mientras el otro se ríe de todas las formas posibles. Cuando se consigue hacer reír al otro equipo, se cambia de rol (Wanadoo, 2006).

##### **"Buffet" (taller).**

De acuerdo a las instrucciones dadas por la nutricionista dietista, los participantes seleccionaran alimentos (didácticos), para preparar variados menús personales (Anónimo, 2006).

## **S E S I O N 5**

Objetivos: Los pacientes conocerán y reflexionaran sobre diversos conceptos médicos relacionados con la diabetes mellitus y también, analizaran los aspectos psicológicos que se pueden asociar o adicionar con la enfermedad.

### **DESARROLLO TEMATICO Y DINAMICA GRUPAL.**

En esta quinta sesión, el psicólogo clínico facilitará y coordinara los siguientes aspectos:

- Primero, el psicólogo iniciará esta sesión con la práctica de la relajación de todo el cuerpo (completa). En las dos anteriores sesiones se entrenó a los pacientes para que aprendieran a relajar el tono muscular de de las diversas partes del cuerpo. El objetivo de esta practica es básicamente aprender a controlar el estrés que muy frecuentemente se asocia a la diabetes mellitus.
- Segundo, el médico familiar o internista o epidemiólogo, expondrá a los participantes el tema titulado “Importancia de la actividad física sistémica”, para que los pacientes conozcan los beneficios de los diversos tipos de actividades físicas que podrán realizar de acuerdo a sus preferencias y condiciones personales.
- Tercero, el psicólogo clínico, dará continuación al planteamiento general y el significado del duelo, como una forma de pérdida de la salud. Y también explicará en que consiste la “aceptación y reorganización”, como parte de la quinta etapa del duelo, según Kubler-Ross. Al final se realizarán preguntas y respuestas.
- Cuarta, se implementara una dinámica grupal llamada “Crucigrama diabético”, para que a través del juego los participantes midan y evalúen los conocimientos que adquirieron en las cinco sesiones como si fuera una auto-evaluación general.
- Quinto, los enfermos, pacientes o participantes evaluaran la efectividad y calidad de la propuesta de intervención psicológica incluida en este nuevo grupo de apoyo, para lo cual resolverán un cuestionario breve, claro y preciso.

- Sexto, a manera de despedida se practicara una ultima dinámica de grupo llamada “Abrazo del oso”, pues como se sabe, los abrazos del oso son para, quienes comparten un sentimiento o causa en común, o bien para compartir el dolor o alegría que se siente. Y al mismo tiempo servirá para confirmar que la intervención psicológica recibida fue efectiva.
- Cierre.

#### TECNICAS GRUPALES:

##### “Crucigrama diabético”

Técnica grupal específicamente diseñada para esta propuesta que consiste en confirmar el conocimiento de todos los conceptos médicos y psicológicos que se revisaron en las cinco sesiones. Se formaran dos grupos, a cada uno de estos y en forma alterna se le harán preguntas, ellos escogerán en numero y al mismo tiempo elegirán la dirección de la pregunta, horizontal o vertical. Quien hará cada una de las preguntas será el coordinador del grupo de apoyo. Las respuesta que den cada uno de los grupos, será dada a conocer por un representante (no es valido que todos contesten al mismo tiempo). El tiempo limite para responder serán 10 segundos, si no contestan correctamente, se le dará la oportunidad al otro equipo. El crucigrama se tendrá previamente elaborado y contendrá el mayor número de conceptos previamente revisados en las cinco sesiones.

##### “Abrazo del oso”

Se explicara a los pacientes el significado que representa ésta dinámica, dando sus antecedentes y su efectividad, con la idea de que ellos orienten las emociones que esa produce y se identifiquen en toda la extensión de la palabra como enfermos crónicodegenerativos. La mecánica es muy sencilla y consistirá en abrazarse en el

orden que los participantes prefieran. El abrazo del oso no falla y sobre todo cuando se abrazan dos personas comparten un sentimiento o causa en común, o bien para compartir el dolor o alegría que se siente.

# ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL GRUPO DE AYUDA PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

## SESION 1

Nombre de la Sesión	Objetivos	Desarrollo temático.	Técnicas	Duración	Material
<p>Bienvenida a los integrantes del grupo de apoyo.</p> <p>Planteamiento de la propuesta.</p> <p>Técnica de iniciación grupal.</p>	<p>Se dará la bienvenida a los participantes que recientemente recibieron el diagnóstico y los que tienen hasta seis meses de padecer la diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>Se establecerán los lineamientos de trabajo entre el psicólogo clínico y los participantes, así como crear la cohesión e integración del grupo a través del análisis de las expectativas de cada uno de los integrantes.</p>	<p>Planteamientos de la propuesta y su efecto institucional.</p> <p>Integración grupal.</p>	<p>Explicación del objetivo.</p> <p>“Presentación por parejas”(Técnica de inicio grupal)</p> <p>Un que? (Dinámica de grupo)</p> <p>Preguntas repuestas.</p>	50'	<p>Etiquetas.</p> <p>Plumones</p> <p>Cuatro objetos diferentes.</p>
<p>Aspectos generales de la diabetes mellitus.</p>	<p>Los participantes conocerán y aprenderán los conceptos generales de la diabetes mellitus.</p>	<p>Concepto</p> <p>Cuadro clínico.</p> <p>Factores de riesgo.</p> <p>Tipos de diabetes.</p> <p>Tipos de tratamiento.</p>	<p>Exposición medica.</p> <p>Preguntas y respuestas.</p>	30'	<p>Equipo audiovisual.</p> <p>Pizarrón y gises o plumones.</p>
<p>Receso</p>	<p>Receso.</p>	<p>Receso.</p>	<p>Receso.</p>	15'	<p>Botellas de agua purificada.</p>
<p>Aspectos generales del duelo.</p> <p>“Negación y aislamiento”.</p> <p>Primera etapa del duelo. (Kubler-Ross)</p>	<p>Los pacientes reflexionen y conocerán el planteamiento general del duelo como un proceso natural de la vida. Y simultáneamente la “negación y aislamiento” como la primera reacción ante la pérdida de la salud.</p>	<p>Planeamiento general</p> <p>Explicación y reflexión.</p>	<p>Exposición por parte del psicólogo.</p> <p>Preguntas y respuestas</p>	30'	<p>Equipo audiovisual.</p> <p>Pizarrón y gises o plumones.</p>
<p>Reflexión y sensibilización.</p> <p>Cierre.</p>	<p>Los participantes manifestaran públicamente los sentimientos personales y el estado emotivo en que se encuentra en el momento de realizar este trabajo.</p>	<p>Reflexión y sensibilización</p> <p>Retroalimentación general de la sesión.</p> <p>Cierre.</p>	<p>“Yo soy-Yo siento” (Técnica grupal)</p> <p>Retroalimentación.</p>	25'	<p>Lápices con goma.</p>

**Nota.** En caso de urgencia, los participantes del grupo de apoyo podrán recibir atención médica o de enfermería.

## ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL GRUPO DE AYUDA PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

### SESION 2

Nombre de la Sesión	Objetivos	Desarrollo temático.	Técnicas	Duración	Material
Inicio de sesión. "Saludo y presentación veloz con respuesta grupal"	Los participantes reforzaran su identificación y reconocimiento grupal.	Segunda presentación personal de cada uno de los participantes.	Dinámica de grupos.	20'	Sillas.
Conductas irracionales. "Diálogos Simultáneos"	Aclarar e identificar las principales conductas irracionales asociadas a la diabetes mellitus.	Aspectos generales de las conductas irracionales.	Exposición psicológica con dinámica de grupos.	20'	Sillas.
Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.	Los pacientes conocerán y valorarán los riesgos que significan las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.	Daños vasculares y neurológicos.	Exposición del médico. Preguntas y respuestas.	30'	Equipo audiovisual. Pizarrón, guises o plumones.
Receso	Receso.	Receso.	Receso	15'	Botellas de agua purificada.
"Rabia o Ira".Segunda etapa del duelo (Kubler-Ross)	Los pacientes reconocerán diversas reacciones que muy probablemente hayan realizado como parte de su desesperación e inconformidad con la enfermedad.	Explicación y reflexión.	Exposición por parte del psicólogo. Preguntas y respuestas.	30	Equipo audiovisual. Pizarrón, guises o plumones.
"Lluvia de ideas" Cierre.	Los pacientes integraran las experiencias de la sesión.	Integración y clasificación de ideas y vivencias	Dinámica de grupos.	35	Sillas

**Nota.** En caso de urgencia, los participantes del grupo de apoyo podrán recibir atención médica o de enfermería.

## ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL GRUPO DE AYUDA PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

### SESION 3

Nombre de la Sesión	Objetivos	Desarrollo temático.	Técnicas	Duración	Material
Inicio de sesión. "Listado de atributos"	Propiciar más la participación activa de los pacientes a través de una dinámica de grupo donde se trata la creatividad para generar nuevas ideas.	Generación de nuevas ideas. Reforzamiento a la autoestima.	Dinámica de grupos.	25"	Pizarron y gises o plumones.
Control de la diabetes mellitus.	Dar a conocer a los pacientes diabéticos los beneficios que se pueden obtener si cotidianamente logran controlar los diversos factores que influyen en su enfermedad.	Herramientas de autocontrol, educación y motivación del paciente.	Exposición del medico. Preguntas y respuestas.	30"	Equipo Audiovisual. Pizarrón y gises o plumones.
"Negociación". Tercera etapa del duelo. (Kubler-Ross)	Los participantes identificarán las ideas asociadas ante la necesidad urgente de recuperar la salud.	Explicación y reflexión.	Exposición del psicólogo. Preguntas y respuestas.	20'	Equipo Audiovisual. Pizarrón y gises o plumones.
Receso	Receso	Receso	Receso	15'	Botellas de agua purificada.
Control del estrés.	Los participantes conocerán y sentirán los beneficios de la técnica de relajación para el control del estrés.	Reducción del tono muscular de la frente, ojos, nariz, labios, sonrisa y lengua, mandíbula y cuello.	Participación del psicólogo.. Técnica de relajación (Jacobson). Preguntas y respuestas.	25	Dibujos Sillas.
Evaluación general de la sesión, a través de la "Lluvia de ideas" Cierre.	Los pacientes integraran las experiencias de la sesión.	Integración y clasificación de ideas y vivencias	Dinámica de grupos.	35'	Pizarrón y gises o plumones.

**Nota.** En caso de urgencia, los participantes del grupo de apoyo podrán recibir atención médica o de enfermería

## ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL GRUPO DE AYUDA PARA PACEINTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

### SESION 4

Nombre de la Sesión	Objetivos	Desarrollo tematico.	Técnicas	Duración	Material
Inicio de sesión. "La gran carcajada"	Hacer sentir a los participantes que la risa puede ser una alternativa positiva para hacerle frente al estrés.	Control del estrés.	Dinámica de grupos.	20'	Sillas.
Plan de alimentación.	El paciente podrá conocer la prescripción personal de un plan de alimentación.	Parámetros que se toman en cuenta para asumir la prescripción de un plan de alimentación. (Edad, genero, peso razonable, actividad física, alimentos de preferencia, estilo de vida, tipo de tratamiento, cifras de presión arterial, nivel de lípidos, pruebas de funcionamiento renal, etc).	Exposición practica nutricional.  Preguntas y respuestas	40'	Alimentos diversos, representados en material didáctico.
"Buffet"	Los pacientes seleccionaran alimentos para preparar uno o varios menús personales.	Selección practica de alimentos.	Taller de menús personales.	30'	Alimentos diversos en material didáctico.
Receso.	Receso.	Receso.	Receso	15'	Botellas de agua purificada.
"Depresión". Cuarta etapa del duelo. (Kubler-Ross).	Los participantes se percataran que al aceptar obligadamente la enfermedad son susceptibles de caer en depresión.	Explicación y reflexión.	Exposición psicológica  Preguntas y respuestas.	20'	
Control del estrés. Cierre.	Los participantes conocerán el concepto del estrés y sentirán los beneficios de la técnica de relajación para contrarrestarlo.	Reducción del tono muscular de la Brazos, piernas, espalda, tórax, estomago y cintura baja. Ejercicios de respiración y respiración sin tensión (relax).	Participación psicológica. Técnica de relajación (Jacobson).  Preguntas y respuestas.	25'	Dibujos  Sillas.

**Nota.** En caso de urgencia, los participantes del grupo de apoyo podrán recibir atención médica o de enfermería.

## ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL GRUPO DE AYUDA PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

### SESION 5

Nombre de la Sesión	Objetivos	Temática a Desarrollar	Técnicas	Duración	Material
Inicio de sesion Control del estrés.	Los participantes experimentaran los beneficios de la técnica de relajación completa de los músculos del cuerpo y su estado emocional.	Reducción del tono muscular de todo el cuerpo.	Participación psicológica.  Técnica de relajación (Jacobson).  Preguntas y respuestas.	25'	Dibujos.  Sillas.
Importancia de la actividad física sistémica.	Los pacientes conocerán los diversos tipos de actividades físicas que podrán realizar de acuerdo a las preferencias y condiciones personales.	Actividad aeróbica y anaeróbica.	Expiación por parte del medico.  Preguntas y respuestas.	30'	Equipo audiovisual.  Pizarrón y gises o plumones.
Receso.	Receso.	Receso.	Receso.	15'	Botellas de agua purificada.
"Aceptación y reorganización". Quinta etapa del duelo. (Kubler-Ross).	Los participantes reconocerán la necesidad de redefinir roles y habilidades para lograr adaptarse a su nueva situación.	Explicación y reflexión.	Exposición por parte del psicologo.  Preguntas y respuestas.	20'	Equipo audiovisual.  Pizarrón y gises o plumón.
"Crucigrama diabético"	Los participantes medirán y evaluaran los conocimientos adquiridos en las cinco sesiones.	Automedición y autoevaluacion general de los participantes.	Dinámica de grupos.	35'	Crucigrama gigante. Dos marcadores de color diferente.
Evaluación de la propuesta de intervención psicológica.	Se evaluara la efectividad de la propuesta de intervención psicología incluida en este nuevo grupo de apoyo por parte de sus participantes.	Evaluación de la intervención psicológica.	Cuestionario.	10'	Cuestionario.  Lápices.
Despedida "Abrazo del oso" Cierre.			Dinamica de grupos.	15'	Sillas.

**Nota.** En caso de urgencia, los participantes del grupo de apoyo podrán recibir atención médica o de enfermería.

## DISCUSIÓN

Marcha lenta con el cuello semiflexionado, expresión corporal discreta, rostro tenso con mirada triste y sin brillo, lenguaje corto y ausente, sonrisa de una sola pose y forzada. Si se pudiera describir subjetivamente la personalidad de los pacientes con diabetes mellitus, ésta sería la concepción de una persona que a diario los observa en su andar e interactuar por los pasillos de una unidad de atención primaria de salud, en la que todos gritan estando callados.

Debe ser un gran impacto, el hecho de saber que de un momento a otro se tenga que modificar los hábitos y costumbres personales para atender de por vida una nueva situación, es decir, perder la salud por la enfermedad, modificar la libre alimentación por la dieta, dejar de ser sedentario para hacer ejercicio obligada y rutinariamente, y dejar los excesos para tomar medicamentos. Este problema puede ser la razón por la cual muchos pacientes desde el inicio de la enfermedad y los que ya tienen un tiempo considerable de padecerla, siguen pensando y negando que están enfermos, a tal grado que continúan bajo un estado de enojo, crisis, estrés, duelo, hostilidad, aislamiento o depresión y que por lo tanto su estado emocional permanece deteriorado y sin la posibilidad de aceptar el tratamiento, dando lugar a graves complicaciones (Lerman, 2003).

La diabetes mellitus actualmente se ubica como un pandemia con tendencia ascendente y por los datos alarmantes que se presentan, se puede inferir que todo esfuerzo es poco para poderla contrarrestar. Se ha reportado que existen 171 millones de diabéticos en el mundo, de las cuales 10 millones son mexicanos. La diabetes en nuestro país es la principal causa de ceguera, amputaciones y de insuficiencia renal crónica. Anualmente se presentan 150 mil nuevos casos y provoca alrededor de 36 mil defunciones y al respecto México ocupa el primer lugar en el mundo. Sin embargo es difícil pensar y creer que una sola enfermedad como la diabetes mellitus, pueda generar un conjunto de síndromes

hiperglucemiantes emanados del desarrollo o interacción de los factores hereditarios y medioambientales, y que ésta sea la razón de constantes retos y contratiempos para la investigación médica, las instituciones de salud y sus correspondientes gobiernos, sobre todo cuando la sintomatología de las enfermedades propicia cada vez más el desequilibrio físico y mental de las personas enfermas (Corbatín, et al, 2005).

Parece extraño ver que aunque la tecnología y el avance científico médico han permitido obtener extraordinarios conocimientos en éste contexto, no haya quien frene la inercia vertiginosa de esta epidemia. Por esta razón, pudiera ser importante hacer una retrospectiva epidemiológica para detectar los objetivos de la salud pública que no se han cumplido en torno a esta enfermedad, retomar las etapas o componentes de este proceso con el propósito de evitar que el deterioro de la salud siga su curso. En este sentido y con la idea de contribuir para tratar de encontrar los posibles factores que se deban revisar e influir para contrarrestar la prevalencia de la enfermedad, es importante poner en la mesa de discusión los aspectos que fueron el motivo u origen del presente trabajo de investigación, en primera instancia se partió de la observación que el autor hizo del trabajo profesional médico, en el sentido de que el abordaje que se lleva a cabo para dar a conocer el diagnóstico de la enfermedad es muy limitada y en segunda instancia, que constantemente no se le da importancia al cuadro clínico de los trastornos emocionales que se asocian con la diabetes mellitus, marcando un abismo entre los dos padecimientos. Este abismo o disociación resulta un hecho no aislado porque también se ha reportado en diversas fuentes de información médica y psicológica. Este hecho resulta llamativo, ya que se sabe y se reitera que la salud de una persona es el resultado de la interacción de diversos factores ambientales, biológicos, sanitarios y de conducta. Por lo que se concluye, que no se puede dejar al paciente en desamparo emocional después de

haber recibido solo una explicación sencilla (abordaje), a veces insuficiente para que modifique tajantemente su estilo de vida.

No se trata de hacer solo una crítica a las actividades profesionales médicas, lo que se pretende a través de este trabajo, es hacer prioritario o relevante la necesidad de proponer la intervención psicológica como parte integral del tratamiento para este tipo de pacientes. Un aspecto que pudiera influir en este conflicto, es el hecho de que los nuevos modelos económicos globales y la crisis financiera de nuestro país, junto con las políticas administrativas a nivel institucional, han modificado drásticamente la atención médica y las condiciones laborales de salud, a tal grado, que ha limitado la posibilidad de ofrecer la atención de calidad en aras de la cantidad, sobre todo en las instituciones de seguridad social de mayor cobertura en nuestro país.

Con base en el marco teórico de este trabajo de investigación, se puede asegurar que existe una estrecha relación entre la diabetes mellitus tipo 2 y la depresión, que la literatura confirma que la depresión por sí sola puede incrementar el riesgo de provocar la DM, también, que la depresión puede manifestarse antes de que lo hagan los síntomas o signos de la DM, en el mismo sentido se confirma, que la depresión en los pacientes diabéticos es un proceso crónico y con riesgos de recaídas frecuentes, la experiencia es tan abundante que incluso algunos autores se han atrevido a destacar a la depresión y la ansiedad como características del patrón de la personalidad del diabético (Fava, Lloyd y Lustran, citados en Téllez, 1999).

Colateralmente, el paciente diabético recién diagnosticado puede atravesar por un estado de crisis o duelo u otras emociones propias que lo pueden conducir a seguir ciertos patrones dentro de las diversas etapas que lo orientaran para encontrar la resolución final de su problema. Pero debido a la falta de ese potencial de resolución, muchos de ellos toman más tiempo o se quedan atrapados o bien incluso tienen recaídas.

Aunque esos estados graves de trastorno emocional en determinado momento pueden ser predecibles, la mayor parte de la población diabética no está preparada o consciente para enfrentar positivamente esos momentos decisivos de la vida, lo que provoca consecuentemente la experimentación de un mayor número de trastornos emocionales y en ocasiones estar en franco desequilibrio.

La propuesta de intervención psicológica planteada: Grupos de ayuda para diabéticos tipo 2, es un procedimiento nuevo que trata de romper los esquemas tradicionales, porque se desarrollará dentro de un ambiente intensivo y dinámico, repleto de sensibilización, análisis y reflexiones que se obtendrán de la práctica de variadas dinámicas grupales. La información que se expondrá a los pacientes será clara, sencilla y precisa, de tal forma que al final de las cinco sesiones, los pacientes de reciente diagnóstico aceptarán que su padecimiento no tiene curación y comprenderán la necesidad de un control óptimo, también reconocerán que son los actores más importantes en el equipo interdisciplinario de salud y que por lo tanto será siempre necesaria su disposición y colaboración activa para favorecer el tratamiento y el control del padecimiento.

En el sentido estricto, ésta propuesta de intervención no pretende ser la panacea para el abordaje de la DM, pero se tiene la seguridad de que constituye una gran oportunidad para recuperar el equilibrio emocional, responsabilizarse de la propia participación en el tratamiento, inducir nuevos hábitos y costumbres para mejorar el plan terapéutico personal. (Zorrilla, citado en Lerman, 2003), especialista en las enfermedades metabólicas, al tratar los aspectos psicosociales del paciente adulto con diabetes, refiere textualmente que *“El desconocimiento por parte del médico de los métodos de terapia conductual, sus indicaciones y eficacia constituye uno de los factores más importantes para el fracaso en el logro de los objetivos de control metabólico”*,(p.385), por tal razón opta por hacer uso de los programas orientados a influir en el cambio de conducta.

La propuesta de intervención psicológica que sustenta esta tesina, tendrá un mínimo costo y un alto beneficio, porque no requiere de la creación o construcción de nuevas instalaciones. El material y equipo será el convencional. En lo que se refiere a recursos humanos, únicamente se requerirá de un equipo interdisciplinario con el que ya se cuenta en las unidades de primer nivel de atención médica. Es decir, un médico, una enfermera, una nutricionista dietista, personal administrativo y dos psicólogos clínicos siendo estos últimos, los coordinadores de principio a fin del desarrollo temático en los grupos de ayuda.

Por lo que se refiere los pacientes usuarios, si estos son trabajadores en activo, se tendrá que realizar convenios con los dueños de las empresas o directivos de instituciones para obtener la autorización y den la oportunidad a sus trabajadores para que puedan asistir a las cinco sesiones. Si hubiera de por medio sindicatos, esos convenios se obtendrán a través de las comisiones mixtas de seguridad e higiene o bien de fomento a la salud, de esa forma se crearía un ambiente de corresponsabilidad y beneficio para todas las partes.

Si la productividad fuera un requisito para que las instituciones de salud aprueben la intervención psicológica dentro de los grupos de ayuda para diabéticos, ésta será una garantía, porque anualmente se podrá lograr una cobertura aproximada de 800 pacientes, contando con un solo equipo interdisciplinario que labore jornadas de ocho horas, en la que se podría atender a dos grupos en horarios diferentes.

Finalmente se puede enfatizar que la propuesta mencionada, pretende contribuir en el segundo nivel de la prevención, mostrar la importancia de las bondades del trabajo grupal y ampliar las posibilidades de intervención psicológica que se enlazan con las tareas de la psicología clínica, educativa y comunitaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abrazoterapia. [www.proyectopv.org/1-verdad/.com](http://www.proyectopv.org/1-verdad/.com). Consultada el día 26 de febrero del 2006.

Aguilar, M. (1991). Como animar a un grupo: Técnicas grupales. México. Ateneo,

Alcántara, M. (1998). Factores de personalidad del adolescente que padece diabetes mellitus insulino dependiente. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

American Diabetes Association ADA (2000). Screening for tipe 2 care. 23, 520-523

Beck, A. (1976). Diagnóstico y tratamiento de la depresion. México..Merck Sharp & Dohme Internacional.

Botello, L.(1997). Diabetes mellitus gestacional y ansiedad. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

Buendía, R. (2001). Duelo: Factores que lo obstaculizan y lo facilitan. Tesina de Licenciatura en Psicología. División de Educación Continua. UNAM. México.

Calderón, G. (2001). Libro para enfermos deprimidos y medico general. México. Trillas.

Carrillo, M. (1989). La agresión en pacientes con diabetes mellitus juvenil. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

CIE-10. (1994). Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación. México. Panamericana.

Clintic, J. (1988). Cómo es por dentro. Cómo funciona el cuerpo humano 3. México. Ciencia y tecnología.

Contreras, M. (1998). Aportaciones de la orientación Gestalt en la disminución de la ansiedad en padres de pacientes con diabetes mellitus insulino dependiente. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

Corbatón, A., Cuervo, R., y Serrano M. (2005). Diabetes Mellitus. Concepto, clasificación y mecanismos etiopatogénicos. Medicine: Programa de formación continuada en medicina asistencial, 7, 323.

Cortazar, J. (2003). Calidad de vida en pacientes diabéticos. Tesis Licenciatura en psicología. UNAM. México.

Croni, (2002) Manual básico para personas con diabetes mellitus. Un nuevo concepto para la comunicación de la salud. Croniweb.

Cuadriello, M. (1979). “Promoción de prácticas de detección y dietéticas para el control de la diabetes”. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

Cuevas, S. (2004). La importancia del Psicólogo en el tratamiento de las problemáticas psicosomáticas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Iztacala. UNAM. Mexico.

Chávez, D. (2003). Estudio correlacional de asertividad, autoestima y calidad de vida entre escolares hemofílicos, diabéticos y sanos. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

Chinchilla, A. (1999). Guía Terapéutica de las depresiones. España. Nasson.

Díaz, H. (1997). Intervención psicológica: prevención y terapia. España. Psicología Asion.

Ducaud, I. (1984). Factores personales y-o familiares que participan en el control de la diabetes mellitus juvenil. Tesina de Licenciatura en Psicología. UNAM. Mexico.

Engelgau, M. et al, 1995. Screening for diabetes mellitus in adults : the utility of random capillary blood glucose measurements. Diabetes Care. 18, 463-466.

Engelgau, M. et al, (2000). Screening for type 2 diabetes (technical review). Diabetes Care. 10, 1563-1580.

Fernández, A y Rodríguez, B. (2002). Intervención en crisis. España. Síntesis

Fuentes, S. (1998). Síndrome depresivo manifestado en diabetes mellitus no insulino dependiente. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar. UNAM. México.

García, J. C. (2003). Primeros auxilios psicológicos. Modelo para intervenir en crisis. México. Psicocentro.com.

Guía de Operación para Grupos de Autoayuda de pacientes Obesos o con Sobrepeso, Hipertensos y Diabéticos, (2005). Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Guía de Grupo de Ayuda Mutua de Diabetes Mellitus, (2002). Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado ISSSTE. México.

Guía para la Organización del Grupo de Ayuda de Diabetes e Hipertensión. (2002). Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. México.

Hernández, B. (2001). Adhesión terapéutica: evaluación de un taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

Hernánomez, L. (2000). Porque estoy triste?. Guía para conocer y afrontar la depresión. España: Imagraf.

Hidalgo, R. (1998). La depresión desde diferentes perspectivas teóricas. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

Ibarrola, A. (2001). Estudio de la personalidad normopata en los enfermos con diabetes mellitas tipo 2. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

Islas, S. (1999). Diabetes Mellitus. México. Interamericana.

Juárez, N. (2001). Estudio de la estructura familiar diabéticas y tratamiento a nivel familiar. Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala. UNAM. México.

Lerman, I. (2003) Atención Integral del Paciente Diabético. México. Interamericana.

Lobato, X. (2002). Adherencia terapéutica y bienestar del paciente diabético: medición y mejoramiento. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

Majaro, S. (1999). “Creatividad y marketing”. Madrid. Díez de Santos.

Mc.Phee, S.J. (2003). Diabetes mellitus e hipoglucemia. Diagnostico y Tratamiento. México. Manual Moderno. 38ª. Edición.

Márquez, B. (2001). Intervención cognitivo conductual dirigido a pacientes con diabetes mellitas tipo 2. Tesis de Licenciatura en psicología. UNAM. México.

Martínez,, R (2000). El papel del Psicólogo. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

Moreno, A. (2001). Revista No.1. Departamento de Salud Pública. México. UNAM. Facultad de Medicina.

Munguia, C. (2001). La adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitas tipo 2 bajo la óptica del modelo transteorico. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

Ojeda, J. (2000). Incidencia de depresión en pacientes con diabetes mellitas tipo 2, de la UMF del ISSSTE en Tizimin, Aguascalientes. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar. UNAM. México.

Ortiz, I. (2005). El trabajo del duelo: la recomposición del lugar vacío. Tesina de Licenciatura en Psicología. UNAM. Mexico.

Oviedo, M. A., et al, (2003). Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus. Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. 41, 527-540.

Papada, M. A. (2003). Diabetes Mellitus e hipoglucemia. Diagnostico y Tratamiento. México. Manual Moderno. 38ª Edición.

Peralta, V. (2004). Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. España. Wikipedia.

Pérez, S. (2005). La pérdida y el duelo. Tesis de Licenciatura en Psicología. Iztacala. UNAM. México.

Rudell, R. (2002). Fundamentos de la Psiquiatría de enlace. Ars Medica

Saavedra, H. (1993). Relaciones familiares, interpersonales, expectativas de trabajo y autoconcepto en el adolescente diabético insulino dependiente (estudio comparativo). Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

Slaikeu. (1996). Intervención en crisis. Manual practico e investigación. México. Manual Moderno.

Sánchez, B. (2004). Psicología y diabetes: un proceso psicodinamico. Tesis de Licenciatura en Psicología. Iztacala. UNAM. México.

San Martín, H. (1968). Salud y enfermedad. México. Prensa Medica Mexicana.

Téllez, J. (1999). Factores asociados a la presencia de depresión en pacientes con diabetes mellitas tipo 2. Tesis de Especialidad en Medicina Interna. UNAM. México.

Tierney, L. (2003). Diabetes mellitus e hipoglucemia. Diagnóstico y tratamiento. México. Manual Moderno. 38ª Edición.

Vázquez, F. (2002). Sintiéndome bien con la diabetes. México. Intersistemas.

Velásquez, G. (1999). Ideas irracionales en diabéticos y prediabéticos y su asociación con ansiedad. Tesis de Licenciatura en Psicología, Zaragoza. UNAM. México.

Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo. España. Paidós.

Wanadoo en el mundo. Telefrance <http://html.rincondelvago.com.psicoterapia>. Consultada el 20 de diciembre del 2005.

Wanadoo en el mundo. Telefrance <http://html.rincondelvago.com.dinamicade grupos>. Consultada el 16 de marzo del 2006.

Wikipedia. Enciclopedia libre. Psicopatología. DSM-IV. Artículos en desarrollo.