



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA MODIFICAR
CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES CON
ENFERMEDADES METABÓLICAS”

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTAN:

GARCÍA REYES ANA LUISA ALMENDRA

GARCÍA SÁNCHEZ XÓCHITL

MIEMBROS COMISIÓN DICTAMINADORA:

ASESORA: MTRA. MARÍA ARACELI ÁLVAREZ GASCA

DICTAMINADORAS: MTRA. MA. REFUGIO RÍOS SALDAÑA

MTRA. MARGARITA CHÁVEZ BECERRA

LOS REYES IZTACALA TLALNEPANTLA, EDO. MÉX. FEBRERO DE 2008



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.

GRACIAS...

A NUESTRA QUERIDA:

*FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO*

A LAS MAESTRAS:

*MARÍA ARACELI ÁLVAREZ GASCA
MA. REFUGIO RÍOS SALDAÑA
MARGARITA CHÁVEZ BECERRA
POR SU AYUDA EN EL LOGRO DE ESTE TRABAJO*

A MIS PADRES Y FAMILIA:

*POR EL APOYO RECIBIDO DURANTE MI FORMACIÓN PROFESIONAL.
YA QUE EL CAMINO HA SIDO LARGO Y DIFÍCIL, HUBO MOMENTOS
FELICES Y AMARGOS, Y EN TODOS ELLOS TUVE LA DICHA DE CONTAR CON
SU ALIENTO, APOYO Y MOTIVACIÓN; RECUERDEN QUE LO LOGRADO TAMBIÉN
ES SUYO Y CON ESTE PRESENTE LOS HAGO PARTICIPES DE LO ALCANZADO
CON...*

AMOR, ADMIRACIÓN, Y RESPETO.

ANA LUISA.

INDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I	
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	13
• Definición y postulados de la Psicología de la salud.	13
• Historia de la psicología de la salud.	15
• El ámbito psicológico de la salud.	16
• Un modelo psicológico de la salud.	18
• El proceso psicológico de la salud.	22
• Evaluación e intervención en psicología de la salud.	23
CAPITULO II	
CONDUCTAS DE RIESGO Y DE SALUD (PATOGENOS E INMUNOGENOS CONDUCTUALES)	28
Conductas de riesgo	28
Conductas saludables	31
• Categorización de conductas saludables y de riesgo	33
• Modelos de comportamiento y salud	35
• La Teoría de la Acción Razonada	36
• La Teoría del Comportamiento Planificado	37
• La Teoría de la Autorregulación	38
• El Modelo del Proceso de la Adopción de Precauciones	39
• El Modelo Trasnteórico	40
• Estilos de vida	42
• Estilo de vida en enfermedades crónico-degenerativas	47
• Promoción de estilos de vida saludables	49

CAPITULO III

ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS	54
• Concepto salud/enfermedad	54
• Fases de las enfermedades crónico-degenerativas	56
- Periodo prepatogénico	57
- Periodo patogénico	63
- Etapa subclínica	63
- Horizonte clínico	64
- Etapa clínica	65
• Prevención secundaria	65
• Prevención terciaria	66
• Reacciones emocionales ante las enfermedades crónico-degenerativas	67

CAPITULO IV

ENFERMEDADES METABÓLICAS	73
• Obesidad	73
• Hipertensión arterial sistémica	83
• Diabetes mellitus	93
• Enfermedades cardiovasculares	112
• Síndrome metabólico	121

CAPITULO V

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	128
• La adherencia terapéutica en el marco de la psicología de la salud	134
• Modelos explicativos de la adherencia terapéutica	136
• Factores determinantes para una adecuada adherencia terapéutica	138
• Estrategias de intervención para una adecuada adherencia terapéutica	141

- Evaluación de la adherencia terapéutica 144

CAPITULO VI

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN 146

- Definición 146
- Concepto de evaluación 146
- Concepto de programa 148
- Tipos de programas de intervención 148

CAPITULO VII

“PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA MODIFICAR CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES CON ENFERMEDADES METABÓLICAS”

- Introducción 152
- Metodología 156
- Procedimiento 163
 - 1ª. Fase pretratamiento 163
 - 2ª Fase Tratamiento 165
 - Sesiones informativas 167
 - Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson 171
 - Entrenamiento en inoculación del estrés 173
 - Reestructuración cognitiva 175
 - Solución de problemas 176
 - Entrenamiento en el manejo adecuado de la ansiedad 178
 - Desensibilización sistemática 178
 - Terapia cognitiva para el manejo de la depresión 179
 - Habilidades sociales 181
 - Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades metabólicas 188
 - 3ª. Fase Evaluación postratamiento 190

CONCLUSIONES 193

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 195

ANEXOS

RESUMEN

La modernidad ha traído consigo cambios en el estilo de vida de los individuos, estos cambios en su mayoría se refieren a la actividad física, otro de los cambios producto del actual ritmo de vida se refiere a los hábitos alimenticios inadecuados; en las últimas décadas la ingesta de alimentos altos en grasas y azúcares han venido a sustituir los alimentos que comúnmente consumían las generaciones anteriores, dicha situación se presenta como resultado del actual ritmo y condiciones de vida de la mayoría de la población en donde los medios de comunicación y la publicidad juegan un papel relevante en la promoción del consumo de este tipo de alimentos que por su rápido y fácil acceso y además su bajo costo facilitan su ingesta y su acceso a cualquier adolescente y adulto joven. Como consecuencia de llevar un estilo de vida en el que conductas como las anteriores se realizan con frecuencia, es decir, que en el repertorio de estilo de vida se presente el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios son los determinantes que aumentan la probabilidad de desarrollar un factor que suele ser en la mayoría de las ocasiones desencadenante de muchas enfermedades crónico-degenerativas de ahí que las enfermedades se vinculan con el estilo de vida del individuo. Por tanto hoy en día es claro que la gente enferma fundamentalmente por lo que hace.

El presente proyecto de tesis tuvo como objetivo realizar la propuesta de un programa de intervención con enfoque cognitivo-conductual que mediante un paquete de técnicas de intervención ofrece alternativas para modificar conductas de riesgo en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades metabólicas, asimismo se detectaron las conductas de riesgo que aumentan la probabilidad de presentar tempranamente complicaciones y se estableció la relación entre conductas y factores de riesgo que comparten las enfermedades metabólicas.

El programa consta de cuatro fases, primeramente con el propósito de evaluar los estilos de vida de los pacientes se conformó una batería de pruebas para ser aplicadas en la fase pretratamiento, la batería evalúa aspectos biológicos y fisiológicos como IMC (índice de masa corporal), porcentaje de sobrepeso asimismo conductas de riesgo como, hábitos alimenticios, actividad física, niveles de ansiedad, depresión, estrés y deficiencia en habilidades sociales.

Para la fase de entrenamiento se elaboró un programa que brinda habilidades a los pacientes, para manejar de manera más adecuada el estrés, la ansiedad, la depresión y la deficiencia en habilidades sociales, para lo anterior, se propusieron técnicas cognitivo-conductuales como la inoculación del estrés (a través del entrenamiento de la reestructuración cognitiva y solución de problemas), manejo de la ansiedad (mediante el entrenamiento en desensibilización sistemática), la terapia cognitiva para la depresión y un programa de actividades para las habilidades sociales, también en esta fase se plantearon alternativas para lograr una mejor adherencia al tratamiento. Posteriormente la fase de postratamiento donde se vuelve a aplicar la batería de pruebas antes mencionada, con el propósito de comparar los niveles en los trastornos psicológicos y el cambio en las conductas de riesgo que se detectaron con la primera aplicación de las pruebas. Por último la fase de seguimiento para evaluar la eficacia del programa en base a los objetivos alcanzados.

Se espera que los resultados que se obtengan muestren cambios en todas las variables analizadas en la dirección esperada. Así mismo que las diferencias lleguen a ser significativas. Específicamente en primer lugar que los cambios en las conductas de riesgo (sedentarismo, hábitos alimenticios inadecuados, tabaquismo, ingesta de alcohol) disminuyan de manera considerable como resultado de la aplicación de la serie de técnicas de entrenamiento que se proponen. Tras el entrenamiento en las técnicas cognitivo-conductuales se espera que las alternativas propuestas representen un aumento en las habilidades del paciente para manejar de manera adecuada el estrés, la ansiedad, la depresión y habilidades sociales.

En la actualidad se sabe que la gente enferma por lo que hace, sin embargo, y aunque es fundamental conocer las conductas de riesgo, no es suficiente, se necesita que los pacientes cuenten con las habilidades necesarias para modificar dichas conductas y así lograr una mejor calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un gran interés por vincular a la psicología con los problemas de salud humana, por lo tanto han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento, que comparten el propósito de destacar los factores derivados del comportamiento individual en la prevención terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud. Los esfuerzos hechos hasta la fecha para involucrar a la psicología dentro de un modelo de salud han tenido que enfrentarse a los modelos tradicionales que habían venido encargándose de la salud. Para Ribes (1990) el hincapié en un modelo psicológico de la salud no elimina, los modelos biológico y sociocultural sino, que se constituye para relacionar variables de dos niveles (biológicas y socioculturales), a la vez establece las modalidades y los momentos en que es posible afectar el continuo salud-enfermedad por medio de las acciones de los individuos.

El proceso psicológico de la salud tiene un doble nivel resultante, la disponibilidad y emisión de conductas preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades biológicas, consisten en acciones de los individuos, que de manera directa o indirecta, disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad. Pueden tener como efecto empeorar un estado patológico existente o reducir el riesgo de enfermedad o coadyuvar en la detección de su progreso e incluso a su remisión total.

El factor más decisivo para la elaboración del nuevo enfoque sobre la salud, ha sido que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Hoy casi ningún profesional de la salud duda del impacto de nuestra conducta diaria en la salud y en la enfermedad.

En la actualidad el 50% de la población padece algún trastorno crónico que requiere atención del sistema de salud pública. Estos trastornos varían desde los relativamente benignos hasta las enfermedades graves como el cáncer, cardiovasculares o la diabetes. Más alarmante es el hecho de que según estadísticas la mayoría de las personas desarrollará alguna enfermedad crónica, que a la larga, podrá ser la causa de su muerte. Una enfermedad crónica es definida como un

trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo. Una gran variedad de factores ambientales (estilos de vida, hábitos entre otros.), junto con los factores hereditarios, pueden estar implicados en la etiología de estas enfermedades. Muchas de las enfermedades crónicas afectan todos los aspectos de vida de los pacientes, según Latorre y Beneit (1981) existen diferentes fases por las que pasa una persona diagnosticada con alguna enfermedad crónica, primeramente, una fase inicial crítica en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, posteriormente a lo largo del transcurso de la enfermedad se implicaran en mayor medida cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes.

En México según estadísticas de la Secretaria de Salud en 2005, las principales causas de morbilidad en población de 15 a 35 años fueron las enfermedades metabólicas entre las que destacan por incidencia la Diabetes Mellitus y las Enfermedades cardiovasculares (INEGI/SSA, 2005). Todas ellas asociadas por un grupo de síntomas y así mismo relacionadas con una serie de conductas de riesgo que las personas que las padecen llevan a cabo como tabaquismo, elevado consumo de grasa y poca actividad física. Lo más preocupante es que anteriormente estas enfermedades representaban las principales causas de mortalidad y morbilidad en la población de adultos mayores, sin embargo y de acuerdo a las cifras, son cada vez más frecuentes en poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes. Las enfermedades metabólicas (obesidad, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y síndrome metabólico) se establecen como consecuencia de un estilo de vida inadecuado, es fácil suponer que la curación y la rehabilitación de la persona no será alcanzada solo con la hospitalización y una serie de indicaciones médicas como no fumar, no beber, practicar ejercicio, no estresarse, cambiar la dieta, entre otras, se hace fundamental entonces contar con el apoyo de un programa de intervención psicológica que proporcione al paciente las habilidades necesarias para modificar estas conductas, es decir, su estilo de vida, decrementando la aparición temprana de complicaciones propias de cada enfermedad y la mortalidad.

Para Latorre y Beneit (1981) uno de los problemas que con mayor frecuencia se presentan en las enfermedades metabólicas es la falta de adherencia o cumplimiento del tratamiento. Diversos estudios han arrojado datos referentes a que

aproximadamente la mitad de los pacientes no muestran adherencia a los tratamientos.

Sin duda, a lo largo de la evolución de la enfermedad se van presentando una serie de reacciones emocionales tanto del paciente como de la familia, sin embargo, el diagnóstico de una enfermedad crónica y en particular las de tipo metabólico puede ser el impacto emocional más fuerte para el paciente. La incertidumbre y desorientación que surgen como consecuencia del diagnóstico, hacen imposible por el momento que el paciente pueda darse cuenta de la serie de cambios que se presentarán en su vida.

Uno de los factores que determinan la forma en que el paciente afronta una enfermedad, son las creencias que tenga acerca de ella. Algunas investigaciones como las realizadas por Nerenz y Leventhal (1983 en Latorre y Beneit, 1981) sugieren que los pacientes se forman una representación cognitiva de su enfermedad influyendo de manera positiva o negativa su adaptación en el tratamiento.

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos (Latorre y Beneit, 1981). Sin embargo para Matarazzo, (1995; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004), no basta, con tener el conocimiento de aquellas conductas que implican un mayor riesgo de enfermedad y muerte, para poder realizar algún cambio en la conducta de los pacientes. De ahí que la psicología y las técnicas de intervención juegan un importante papel para el cambio de conducta.

Por lo tanto, la intervención psicológica mediante un programa que propone alternativas en la modificación de conductas de riesgo para retardar la aparición temprana de complicaciones en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades metabólicas es un tema prioritario en la psicología de la salud, puesto que se refiere al desarrollo y fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable. El presente trabajo aborda a lo largo del capítulo uno la historia de la Psicología de la Salud, y como esta ciencia se ha involucrado en el ámbito de la salud, en el capítulo dos se trata lo relacionado a las conductas de riesgo y de salud que aumentan y disminuyen la probabilidad de que una persona

enferme y la influencia de los estilos de vida de los individuos en su calidad de vida. En el capítulo tres se revisa lo relacionado a las enfermedades crónico-degenerativas y el proceso salud-enfermedad, las enfermedades metabólicas son abordadas en el capítulo cuatro al igual que su etiología, complicaciones y tratamiento. Uno de los factores fundamentales en el tratamiento de las enfermedades es la adherencia terapéutica que se trata en el capítulo cinco, el capítulo seis consiste en una revisión de los fundamentos teóricos de un programa de intervención psico-educativo para que en el capítulo siete se de la propuesta del programa de intervención para modificar conductas de riesgo.

CAPITULO I.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Definición y postulados de la Psicología de la Salud

Según Ribes (1990) en los últimos años se ha dado un gran interés por vincular a la psicología con los problemas de salud humana, por tanto han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento, tales como la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual entre muchas otras. Compartiendo el propósito de destacar la importancia de los factores derivados del comportamiento individual en la prevención terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud. Los esfuerzos que se han hecho hasta la fecha para involucrar a la psicología dentro de un modelo de salud han tenido que enfrentarse a los dos modelos tradicionales que se habían venido encargando de la salud humana, nos referimos al modelo de salud biomédico y al sociocultural, que por resultar insuficientes al abordar las cuestiones de salud, han dado paso a que precisamente, se de este modelo alternativo que busca involucrar a la psicología con la salud. Cabría mencionar que el hincapié en un modelo psicológico de la salud no elimina, los modelos biológico y sociocultural sino, que constituye un modelo para relacionar variables de dos niveles (biológicas y socioculturales), a la vez establece las modalidades y momentos en que es posible afectar el continuo bienestar-enfermedad a través de las acciones prácticas de los individuos.

Aun cuando el ambiente humano es, en principio, un ambiente físico, su funcionalidad y organización como ambiente práctico obedece a razones históricas de origen sociocultural. Es por tal razón que, dependiendo de la organización y condiciones del ambiente, en tanto ambiente práctico definido por una sociedad y sus formas culturales, se observaran distintas maneras de bien o malestar de los individuos como organismos biológicos. En base a lo anterior la psicología de la salud establece algunos supuestos que fundamentan la pertinencia y utilidad de un modelo psicológico de la salud (Ribes, 1990):

1. La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción

entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción fundamental de las relaciones socioculturales.

2. Cuando se analizan en un modelo psicológico, los factores biológicos y socioculturales no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a las de sus disciplinas originales.

3. Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad.

4. Los factores socioculturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historia personal.

La psicología de la salud establece como postulados derivados de la interrelación entre las condiciones ambientales propiciadoras del bienestar y la acción de agentes fisicoquímicos y biológicos sobre el estado del organismo mediante la práctica social de los individuos que la dimensión psicológica de la salud puede segregarse en tres factores fundamentales (Ribes, 1990):

- ☑ La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, regulando el contacto de los organismos con las variables funcionales del medio ambiente.
- ☑ Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.
- ☑ Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Estos tres factores involucran una diversidad de funciones psicológicas y su proceso, como interrelación recíproca, determinante, en mayor o menor grado, de los resultados observables biológicamente en términos de salud o enfermedad. El hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas o el hacerlo en ciertas condiciones, constituyen elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica. Este resultado puede referirse como un equilibrio entre los niveles de comportamiento que representan acciones propiciadoras o auspiciadoras de enfermedad, acciones preventivas de enfermedad,

acciones correlativas y necesarias para la curación o acciones rehabilitativas (Ribes, 1990). Por tanto la consideración de aspectos psicológicos en el desarrollo de la enfermedad representa un punto a favor del paradigma biopsicosocial de la salud que permite la entrada de la psicología de la salud para el abordaje multidisciplinario del proceso salud-enfermedad. En el siguiente apartado se realiza una investigación de la historia de la Psicología de la Salud desde sus antecedentes hasta el punto tal en que llega a consumarse como tal.

Historia de la Psicología de la Salud

Para Reynoso y Seligson (2002) al revisar la historia del área de la salud nos toparemos inevitablemente que se aparea con su contraparte, nos referimos a la enfermedad. En otras palabras, la enfermedad se encuentra ligada a la vida y desde las primeras civilizaciones existen reportes de la intervención de curanderos, brujos quienes poseían el saber y lo utilizaban para alejar a los malos espíritus a través del uso de distintas herramientas, sosteniendo a la enfermedad en un modelo demoníaco, por lo que si los espíritus malignos salían del cuerpo enfermo éste recuperaría la salud. Dicha lógica de sacar el mal del cuerpo no ha cambiado mucho desde esas épocas hasta la fecha. Es a partir del siglo XVI que la medicina inició con cierta formalidad su etapa precientífica, asimismo se iniciaron los experimentos científicos con animales. La descripción anatómica del cuerpo humano sano y del enfermo permitió la comparación y sentaron las bases de la anatomopatología.

Durante el siglo XIX la medicina y sus practicantes adquirieron la connotación de científicos, debido a que sustentaban sus conocimientos y su práctica en una serie de fundamentos tanto teóricos como metodológicos que les permitió un accionar sistemático. De esta manera, se da el reafirmamiento de la clínica cediendo todo el espacio terapéutico de los antiguos practicantes de la medicina al médico, que desde ese momento, se erigió como el eje de la salud. Medicina y Psicología encontraron sustento científico en el siglo XIX; Reynoso y Seligson (2002) señalan que al revisar la bibliografía encontraremos entre otros a Weber, Fechner, Wundt, Breuer, Freud etc., quienes a partir del saber médico realizaban investigaciones en el área de la fisiología de los receptores. De las investigaciones sobre las sensaciones que suponían de magnitud creciente dependiendo de la intensidad de la estimulación, derivaron los primeros estudios psicológicos sobre percepción descubriendo que el hombre

reacciona ante los estímulos no en forma directamente proporcional a éstos sino en base a la valoración que hace de éstos.

Asimismo afirman que en la cultura occidental las raíces de la psicología clínica de la salud se remontan al siglo V a.C. y a la escuela Hipocrática de medicina. La salud era vista como un balance entre situaciones físicas y emocionales, mediada por una mezcla armoniosa de los humores. Desde 1900, los psicólogos ya mostraban interés en los problemas de salud. Probablemente, el inicio de la psicología de la salud surgió en 1969 con la publicación de un artículo en la revista *American Psychologist* por W. Schofield quien, interesado en el área, llevó a cabo estudios sobre la salud (Reynoso y Seligson, 2002).

Es a partir de la introducción de la psicología en el área de la salud que se establece una nueva manera de percibir los procesos de salud-enfermedad, en donde como se mencionó se da la consideración de variables sociales, culturales y psicológicas para el desarrollo, evolución y rehabilitación de las enfermedades por supuesto sin dejar de lado los componentes biológicos sino por el contrario, buscar una visión multidisciplinaria que permita el trabajo conjunto de cada una de las disciplinas involucradas con el único fin de abordar de forma integral los procesos relacionados con la salud y la enfermedad. Es a partir de este punto que revisamos la manera en que la psicología participa en el proceso salud-enfermedad tratándolo desde el ámbito psicológico de la salud.

El ámbito psicológico de la salud

En las últimas décadas ha surgido un gran interés por relacionar de manera estrecha a la psicología con los problemas de salud humana que se presentan más allá del campo de la salud mental. Los esfuerzos al respecto se han enmarcado en concepciones plurales, y no siempre bien delimitadas, respecto de la salud y la naturaleza de las dimensiones psicológicas que le son pertinentes. Con motivo de no caer en tales confusiones Ribes (1990) establece el concepto de salud en términos de dos ámbitos de significación el biomédico y el sociocultural. En el primer caso, se refiere a la salud en términos de la enfermedad, mientras que en el segundo pone énfasis en el bienestar.

El modelo biomédico de la salud, como carencia de enfermedad (o como continuo balance entre salud-enfermedad) hace énfasis en las condiciones propias del organismo y de los subsistemas que lo integran. Concibe a la salud como una metáfora del organismo como fortaleza defendiéndose de invasiones externas, por lo tanto, se considera la salud como un estado intrínseco del organismo en tanto resiste los embates de los agentes externos nocivos. Por otra parte, el modelo sociocultural de la salud subraya la correlación necesaria entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida. Debido a que existen indicios claros de la manera en que las condiciones de vida, determinadas por el medio físico y las prácticas socioculturales, son auspiciadoras o directamente responsables de alteraciones de la salud biológica. Dichas condiciones socioculturales no se restringen de manera exclusiva a los aspectos vinculados con los ingresos económicos, dado que existen también epidemias tanto para la pobreza como la riqueza.

La viabilidad de ambos modelos para plantear prácticas efectivas de prevención, curación y rehabilitación dependen en la medida que vayan construyendo concepciones con un rango de generalidad empírica de nivel muy distinto y puedan intersectarse en un eje más vinculador, que represente al comportamiento, entendido como una práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales. Todo ser humano, como organismo biológico, solo puede concebirse y entenderse desde la perspectiva de su actividad y práctica integrales como individuo. Es por ello que el análisis psicológico no es un simple complemento del conocimiento biológico para entender el estado de salud-enfermedad de un individuo particular, sino que constituye la dimensión en la que se plasma la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en un entorno, y su estado continuo entre salud-enfermedad como componente integral y condición de una práctica interactiva permanente (Ribes, 1990).

Partiendo de las limitaciones que el modelo biomédico presentaba para abordar integralmente la salud y enfermedad de los individuos es que se da la entrada al modelo social-cultural pero no como el único poseedor de la verdad sino como un nuevo camino para la integración de ambos modelos. El ámbito psicológico de la salud por tanto se refiere a las cuestiones relacionadas con la individualidad, puesto que como seres sociales vivimos rodeados de una serie de influencias culturales que de cierta manera son propiciadoras de las conductas que como individuos llevamos a

cabo y que juegan un papel fundamental al aumentar o disminuir la probabilidad de desarrollar una enfermedad. Sin embargo, cabe hacer énfasis en que uno de los principales puntos del modelo biopsicosocial es prevenir la aparición de alguna enfermedad para así generar bienestar en los individuos, es decir, desde este modelo es mejor prevenir que curar.

Un modelo psicológico de la salud

Desde los orígenes de la humanidad, la salud y la enfermedad, han sido fuente de preocupación para el ser humano. Hasta bien entrado el siglo XX, la salud se conceptualizó como la ausencia de enfermedad. De hecho desde el modelo médico se entendía la salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales (ej., accidentes, infecciones) (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990 en Becoña; Vázquez y Oblitas, 1995). Incluso, en la actualidad, la gente cuando se refiere a ese término generalmente piensa sólo en los aspectos físicos, rara vez en los aspectos psicológicos y conductuales asociados a la misma.

En las últimas décadas hemos asistido a un giro en la conceptualización de la salud, considerándose a la misma como algo que hay que desarrollar y no como algo que hay que conservar. En consonancia con este enfoque, en 1946 las Naciones Unidas fundaron la Organización Mundial de la Salud e incluyeron en el preámbulo de su constitución la siguiente definición: "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de dolencias o enfermedad" (WHO, 1947 en Becoña, Vázquez y Oblitas 2004). Esta conceptualización positiva, incluso utópica, nos lleva a abordar la misma como un concepto multidimensional, que considera sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Tripp –Reiner (1984, en Buela-Casal y Fernández, 1997), agrupa las definiciones de salud en tres grandes categorías:

- Un grupo de definiciones, en consonancia con el concepto de salud de la lengua española, considera a la salud como algo discontinuo, es decir, se trata de afirmar que un determinado individuo se halla o bien sano, o bien enfermo.
- Otro grupo de definiciones considera a la salud como algo continuo (o dinámico), lo que conlleva a considerarla como el aspecto final de un cambio progresivo, es decir, la ausencia de patología constituye un extremo y el estar

sano el otro. Y un sujeto puede pasar de un estado de enfermedad a otro de salud a través de un proceso que va de enfermo a sano.

- Un tercer grupo considera la salud como algo utópico, es decir, como un estado de bienestar y autorrealización que es prácticamente imposible de alcanzar. Dentro de este apartado se incluye la clasificación de la OMS.

Un segundo factor, que ha contribuido al cuestionamiento del quehacer en el campo de la salud ha sido el coste elevado de los cuidados de salud. Como el incremento acusado de los costes derivados del cuidado médico. En tercer lugar, desde el siglo XIX el modelo principal de la salud y la enfermedad ha sido el modelo biomédico. Éste explica la enfermedad en términos de parámetros físicos y la biología molecular es su disciplina científica básica. El modelo biomédico implica que las cuestiones psicosociales no son responsabilidad de los médicos. La noción de que la enfermedad era causada por un patógeno específico que estimuló el desarrollo de las drogas sintéticas y la tecnología médica y suscitó el optimismo que muchas enfermedades podrían ser curadas. Sin embargo, el punto de vista de que una enfermedad se encuentra en un agente específico ha dado al campo médico una perspectiva que se focaliza más sobre la enfermedad que sobre la salud. Además, este modelo médico define la salud exclusivamente en términos de ausencia de enfermedad (Engel, 1977 en Becoña, Vázquez y Oblitas 2004). Aunque el modelo biomédico de enfermedad ha predominado, unos pocos médicos han comenzado a defender una aproximación holística a la medicina, esto es una aproximación que considera los aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos.

Durante el último cuarto del siglo XX, más médicos, muchos psicólogos y algunos sociólogos han incluso comenzado a cuestionarse la utilidad del modelo biomédico. No dudan de que dicho modelo haya significado un importante progreso, sino que cuestionan la limitación a que impone al concepto de salud. Hace dos décadas, comenzó a emerger un modelo alternativo, que no sólo incorpora factores biológicos sino que también incluye los psicológicos y los sociales. Éste se ha acuñado con el nombre de modelo biopsicosocial, en que la salud es vista de nuevo como una condición positiva (Engel, 1977 en Becoña, Vázquez y Oblitas 2004).

Por lo tanto consideramos importante abordar el tratamiento de la enfermedad en este caso las enfermedades metabólicas desde el modelo biopsicosocial ya que toma en cuenta al individuo de manera integral

Actualmente, en el campo del cuidado de la salud, la gente está debatiendo cuál es el modelo que deberían usar los investigadores y los clínicos. Algunos han mostrado su insatisfacción con el modelo médico tradicional y han cuestionado su idoneidad. Ahora bien, esa insatisfacción no es un motivo suficiente para provocar un cambio. Es necesaria la disponibilidad de un modelo alternativo, que debe reunir la fuerza del modelo antiguo mas la capacidad de resolver los problemas en los que ha fracasado el modelo antiguo. Los defensores del modelo biopsicosocial creen que reúne ambas cuestiones. Cada vez tiene más defensores y menos detractores, sin embargo, el modelo médico continúa siendo el modelo dominante (Brannon y Feist, 2001).

Al respecto consideramos que trabajos como el presente puede ayudar a reafirmar la efectividad del uso del modelo biopsicosocial, demostrando que es capaz de llevar al individuo a un estado de bienestar con la modificación de conductas en su estilo de vida.

Hoy en día más que enfatizar los aspectos negativos de la salud, se reconoce la importancia de la perspectiva de salud positiva. El objetivo es hacer siempre más énfasis en construir salud que en curar la enfermedad. Sin embargo, y pesar de reconocer la necesidad de una perspectiva positiva de la salud, la evidencia empírica nos pone de manifiesto que de una forma general se sigue haciendo énfasis en la ausencia de enfermedad. Además a los encargados de la salud se les entrena más bien para buscar la patología que la salud. Por tanto, se considera necesaria la investigación de los procesos de desarrollo normales para mejor describir, explicar y, siempre que sea posible, modificar (o prevenir) la aparición de patologías a lo largo del ciclo vital. Es preciso, señalar también que un concepto positivo de salud llevaría a hacer énfasis, en un modelo que diese prioridad a la salud en vez de a la enfermedad (Buela-Casal, Fernández y Carrasco, 1997).

Por supuesto creemos que lo ideal es enfocarse en la salud por tanto es necesario que la población tenga conocimiento de las conductas que puede llevar a cabo para mantener un estado de bienestar.

En base a lo anterior algunos autores como Antonovsky (1987, en Buela-Casal, Fernández y Carrasco, 1997), proponen el modelo salutogénico que no es antagónico, sino complementario del modelo patológico y presenta las siguientes características:

- Considera la salud/enfermedad como un continuo
- Hace énfasis en la historia de salud/enfermedad del humano
- Se localizan los recursos de afrontamiento para la superación de los problemas y promoción de la salud
- Fomenta la adaptación crítica del organismo-ambiente

Algunas de las posibles consecuencias de llevar a la práctica el concepto positivo de salud sería el de llevar a cabo el diseño e implementación de programas preventivos que se focalizarían más sobre las consecuencias positivas de adoptar una nueva conducta de salud, que en resaltar los posibles riesgos asociados con continuar manteniendo la conducta patológica. Es decir, se trata de considerar a la salud como un valor positivo, a nivel individual y comunitario, y de que el sujeto disponga de actitudes positivas que guíen actualmente su conducta (Kristiansen, 1985 en Buela-Casal, Fernández y Carrasco, 1997).

Consideramos que lo ideal es mantener la salud con programas que se encarguen de esto, pero también creemos que aunque ya se haya presentado la enfermedad es primordial llevar a cabo programas que contribuyan a minimizar o retardar las consecuencias que dicha enfermedad provoque, partiendo de los estilos interactivos que se mencionan a continuación.

El proceso psicológico de la salud

Para Ribes (1990) el proceso psicológico de la salud adecuado al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud Biológica comprende la interacción de tres factores fundamentales:

a) la historia interactiva del individuo: es la historia de sus interacciones, en otras palabras, es como se ha comportado en el pasado en ciertas situaciones y de las relaciones que se establecieron. Constituye la disposición de un individuo a interactuar con una situación en el presente, con base en las formas y modos en las que interactuó previamente de acuerdo a una determinada situación. Por tanto, constituye un factor que facilita o interfiere la emisión de ciertas conductas, pero así mismo, no constituye un factor decisivo para que dichas conductas sean pertinentes funcionalmente en una situación determinada, por consiguiente, no determina que una conducta sea o no funcional en una situación. En efecto, la historia psicológica contribuye a las interacciones haciendo más o menos probable una forma de contacto conductual con las situaciones, con base en los antecedentes interactivos del individuo con situaciones semejantes. La historia interactiva puede examinarse en dos dimensiones:

- ✓ Estilos interactivos: tienen que ver con lo que tradicionalmente se ha considerado la personalidad de un individuo (Ribes y Sánchez, 1990). Son la manera idiosincrática en que un individuo se enfrenta con una situación al interactuar por primera vez con ella. Dichos estilos conformaran la manera en que se comportará y no el qué conductas particulares mostrará en esa situación. La interacción se irá ajustando a lo que requieran las situaciones con base al contacto inicial, ante las circunstancias presentes, característicos de su(s) estilo(s) interactivo(s) pertinentes. Así, los estilos interactivos modulan la oportunidad, la velocidad y la precisión de las conductas efectivas que implica el comportarse en una determinada situación que prescribe los criterios de eficacia de un individuo.
- ✓ Disponibilidad de competencias funcionales: tiene que ver con la capacidad conductual del individuo. La situación, desde un punto de vista psicológico, no se trata solamente de una mera colección de objetos físicos y de personas con una caracterización social dadas. Los acontecimientos que le son relevantes a la psicología son las acciones de los organismos e individuos y las acciones de los objetos relativas a los individuos. En una situación están presentes un conjunto organizado de contingencias o relaciones condicionales entre las acciones de un individuo y las acciones de otro (s) individuo(s) y de los objetos potencial y actualmente efectivos. Por tanto, la capacidad conductual de un individuo, se refiere, a la funcionalidad adquirida en interacciones pasadas por ciertas formas de

comportamiento ante determinadas situaciones contingenciales, con base a las consecuencias que se han dado.

- b) las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada.
- c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación.

De esta manera se hace indispensable obtener información acerca del individuo, esto es, su historia en cuanto al ámbito de la salud, sus interacciones y competencias, es decir, todos sus ámbitos de actuación, por medio de la evaluación que trataremos a continuación.

Evaluación e intervención en psicología de la salud

Por su parte Gil Roales-Nieto (2003) afirman que las cuestiones relativas a la evaluación en la psicología de la salud alcanzan una dimensión y extensión de acuerdo al margen de los aspectos que cubre. La evaluación de la psicología de la salud, en tanto disciplina aplicada, comparte numerosas características con la evaluación conductual en psicología clínica. La consideración de la intervención como un continuo evaluación-pre/actuación/evaluación-post-seguimiento, de tal manera que la evaluación como proceso siempre estará presente a nivel pre, intra y postratamiento. Por lo tanto, en la psicología de la salud se precisa evaluar para saber cuál y cómo es el problema, si la intervención consiguió o no sus propósitos, y si el problema reaparece o no, el objetivo de salud se mantiene a lo largo de un tiempo preestablecido convencionalmente denominado seguimiento.

El hecho de que la intervención en psicología de la salud cubra todos los posibles ámbitos de actuación desde el individual hasta los diferentes niveles de colectividad, y tenga por objetivos desde la prevención de lo que aún no ha acontecido, provoca que la evaluación revista todas sus posibilidades y niveles, y se avoque al uso de todo tipo de prácticas e instrumentos de medición.

Keefe y Blumenthal (1982 en Roales-Nieto, 2003), establecen 5 principios básicos que deben dirigir la evaluación en Psicología de la Salud:

1. La consideración de los comportamientos o los fenómenos objeto de evaluación en términos observables y mensurables, en cuanto sea posible.
2. Una atención especial a la evaluación de la interacción entre comportamiento y fenómenos ambientales y fisiológicos.
3. Un énfasis en la conexión del proceso que va a evaluar con el de la aplicación del programa o tratamiento, en tanto ambos forman partes indisolubles de lo que se entiende como proceso de intervención.
4. La repetición de la medida a través del tiempo, en la siguiente secuencia medición-aplicación-medición de manera continua e integrada que permita comparar los niveles del cambio a lo largo del tiempo.
5. El mantenimiento de un espíritu evaluador a lo largo de la propia aplicación del programa o tratamiento en cuestión, de manera que la efectividad de la aplicación sea evidente y permita el rectificar sobre la marcha en caso de ser necesario.

Ahora bien, los objetivos de la evaluación dependen de los intereses en juego, de que la intervención se planee sobre la salud y/o la enfermedad y que se pretenda trabajar a un nivel individual, grupal, institucional o comunitario.

De tal manera Gil Roales-Nieto (2003) señala que la evaluación en Psicología de la Salud puede diseñarse para cubrir los mismos objetivos en el nivel o plano de actuación en que se requiera, en lo que se refiere a la evaluación de cualquier proceso de enfermedad que demande una intervención psicológica se debe:

1. Delimitar las condiciones y subcondiciones (personales-conductuales, cognitivas y psicofisiológicas-, interpersonales, comunitarias y sociales) que contribuyen al comienzo y/o mantenimiento de una enfermedad, asimismo, de las variables de las cuales aquéllas dependen.
2. Contribuir a proporcionar un grado de predictibilidad acerca del futuro del desorden en lo que respecta a las variables presentes de su competencia.
3. Mediante el juicio diagnóstico que corresponde se establezca la correlación funcional o interacciones causantes de las condiciones y subcondiciones contribuyentes al proceso patológico, proporcionando direcciones para la intervención en el ámbito de su competencia.
4. Proveer un lenguaje común que facilite la comunicación entre profesionales.

Por tanto consideramos relevante e indispensable que antes de llevar a cabo cualquier programa de intervención se realice dicha evaluación, para poder identificar el nivel en donde es necesario comenzar la intervención.

La evaluación en psicología de la salud dispone para su aplicación de una buena parte de instrumentos y técnicas elaborados para la evaluación conductual en clínica, por lo tanto, se debe establecer que los objetivos de la evaluación respondan a los objetivos de la intervención, aún así se pueden establecer una serie de propósitos generales de la evaluación que responderían a los posibles objetivos de intervención. A este respecto Karoly (1985 en Gil Roales-Nieto, 2003), señaló 7 propósitos principales:

1. Clasificación, diagnóstico y predicción o pronóstico, y que haría referencia a evaluar para intervenciones con objetivo de control de enfermedad.
2. Tratamiento y rehabilitación y se refiere a una continuación natural del propósito anterior, en tanto el diagnóstico no es sino la entrada que indica las relaciones funcionales responsables del problema y señala o apunta qué interacciones terapéuticas pueden resultar adecuadas.
3. Prevención y promoción de la salud, que haría referencia a evaluaciones llevadas a cabo con el propósito de mantener estados de salud en individuos sanos, o estados de la mayor salud posible en individuos con enfermedad crónica.
4. Cuidado de la salud, se entiende como el propósito de cuidado institucional de la salud tanto a nivel individual como colectivo.
5. Planificación de política sanitaria incluiría evaluaciones con propósitos de salud pública, o de toma de decisiones sobre actuaciones legislativas o presupuestarias.
6. Investigación.
7. Enseñanza.

Dada la importancia de los puntos establecidos anteriormente es que el programa que presentamos pretende llevar a cabo varios de estos propósitos como son la prevención, promoción y el cuidado de la salud.

En lo que se refiere al área de actuación sobre la enfermedad propiamente dicha, esto es, la intervención sobre individuos o grupos con un diagnóstico establecido y con el ánimo de influir en el curso o consecuencias de su patología, se pueden señalar dos objetivos generales en función del tipo de fenómenos patológicos de que se trate:

- La restauración de la salud para los casos de personas que sufran procesos patológicos susceptibles de curación con los medios posibles.
- El mantenimiento de la salud en la enfermedad crónica, esto es, el mantenimiento del mayor y mejor grado de salud posible en aquellas personas que sufran un deterioro irreversible de la misma en alguno de sus grados.

Se puede intervenir de manera específica procurando la modificación directa de las variables responsables del malestar o de aquellas que pueden facilitar el proceso de recuperación, en el caso de las enfermedades agudas y crónicas surgen dos subáreas de intervención representadas por la facilitación del afrontamiento a la enfermedad en pacientes de reciente diagnóstico y la facilitación de la adherencia al tratamiento y al control de la enfermedad.

Para Gil Roales-Nieto (2003) la subárea de intervención sobre el afrontamiento de la enfermedad por el paciente y su familia tiene el propósito de minimizar el impacto psicológico causado por la evidencia de la enfermedad que con frecuencia se transforma en un empeoramiento del curso de la propia enfermedad. En la subárea de adherencia al tratamiento y control de la enfermedad los objetivos son: a) el mejor seguimiento posible, de los tratamientos médicos, con el menor coste psicológico posible, son intervenciones dirigidas a entrenar al paciente a controlar las barreras personales y sociales que encontrará para cumplir su tratamiento y b) el autocontrol o automanejo de la enfermedad, objetivo de intervención de mayor importancia en las condiciones de enfermedad crónica.

De esta manera hacemos énfasis en la importancia que tiene la forma en que el individuo y su familia conciben la enfermedad pues de ésta depende en gran parte su adecuado tratamiento. Podemos concluir que la inclusión del nuevo modelo de salud que implica aspectos biológicos, sociales y psicológicos responde a las demandas que

exigen el abordamiento de las recientes enfermedades que comparten una característica esencial el estilo de vida (conductas de riesgo y de salud) con las que los individuos cuentan. Asimismo, es de destacar el papel que juega la Psicología de la Salud en el proceso de la salud-enfermedad. Por tanto el siguiente capítulo aborda las conductas que como hemos venido mencionando están íntimamente ligadas con la salud-enfermedad.

CAPITULO II.

CONDUCTAS DE RIESGO Y DE SALUD (PATOGENOS E INMUNOGENOS CONDUCTUALES)

En nuestra época, cada vez con mayor frecuencia somos testigos de un cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad en las sociedades desarrolladas, pero sobre todo, dicho cambio se ha enfatizado en la población de adolescentes y adultos jóvenes. Debido a tal acontecimiento, es que las enfermedades infecciosas han cedido su lugar a las enfermedades crónico-degenerativas respecto a la frecuencia de morbilidad y mortalidad en la población, diversas investigaciones han señalado que dichas enfermedades son producto de entre otras cosas de comportamientos inadecuados. Cada vez es mayor la evidencia que señala el peso y la importancia de nuestra conducta, nuestros estados psicológicos y el contexto en el que nos desenvolvemos para nuestra salud. Por tanto, la salud de los individuos está determinada en gran medida por comportamientos tales como realizar hábitos saludables o llevar una vida llena de excesos que se incline más hacia hábitos o conductas de riesgo.

Conductas de riesgo o patógenos conductuales.

Las resultantes del proceso psicológico de salud son diversas, algunas son de naturaleza psicológica. Las conductas instrumentales vinculadas al contacto directo con condiciones o efectos de mayor o menor riesgo para la salud, así como los comportamientos asociados a los estados de enfermedad, constituyen los factores psicológicos resultantes del proceso de salud (Ribes, 1990).

Consideramos que una de las consecuencias del proceso de la Psicología de la Salud se refieren a las conductas de riesgo o salud, que en el primer caso aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad y que por tanto nos alejan de la visión positiva de la salud en donde lo ideal es la ausencia de la enfermedad y el mantenimiento de conductas saludables que brinden un mayor bienestar a los individuos, podemos reafirmar que es clara la relación entre las conductas ya sean de riesgo o de salud que en gran medida determinarán un estado óptimo de salud. Si acaso podríamos agregar un punto no considerado por Ribes y es que aunque las

conductas juegan un papel trascendental, las cogniciones de los individuos se ven inmiscuidas en las acciones que éste llevará a cabo, por tanto no sólo es la cuestión de lo que hacemos o no sino de los pensamientos y todas las cuestiones cognitivas que nos motivan a realizarlas.

Por lo anterior es que consideramos que para la realización del trabajo debemos partir del modelo cognitivo-conductual en donde a diferencia del propuesto por Ribes aborda ambas cuestiones. Sin embargo es enriquecedor para el trabajo que se aborden las definiciones sobre conductas de riesgo y salud que a continuación se presentan.

Las enfermedades crónico-degenerativas han sustituido a las enfermedades infecciosas como causas principales de muerte u hospitalización, la peculiaridad de tales enfermedades es que se encuentran estrechamente relacionadas a la conducta humana y al estilo de vida de los sujetos. Por tanto para Becoña, Vázquez y Oblitas (2004) en la actualidad se refiere a hablar de patógenos conductuales a aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermar.

Es decir, las cosas que hacemos o dejamos de hacer en nuestro diario vivir pueden ser la causa de que se presente alguna enfermedad, a esto podemos sumarle también los factores hereditarios. Sin embargo consideramos que las conductas de riesgo tienen una gran influencia en la aparición de una enfermedad.

Ribes (1990) las denomina “conductas instrumentales” podrían clasificarse en conductas productoras de patología directas, aquellas que producen el contacto con el agente patógeno e indirectas, serían aquellas que sin producir contactos específicos con agentes patógenos o dañinos, aumentan la vulnerabilidad del organismo ante la acción de dichos agentes. Las prácticas alimentarias inadecuadas, el ejercicio físico mal dosificado, el abuso en la automedicación de antibióticos y otros fármacos, el consumo de alcohol, el tabaquismo y muchas otras prácticas son ejemplos claros de estas conductas instrumentales.

Estas conductas consisten en acciones de los individuos, que de manera directa o indirecta, disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad.

Pueden tener como efecto tanto el aumentar los riesgos de contraer una enfermedad o de empeorar un estado patológico existente, así como el efecto contrario de reducir el riesgo de enfermedad o coadyuvar a la detención de su progreso e incluso a su remisión total. Se definen como las acciones efectivas específicas para prevenir o aumentar los riesgos de contacto con los agentes fisicoquímicos o biológicos productores de patología biológica. Reflejan los aspectos vinculados al entrenamiento en prácticas de salud de los individuos, así como los aspectos culturales que facilitan o interfieren con dichas prácticas

Las conductas de riesgo constituyen factores de riesgo para la salud porque se pueden identificar tres tipos de instrumentalidad del comportamiento que actúan de tal manera, a continuación se describe lo señalado al respecto por Ribes (1990):

- 1) Cuando la conducta, de manera gradual expone al individuo a condiciones del ambiente o produce condiciones en el organismo, que se traducen en cambios patológicos en el orden biológico.
- 2) Cuando la conducta del individuo es responsable directa del contacto con agentes patógenos específicos y, por ende, del contagio.
- 3) Cuando la conducta del individuo es responsable directa de daño biológico, tal como ocurre en todo caso de accidentes o lesiones.

De la misma manera en que la conducta puede ser instrumental para aumentar el riesgo de pérdida de salud (o para contraer una enfermedad o patología) lo puede ser también para disminuir los riesgos de salud, cuando el individuo actúa preventivamente, por tanto, al hablar de conductas instrumentales de riesgo, se puede hacer referencia tanto a formas de comportamiento que aumentan el riesgo de una enfermedad, como aquellas que reducen dicho riesgo al actuar preventivamente. Sin embargo, cuando hablemos de estas últimas nos referiremos a ellas como preventivas.

De tal manera para Ribes (1990) las conductas preventivas o de riesgo están reguladas por factores adicionales a los efectos que tienen sobre el estado de salud del individuo. De este modo, las conductas de riesgo, en ocasiones, pueden constituir la consecuencia directa de carecer de conductas preventivas. Aunque, en otras ocasiones, la conducta de riesgo se produce aun cuando existe disponible también la

conducta preventiva, lo que no implica necesariamente que se deje de emitir el comportamiento que bajo ciertas condiciones puede constituir un riesgo para la salud.

Por tanto podemos concluir que las conductas de riesgo o patógenos conductuales o conductas instrumentales de riesgo como las denomina Ribes cualquiera que sea el término empleado se refieren al repertorio conductual de un individuo que aumentan la probabilidad de desarrollar alguna patología alejándolo de un estado óptimo de salud, dichas conductas son producto de toda una serie de factores como la historia del individuo, la efectividad que dichas conductas le han arrojado en determinadas situaciones y las alternativas conductuales con las que el individuo cuente para que en caso de que la conducta que lleva a cabo no le resulte funcional pueda hacer uso de las demás alternativas con que cuente su repertorio conductual. Por tanto consideramos que aun cuando ya se tenga la enfermedad es posible la aplicación de conductas instrumentales que en este caso no previenen la enfermedad sino que ayudan a minimizar o retardar sus complicaciones, por medio de comportamientos llamados inmunógenos conductuales que propician un estado óptimo de salud que conlleva a una mejor calidad de vida y como consecuencia a que el individuo goce de bienestar.

Conductas saludables o inmunógenos conductuales.

Matarazzo (1984; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004) denomina inmunógenos conductuales a todos aquellos comportamientos que hacen a las personas menos susceptible a la enfermedad.

Por su parte McAlister (1981; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004), define a las conductas saludables y son aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y su longevidad.

Las conductas de salud son conductas en las que toma parte un individuo, cuando plenamente goza de salud, con el firme propósito de evitar la enfermedad. Estas incluyen una gran gama de conductas, desde dejar de fumar, perder exceso de peso y mantenerse en un peso adecuado, realizar alguna actividad física constante, tener una buena alimentación, entre otras. Para Becoña, Vázquez y Oblitas (2004), el término de conducta de salud implica esfuerzos en reducir los patógenos conductuales y

desempeñar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales. Pero, dichas conductas de salud, no se presentan en vacío, es decir, para comprenderlas se debe hacer una revisión al contexto en que tienen lugar. Estos contextos comprenden una gran fuente de factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales. Sin embargo, las conductas de salud que realiza una persona también pueden depender de la percepción subjetiva de determinados síntomas, es decir, la susceptibilidad percibida. En otras palabras, son las percepciones individuales de la vulnerabilidad personal a enfermedades o accidentes específicos. La naturaleza (percepción de susceptibilidad) y la intensidad (severidad percibida) de estas percepciones con las que pueden afectar de manera considerable al momento en que se tenga o no que adoptar una conducta concreta.

Por último, cabe señalar que el repertorio de conductas saludables de un individuo también están en función de factores emocionales y cognitivos (determinantes psicológicos). Dichos aspectos pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud. De acuerdo a los resultados arrojados en una serie de investigaciones los estados emocionales negativos pueden interferir en las conductas saludables. Además de los factores emocionales, la práctica de conductas de salud obedece a los pensamientos y las creencias de las personas. Por tanto, por lo que una persona crea o piense de una determinada amenaza para la salud no tiene porque coincidir o ir a la par de la comprensión médica objetiva de la misma (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004).

De tal manera consideramos las conductas saludables como aquel repertorio conductual que propicia un estado óptimo de salud caracterizado por la ausencia de enfermedad, cabe hacer énfasis en los factores psicológicos que juegan un papel fundamental para motivar a los individuos a llevar dichas prácticas, sin embargo también dependen de toda una serie de creencias que le permiten al individuo relacionar de manera directa su conducta con su estado de salud, son precisamente estos factores los que en la actualidad propician que los individuos no consideren la puesta en práctica de conductas saludables. De modo que la reacción o respuesta que una persona presenta cuando se le diagnostica una enfermedad tiene una relación directa a sus pensamientos y creencias acerca de la enfermedad que lo que el médico le pueda decir acerca de la enfermedad. Estos pensamientos y creencias provienen del medio en donde se desenvuelve el individuo, y pueden cambiar a lo largo de la

enfermedad ya sea para la mejora de la calidad de vida o en su defecto para agravar la enfermedad y sus consecuencias. Esto dependerá de las conductas de salud que realice el individuo. Señalado lo anterior, es que a continuación se mencionan de manera específica las conductas que pertenecen a cada una de las categorías.

Categorización de conductas saludables y de riesgo.

Una vez establecida la relación entre la conducta y la salud, como resultado de un estudio en el que se observó una estrecha relación entre la longevidad y siete conductas de salud (Belloc, 1973; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004), establece que el seguimiento y la realización de dichas conductas favorecerían de importante manera nuestra salud, las conductas son las siguientes:

- 1) Dormir 7 u 8 horas.
- 2) Desayunar todos los días.
- 3) Tres comidas al día.
- 4) Mantener el peso corporal dentro de los límites normales.
- 5) Practicar ejercicio físico regularmente.
- 6) Uso moderado del alcohol o abstenerse a su consumo.
- 7) No fumar.

Una vez expuestas las conductas, Fusté-Escolano (2004), busca entonces poder establecer una diferenciación sobre las conductas de riesgo para la salud y asimismo, los hábitos o conductas que favorezcan a la salud, lo anterior, para realizar una lista de hábitos de vida que favorezcan el desarrollo de un estilo de vida saludable y el contrario, retoman el trabajo que Gil Roales realizó al respecto en 1998:

Lista de hábitos de vida que favorecen el desarrollo de un estilo de vida saludable

- Saber utilizar la publicidad, el consumo en general.
- Empleo adecuado de servicios públicos.
- Cultura física.
- Respeto a las normas de tránsito.
- Higiene personal.

- Utilización racional del agua y de los recursos energéticos.
- Hábitos de limpieza urbana.
- Hábitos alimentarios saludables.
- Hábitos culturales del empleo del ocio/tiempo libre.
- Reconocimiento de las conductas positivas.
- Potenciar redes de apoyo social.
- Tener prácticas sexuales responsables.
- Buenos hábitos de convivencia.
- Hábito de escolarización.
- Hábito de vacunación.
- Conciencia de que los accidentes se pueden prevenir.

Lista de hábitos que dificultan el desarrollo de un estilo de vida saludable.

- Abuso de drogas.
- Consumo de tabaco.
- Consumo de alcohol.
- Incultura hacia la valoración de especies animales protegidas.
- Contaminación del aire por humo del tabaco.
- Contaminación del aire por las fábricas.
- Contaminación acústica.

De esta manera al poner en práctica hábitos que favorecen a la salud y al mismo tiempo eliminando aquellos que obstaculizan un estilo de vida saludable, la calidad de vida de los individuos mejorará de manera significativa, evitando así la enfermedad o minimizando sus consecuencias.

Modelos de comportamiento y salud.

La mayoría de las personas valoran la salud y buscan a toda costa evitar la enfermedad y la incapacidad. Sin embargo, mucha gente no se comporta de un modo que maximice su salud y minimice la enfermedad y la incapacidad. Para dar solución a tales situaciones, se han formulado una serie de teorías o modelos como un intento de poder predecir y dar sentido a los comportamientos relacionados con la salud. Los psicólogos de la salud con gran frecuencia suelen utilizar modelos teóricos para ajustarse a diversos criterios como la generación de investigaciones, organización y explicación de las observaciones y orientación en la predicción del comportamiento. Dichos modelos son el modelo de las creencias sobre la salud diseñado por Hochbaum (1985); la teoría de la acción razonada, de Ajzen y Fishbein en 1980; el comportamiento planificado, desarrollado por Ajzen (1991); la teoría de la autorregulación de Bandura (1977, 1986); el modelo del proceso de adopción de la precaución desarrollado por Weinstein en 1988 y el modelo trasnteórico de Proschaska y cols. (1992), entre otros, dichas investigaciones fueron revisadas por Brannon y Feist (2001).

A continuación se describe cada uno de los modelos teóricos sobre el comportamiento antes mencionado.

Modelo de creencias sobre la salud

A partir del trabajo desarrollado por Hochbaum se han realizado numerosas versiones del modelo de creencias sobre la salud, la que ha generado mayor atención es la de Becker y Rosenstock en 1979. Al igual que los demás modelos de creencias sobre la salud, el realizado por dichos autores sugiere que las creencias contribuyen de manera significativa al comportamiento de búsqueda de salud. Incluye cuatro creencias que deben combinarse para predecir los comportamientos relacionados con la salud:

- 1) La susceptibilidad percibida a la enfermedad o a la incapacidad.
- 2) La gravedad percibida de la enfermedad o la incapacidad.
- 3) Los beneficios percibidos de los comportamientos promotores de la salud.

- 4) Las barreras percibidas para realizar los comportamientos promotores de la salud.

El modelo ha sido empleado para predecir comportamientos relacionados con la salud (Brannon y Feist, 2001).

En base a los puntos mencionados anteriormente confirmamos una vez más que independientemente de la enfermedad que se padezca, las creencias que el paciente tenga acerca de ellas ya sea lo que le dijo el vecino, un familiar o amigo influye en la reacción que tendrá en cuanto se le diagnostique la enfermedad, puede que sea favorable o desfavorable para el tratamiento, pues puede ser que el conocimiento que tenga de la enfermedad ayude a su tratamiento o interfiera con el mismo, esto es información crucial para el equipo multidisciplinario ya que se puede saber en donde comenzar a trabajar con el paciente, lo ideal es que el paciente tenga toda la información posible antes de crear un juicio acerca de su enfermedad.

La teoría de la acción razonada

Desarrollada por Ajzen y Fishbein (1975) asume que las personas son bastante razonables y que hacen un uso sistemático de la información para decidir de qué manera comportarse. Pero asimismo, consideran las consecuencias de sus actos antes de decidirse a adoptar un comportamiento dado. La teoría supone que el comportamiento está dirigido a un fin o la obtención de un resultado y que las personas eligen libremente aquellos actos que consideran que les encaminarán en la dirección trazada. El factor determinante inmediato del comportamiento es la intención de actuar o no. Las intenciones están determinadas por dos factores. El primero es una valoración personal del comportamiento, es decir, la actitud personal hacia el comportamiento determinada por la creencia de que dicho comportamiento producirá resultados valorados de forma positiva o negativa. El segundo es la percepción de la presión social para llevar a cabo o no la acción, en otras palabras, la norma subjetiva moldeada por la propia percepción de la valoración que un individuo particular (o grupo determinado) hace del comportamiento en cuestión y por la motivación para ajustarse a las normas establecidas por el propio individuo (Brannon y Feist, 2001).

Cuando un paciente decide actuar de una u otra manera, ésta decisión está dictada no solo en base a su opinión personal sino que también toma en cuenta al

mundo que le rodea, podemos hablar de la familia, la escuela, algún grupo social al que pertenezca, el trabajo, etc. Es decir, en esta decisión se ve reflejada la percepción que el individuo tenga de la presión social para actuar de tal manera.

La teoría del comportamiento planificado

La principal diferencia que señala Ajzen en 1985 que existe entre la teoría de la acción razonada y la teoría del comportamiento planificado es la posterior inclusión de la percepción del control que la gente tiene sobre su comportamiento. Por tanto, cuanto mayor es el número de recursos y oportunidades que la gente cree tener, más firme será su creencia de que puede controlar su comportamiento. Las predicciones del comportamiento pueden realizarse a partir del conocimiento de:

- 1) La actitud de la gente en relación con el comportamiento.
- 2) Su norma subjetiva.
- 3) Su control percibido del comportamiento.

Estos tres comportamientos interactúan entre sí, configurando las intenciones de las personas en relación con su comportamiento. Además, el control percibido puede tener una influencia directa sobre el comportamiento de las personas. El control es percibido como la facilidad o dificultad que se presenta a la hora de obtener resultados conductuales deseados, por tanto, refleja los comportamientos pasados y la habilidad percibida de superar obstáculos. Asimismo, funciona de forma tanto directa como indirecta para influir en el comportamiento. La vía directa es el control real que un individuo tiene sobre la adopción de un comportamiento, dicha vía puede presentarse cuando las personas desarrollan comportamientos de forma casi automática. Por otra parte va a influir de forma indirecta para configurar el comportamiento, estando presente en la intención que tienen las personas de comportarse de una manera en específico. Esta teoría supone que las personas que creen que pueden adoptar fácilmente un comportamiento están más dispuestas a intentar asumirlo que aquellas personas que creen tener un escaso control sobre dicho comportamiento (Brannon y Feist, 2001).

Por lo tanto consideramos que esta teoría es de suma importancia en el tratamiento de una enfermedad pues basa sus principios en que el pensamiento que tenga un paciente acerca de si puede lograr o no una modificación en su conducta es un punto clave en la realización de la misma, es decir, si piensa que puede hacerlo es muy probable que lo logre.

La teoría de la autorregulación

La teoría de Bandura (1986 en Brannon y Feist, 2001), de la autorregulación pone énfasis en la interacción del comportamiento, el entorno y los factores personales, específicamente en la cognición. Con el término autoeficacia se refiere a las creencias que las personas tienen sobre su capacidad de poseer el control sobre los acontecimientos y situaciones que afectan sus vidas. Señala que la creencia de las personas de que pueden adoptar aquellos comportamientos que les proporcionarán los resultados esperados en una situación en particular. Sugirió que la autoeficacia puede adquirirse, aumentarse o disminuir mediante una de las siguientes fuentes:

- 1) La actuación o la realización de un comportamiento.
- 2) La experiencia vicaria o la observación a otra persona con habilidades similares realizando un comportamiento.
- 3) Persuasión verbal o escuchar palabras de aliento de una persona de confianza.
- 4) Estados de activación psicológica, como la ansiedad que puede disminuir los sentimientos de autoeficacia.

El modelo propuesto por Bandura reúne 3 componentes que por separado son abordados en otros modelos son la interacción del comportamiento, el entorno y los factores personales haciendo énfasis en la importancia de la percepción de la autoeficacia por parte del individuo para actuar de una manera específica. Un claro ejemplo de esta teoría son los grupos de autoayuda en donde pacientes que han vivido más tiempo con la enfermedad comparten a los que llegan al grupo su experiencia en base a su vida con la enfermedad, lo que los motiva a ver que si se puede vivir con una enfermedad crónico-degenerativa y tener un estilo de vida saludable y por ende una buena calidad de vida.

Bandura (1986) afirmó que el comportamiento está motivado y regulado por el ejercicio continuo y constante de la autoinfluencia que incluye:

- 1) El control de los factores determinantes y de las consecuencias de nuestro comportamiento.
- 2) La valoración de nuestra conducta en términos de estándares personales y circunstancias personales.
- 3) La respuesta positiva o negativa sobre nuestro propio comportamiento dependiendo en gran medida de cómo éste se aproxime o no a los estándares propios.

Podemos concluir que los pensamientos y creencias son determinantes en el tratamiento y desarrollo de una enfermedad crónico-degenerativa, lo que piense y haga el paciente dependerá de su medio social y cultural, y éste puede ser a su vez influenciado por diversos factores tales como las expectativas que tenga de si mismo, la respuesta que tenga ante los resultados de su conducta tanto a corto como a largo plazo y el compromiso que haga consigo mismo acerca de las modificaciones en su conducta que esté dispuesto a hacer para cumplir sus objetivos.

El modelo del proceso de la adopción de precauciones

El modelo del proceso de adopción de precauciones (Weinstein, 1988; en Brannon y Feist, 2001), supone que cuando las personas comienzan a adoptar comportamientos nuevos y relativamente complejos cuyo propósito es protegerlos del peligro, atraviesan diversas etapas de credulidad sobre su susceptibilidad personal. Dicho modelo afirma que en el proceso de adopción de un comportamiento orientado a la salud las personas atraviesan 7 etapas:

- Fase 1: las personas no han oído o no conocen nada acerca del peligro y por lo tanto, no son conscientes del riesgo personal que corren.
- Fase 2: las personas adquieren consciencia del riesgo, sin embargo mantienen una percepción optimista en relación con su propio nivel de riesgo.
- Fase 3: los individuos ya reconocen su propia susceptibilidad y aceptan la idea de que la precaución puede resultar eficaz para su persona, pero aún no han decidido entrar en acción.

- Fase 4: las personas deciden pasar a la acción, al mismo tiempo se encuentran en otra fase (5) paralela, donde se cuestionan y deciden que dicha acción es innecesaria.
- Fase 6: los individuos ya han tomado las precauciones necesarias para reducir el riesgo.
- Fase 7: implica que las personas deben mantenerse con la precaución en caso de que sea necesario.

Antes de entrar en acción las personas deben percibir, que los beneficios relativos de las precauciones son superiores al coste.

El modelo nos propone como se desarrolla el proceso cuando un individuo cambia algún comportamiento, también describe las creencias y percepciones que los individuos presentan en el arduo proceso de adquirir un nuevo comportamiento para reemplazar alguno que representa un riesgo a su salud, dadas las características del modelo consideramos que puede resultar de gran ayuda al momento en que se ponga en marcha el programa que proponemos para modificar las conductas de riesgo de los adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades metabólicas.

El modelo transteórico

Otra teoría que intenta explicar y predecir los cambios en el comportamiento de la salud es el modelo transteórico de Prochanska y cols. (1992; En Brannon y Feist, 2001), este modelo asume que las personas progresan a través de 5 etapas, en las cuales el comportamiento experimenta una serie de cambios:

- La precontemplación: las personas no tienen intención de realizar ningún cambio en su comportamiento y muchas veces no están conscientes del problema o el peligro.
- La contemplación: implica la toma de conciencia por parte de las personas acerca del problema y comienza la idea de cambiar el comportamiento en un periodo no menor a los seis meses aproximadamente.
- La preparación: incluye ideas y la realización de los actos que las personas realizan, asimismo, comienzan a idear planes para cambiar.

- La acción: en dicha fase se produce la modificación del comportamiento, es cuando las personas introducen cambios manifiestos en su conducta.
- El mantenimiento: las personas intentan conservar los cambios que han conseguido introducir en su repertorio de conductas, asimismo, intentan no recaer.

Es común que las personas pasen de un etapa a otra en espiral, en lugar de hacerlo en forma lineal, con esto, se producen recaídas que colocan a las personas en la fase anterior en la cual vuelve a recuperarse, atravesando todas las etapas hasta completar finalmente el cambio en su comportamiento.

Al igual que el modelo anterior el transteórico presenta el panorama por el cual atraviesan los individuos al momento en que llevan a cabo un cambio en su comportamiento, cabe mencionar el énfasis que hace al transcurso de cada uno de los pasos por cada una de la etapas descritas, por sus singularidades es un modelo que también puede resultar de gran ayuda a seguir en el momento en que se de comienzo al programa que se propone en este trabajo.

El hecho de que las personas acudan a recibir asistencia médica y las circunstancias bajo las cuales lo hacen, depende de múltiples factores, muchos de los cuales se incluyen en una o más teorías de los comportamientos orientados a la salud. Algunos de estos factores pueden ir encaminados a las características de los síntomas que se presentan, la relación coste/beneficio en la búsqueda de ayuda, la percepción acerca de la gravedad de la enfermedad que se tiene, la intención de actuar por parte de las personas, el estado de disposición que tengan para llevar a cabo algún cambio y múltiples factores sociales y demográficos (Brannon y Feist, 2001).

Podemos concluir que existe una gran variedad de maneras de comportarse ante la enfermedad, las cuales son abordadas por una serie de modelos que buscan explicar las cogniciones de los individuos respecto a las ideas y acciones que realizan en relación con su salud, dichos comportamientos nos permiten conocer el estilo de vida (conductas, creencias y actitudes) de las personas debido a la relevancia que juega esta relación es que consideramos de suma importancia la intervención en las conductas de riesgo que conforman el estilo de vida de los pacientes con

enfermedades metabólicas, ya que de éstas dependerá la evolución de la enfermedad y el momento y condiciones en que se presentarán las complicaciones.

Estilos de vida

En la actualidad, se acepta que prevenir los problemas de enfermedad es mejor que curarlos; ahora se cuestiona el modelo curativo tradicional y se enfatiza en la prevención. Pero ¿quién está capacitado para realizar acciones de prevención? Reynoso y Seligson (2002) tratando de dar respuesta a ese cuestionamiento señalan que el psicólogo al realizar investigaciones en el área de la salud ha encontrado relaciones entre una serie de conductas cotidianas, actitudes y creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedades (lo que llamamos estilos de vida), y la posterior aparición de enfermedad. Es decir que el estilo de vida de una persona está íntimamente ligado a que se presente una enfermedad o no.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y por las características personales del individuo. Por lo tanto ha propuesto la siguiente definición “Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas”. Entre los aspectos que conforman el estilo de vida dicha organización ha integrado las conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo (López, Ariza, Rodríguez y Munguía, 2003).

Por su parte Flores y Hernández (1998) argumentan que el estilo de vida es un aspecto de la actividad vital diaria de las personas que indica la línea y orientación de la conducta y el razonamiento de la personalidad. En él se reflejan los hábitos estables, las costumbres y conocimientos del individuo, así como sus valores morales, aspiraciones y esperanzas. Es por tanto, resultado de las decisiones conscientes de los hombres que aspiran a modificarse a sí mismos y a la sociedad en la dirección considerada por ellos como deseable, fruto de la creación humana.

Hammond y Scheirer (1984, en Reynoso y Seligson, 2002) afirman que el estilo de vida es el factor más importante en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Los expertos en salud definen al estilo de vida como uno de los factores más importantes que influyen a la salud. Las enfermedades se han ligado al estilo de vida del individuo. Por su parte Gil Roales (1998, en Fusté-Escolano, 2004) expone que se pueden detectar tres aproximaciones al concepto de estilo de vida. Se le considera en primer lugar, de una forma genérica en la que se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública, según el ámbito cultural. En esta conceptualización podrían incluirse la de Singer (1982; en Fusté-Escolano, 2004) donde menciona que es una forma de vivir o la manera en la que la gente se conduce con sus actividades día a día, por otra parte Ardell (1979; en Fusté-Escolano, 2004) delimita que son aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control incluyendo todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud.

De esta misma perspectiva, algunos autores han propuesto la idea de dos estilos de vida:

- *Estilo de vida saludable* con dos dimensiones que califican como:
 - a) Sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia del alcohol, etc.,
 - b) Actividad o dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un bajo índice de masa corporal, etc.,
- *Estilo de vida libre* caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física entre otros.

En este punto de vista genérico se engloba el trabajo de la OMS cuyo objetivo principal es la promoción de estilos de vida saludables, esto es, una forma de vivir que tanto individual como colectivamente y de forma cotidiana, permitan una mejora de calidad de vida. Desde esta perspectiva se propone un nuevo paradigma de salud pública dominante en el mundo industrializado que proclama la prevención de enfermedades a través de los cambios en los estilos de vida. Sin embargo para Fusté-

Escolano (2004) el peligro presente en esta perspectiva es la excesiva concentración sobre la responsabilidad individual y su falta de sensibilidad sobre circunstancias supraindividuales que pueden estar manteniendo estilos de vida insalubres.

Una tendencia alternativa de conceptualización es la de Gil-Roales Nieto (1998, en Fusté-Escolano, 2004) caracterizada por socializar el concepto, refiriéndose a un estilo de vida socializado, no abordando únicamente a una cuestión de hábitos personales, sino que también lo relaciona con la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, a la cultura y a la educación. Esta dimensión desde lo social entiende el estilo de vida como una interacción de responsabilidades tanto individuales como políticas, es decir, la forma de vida del individuo no es sólo cuestión de voluntad o sentido de responsabilidad y crítica, por tanto, la sobreestimación del nivel de control sobre su propio estilo de vida puesto que muchos elementos con poca o ninguna posibilidad de alteración personal son, justamente los más peligrosos para la salud a nivel epidemiológico (pobreza, desempleo, entre otros). En otras palabras, esta perspectiva pretende cambiar los estilos de vida a través de la modificación de las condiciones de vida de los individuos y sociedades. Una definición que concuerda con esta perspectiva es la de Abel (1991; en Fusté-Escolano, 2004) quien establece que “los estilos de vida en salud comprenden patrones de conducta relacionados con la salud, valores y actitudes adoptados por los individuos y los grupos en respuesta a su ambiente social y económico”.

Finalmente existe una tercera aproximación al concepto de estilo de vida. Se trata de un enfoque pragmático, que parte de la evidencia empírica que demuestra que, para la salud, ciertas formas de hacer, decir y pensar parecen ser mejores que otras. Las definiciones que se engloban en este enfoque comparten la característica común de centrarse en ciertas pautas de comportamiento cuyo efecto es la promoción de la salud o la potenciación de los riesgos. Además se caracterizan por intentar fijar empíricamente los componentes del estilo de vida relevantes para la salud. Así mismo han enfatizado en señalar la naturaleza multidimensional del comportamiento prosalud y de riesgo. Dentro de este enfoque destacan algunas conceptualizaciones de estilos de vida, como la de Mechanic (1986; en Fusté-Escolano, 2004) quien se refiere a conductas de salud; a los patrones de respuesta relacionados con la salud cuando la persona no tiene síntomas específicos, o la definición de Matarazzo (1984; en Fusté-Escolano, 2004) quien bajo la misma línea establece a los inmunógenos conductuales

como las actividades o hábitos de vida que reducen el riesgo de morbilidad y muerte prematura, lo cual representa, un escudo de defensas conductuales contra la enfermedad.

Recientemente bajo la misma perspectiva, Millar y Millar (1993; en Fusté-Escolano, 2004) proponen la distinción entre:

- ☛ *Conductas de detección de enfermedades*, entendidas como aquellas que proporcionan la posibilidad de detección de trastornos y que por sí mismas no permiten que la persona mejore su salud.
- ☛ *Conductas de promoción de salud*, entendidas como aquellas que por sí mismas permiten que la persona mejore su salud.

El estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia del sujeto, es un proceso de aprendizaje, bien sea por asimilación o imitación de modelos, patrones familiares o grupos informales. Asimismo el sujeto puede formarse estilos de vida de acuerdo a los modelos sociales que lo rodean y que son promovidos por los medios de difusión o comunicación social. Sin embargo, el estilo de vida no sólo puede formarse de manera espontánea, sino como resultado de decisiones conscientes de los hombres, que aspiran a perfeccionarse y a perfeccionar a la sociedad, el estilo de vida puede favorecer, al mismo tiempo, la consolidación de algunos valores. Por lo tanto, representa así mismo un producto complejo fruto de factores personales, ambientales y sociales que convergen no sólo en el presente, sino en la historia interpersonal (Flores y Hernández, 1998).

Debido a que el interés en el estudio del papel de la conducta en la enfermedad y en la muerte se ha incrementado. La evidencia epidemiológica muestra que la distribución de las enfermedades no es azarosa. El nivel de riesgo de morbilidad y mortalidad de las mismas está relacionado con el estilo de vida. La demostración de este tipo de relaciones permite al psicólogo y a otros miembros del equipo de salud plantear las alternativas de intervención en tres niveles:

- Previendo la aparición de problemas en sujetos aparentemente sanos mediante la educación y el fomento de prácticas saludables.
- Previendo la aparición de problemas en sujetos aparentemente sanos, identificados como de riesgo a través de intervenciones específicas.

- Interviniendo para cambiar estilos de vida, particularmente en aquellas condiciones que generen estrés.

Lo anterior guarda gran relación con que muchos problemas de salud de nuestra época parecen ser más de origen social que individual y se relacionan con las políticas nacionales y locales. Por lo tanto, es de suma importancia la creación de una política de salud que apoye cambios de estilo de vida. La forma en que la gente se comporta, el tipo de alimentos que ingiere, sus hábitos de ejercicio, su consumo de alcohol y cigarro influyen en un modo decisivo en su estado de salud. El estilo de vida en general con el que viven los individuos y los riesgos a los que están expuestos condicionan de manera determinante sus posibilidades de enfermar y morir antes de lo previsto (Flores y Hernández, 1998).

Podemos concluir que existen una gran variedad de definiciones respecto al estilo de vida que se manejan bajo tres vertientes la primera lo considera como la manera de vivir de los individuos conformada por sus condiciones de vida y patrones personales de conducta regulados por factores socioculturales y características personales, hace énfasis en la posibilidad de elección de los individuos para escoger de entre una gama de alternativas, su objetivo principal es la promoción de estilos de vida saludables a través de la prevención de las enfermedades. La segunda perspectiva se refiere al estilo de vida bajo una mirada social, relacionan los estilos de vida de los individuos con la manera en que las sociedades tienen acceso a la información, la cultura y la educación, lo relevante en esta vertiente es que deposita la responsabilidad de la manera de vivir no solo al propio individuo sino también a las instituciones, con lo anterior rechazan que se trate de mera voluntad o responsabilidad de la persona, dicha perspectiva pretende cambiar los estilos y condiciones de vida tanto de las personas como de las sociedades, la tercera perspectiva conjunta lo abordado por las dos anteriores puesto que trata al estilo de vida bajo su compleja naturaleza multidimensional.

Considerando que algunas enfermedades crónicas se establecen como consecuencia de un estilo de vida inadecuado, es fácil suponer que el tratamiento y la rehabilitación del individuo no se conseguirá solo con la hospitalización y una serie de acciones médicas (no fumar, no beber, practicar ejercicio, no estresarse, cambiar la dieta, etc.), entonces se hace fundamental contar con el apoyo de un equipo

multidisciplinario que de manera sistemática proporcione al paciente las habilidades necesarias para modificar estas conductas, es decir, su estilo de vida, decrementando tanto la morbilidad como la mortalidad.

Estilos de vida en enfermedades crónico-degenerativas

Las conductas asociadas a una enfermedad se pueden correlacionar con una condición patológica o pueden presentarse como resultante de ciertas conductas instrumentales sin que exista patología biológica. En el caso de que las conductas asociadas a una enfermedad correlacionen con la existencia de una condición patológica, dicha correlación puede darse de tres maneras distintas (Ribes, 1990).

Por una parte, se pueden presentar conductas que son el efecto de una alteración biológica y que, por tanto, guardan una correlación de necesidad con ella. En segundo lugar, se encuentran las conductas que se derivan del proceso terapéutico que se aplica para modificar una condición patológica. Por último, están las conductas que se vinculan indirectamente con la condición patológica. Asimismo destaca que existen comportamientos que surgen inespecíficamente como reacción psicológica a la enfermedad:

- Desaliento.
- Queja.
- Ansiedad.
- Desesperación.
- Tensión.
- Irritabilidad, entre otras.

Estos comportamientos no sólo interfieren de manera sistemática con el proceso terapéutico médico, sino que, además, participan como generadores de un proceso psicológico adicional, aumentan la vulnerabilidad del organismo a la condición patógena que lo afecta y a otras nuevas. En los tres tipos de conductas correlacionadas con una condición patológica, las conductas instrumentales (competencias) que posee el individuo desempeñan un papel fundamental debido a que miden:

- a) Las alteraciones conductuales que se correlacionan con la condición patológica.
- b) La forma en que reacciona a la administración de agentes terapéuticos perturbadores.
- c) Los comportamientos que surgen como respuesta a la enfermedad.

De igual manera, el establecimiento de conductas instrumentales (competencias) adecuadas, puede favorecer a que desaparezcan o aumenten las diversas clases de conducta correlacionadas con la condición patológica. Lo anterior, no sólo mejora la condición de calidad cotidiana del individuo, sino que también contribuye a disminuir su vulnerabilidad biológica.

Respecto a las conductas asociadas a la enfermedad que se presentan sin que exista una patología biológica genuina, es más evidente el papel que desempeñan las conductas instrumentales del individuo, las cuales pueden dividirse en dos clases:

- a) Comportamiento “enfermo” vinculado a formas sistemáticas de interacción con situaciones problema.
- b) Comportamiento “enfermo” que regula efectos sistemáticos del entorno social en la relación con el individuo (Ribes, 1990).

Por tanto es de relevancia considerar el estilo de vida de los individuos que presentan una enfermedad crónico-degenerativa para reafirmar la relación que tiene la manera en que se han comportado los individuos para el desarrollo de la enfermedad, pero sobre todo para a partir de esto determinar las conductas que siguen representando un riesgo para su salud y que aumentan la posibilidad de que se presenten de manera temprana las complicaciones propias de cada enfermedad, es en esta etapa donde el presente trabajo pretende intervenir para modificar las conductas de riesgo en específico en la población joven con enfermedades metabólicas para retardar las complicaciones y que el individuo pueda contar con una mejor calidad de vida. Dado que el individuo, se halla inmerso dentro de una determinada familia que vive en una comunidad concreta y en una sociedad con una cultura y/o sistema socioeconómico específico, según estos sistemas funcionan de una forma saludable o no, influenciarán positiva o negativamente, no solo a la salud de las personas, sino también a la promoción de ésta y a la prevención de la enfermedad.

Desde este punto de vista la salud no puede caracterizarse exclusivamente desde un nivel individual, sino que sería necesario hacer referencia a ésta desde los diferentes sistemas en los que la persona esta inmersa.

Promoción de estilos de vida saludables.

Cada vez se está poniendo más énfasis en los aspectos cognitivos de la salud y la enfermedad tanto a nivel individual como sociocomunitario. A nivel individual podemos hablar de “representaciones mentales” de la salud y enfermedad, se incluyen cuestiones como representaciones, esquemas y cognición de la enfermedad, esquemas de enfermedad, percepción de síntomas, también se hace referencia a la estimación de la amenaza de la enfermedad (Croyle, 1992; en Buela-Casal, Fernández y Carrasco, 1997).

Angel y Thoits (1987; en Buela-Casal, Fernández y Carrasco, 1997), reconocen el impacto de la cultura sobre los procesos cognitivos que determinan la interpretación de los procesos psicológicos y/o psicofisiológicos de la enfermedad. Las influencias culturales se manifiestan en:

- a) Prestar atención o ignorar la enfermedad.
- b) Interpretar y evaluar los síntomas de la enfermedad.
- c) Actuar sobre dichos síntomas.
- d) Reetiquetar y reevaluar los signos de enfermedad.

Para Buela-Casal, Fernández y Carrasco (1997) es de suma importancia reconocer la interconexión y no la identificación entre salud/enfermedad y comportamiento, en los últimos años se ha hecho hincapié en que son los estilos de vida o estilos de comportamiento los que atribuyen a promover la salud y prevenir la enfermedad. Los modelos de conducta relacionada con la salud son diversos, sin embargo, el consenso general es el de admitir la importancia del papel de la conducta del sujeto no sólo para la salud individual y comunitaria, sino también para la implementación y evaluación de programas de prevención. Donde la salud pública se vincula más hacia las ciencias conductuales y sociales. Esto da lugar a un mejor entendimiento de las fuerzas que modulan los estilos de vida, y condicionan los hábitos de salud, pudiendo influenciar los procesos de difusión de conocimiento,

actitudes y prácticas de salud y facilitando apoyo para la adaptación de conductas saludables.

La promoción de estilos de vida saludables implica por tanto, conocer aquellos comportamientos que mejoran o empeoran la salud de los individuos. En la actualidad, se conocen una serie de comportamientos relacionados con la salud, a continuación se presentan los más importantes (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004):

1. *Practicar ejercicio físico*: realizar alguna actividad física de modo regular es la manera más adecuada para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a las sociedades desarrolladas y últimamente también en las que están en vías de desarrollo. También es útil para disminuir el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad. Los principales beneficios de llevar acabo una rutina de ejercicio están dirigidos a prevenir los problemas cardiovasculares, asimismo, ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos. También aporta beneficios psicológicos, pues se ha visto que la realización de una actividad física regular también genera considerables beneficios a la persona, ya que reduce los síntomas de estrés y ansiedad, debido a que contribuye a la estabilidad emocional reduciendo la ansiedad, la depresión y la tensión.
2. *Nutrición adecuada*: en términos de efecto en la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas o en vías, han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas a principios de siglo, a los estragos derivados del exceso, en las últimas décadas. Por tanto, una nutrición correcta es imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales mantienen una estrecha relación con la dieta alimentaria entre ellas la diabetes, hipertensión arterial, obesidad, y otras. Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (minerales, vitaminas, proteínas, carbohidratos, lípidos), y un consumo adecuado, evitando la ingesta excesiva de alimentos.
3. *Adoptar comportamientos de seguridad*: las tasas de muerte por accidentes es la tercera causa de muerte en los países desarrollados. La mayor parte de los accidentes podrían ser evitados, pues la mayoría son ocasionados por la

conducta de individuos. Comportamientos inadecuados como en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas, y de fuego, sustancias tóxicas, entre otras, son una fuente considerable de lesiones. Los jóvenes se encuentran en la población que con mayor frecuencia sufren más lesiones que el resto. Los accidentes de tráfico se llevan el protagonismo en la mortalidad y morbilidad, las tasas de mortalidad derivadas de los accidentes vehiculares se incrementan de modo alarmante durante la adolescencia.

4. *Evitar el consumo de drogas*: uno de los tres problemas que más preocupan a los ciudadanos son las drogas. En la sociedad actual el uso de drogas legales como ilegales es un fenómeno que ha adquirido particular relevancia. Dichas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, entre otras.

5. *Sexo seguro*: cada año millones de personas, la mayoría de ellos jóvenes, contraen enfermedades transmitidas sexualmente. Estas enfermedades han sido siempre potencialmente peligrosas, pero durante los últimos 40 años, la mayoría pueden ser tratadas eficazmente. Sin embargo, en la década de los 80's la irrupción en escena del SIDA cambió completamente el panorama. Uno de los problemas más preocupantes a lo que debe hacer frente nuestra sociedad es el de los embarazos no deseados, en concreto en la población de adolescentes.

6. *Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas*: las emociones negativas representan un riesgo. Estas influyen sobre la salud a través de diferentes mecanismos. El más conocido es el Síndrome General de Adaptación (SGA de Selye, 1936; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004), también denominado estrés. Labrador (1992; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004), define el estrés como "...se considera que una persona está en una situación de estresante o bajo un estresor cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer". Es decir, que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de los propios recursos para hacerles frente. Lo crónico del SGA conlleva a un aumento de la vulnerabilidad

del individuo a padecer de algún tipo de enfermedad. No sólo puede influir de manera directa en los efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud, sino que también puede influir sobre la salud de modo indirecto, mediante la elicitación o mantenimiento de conductas no saludables.

7. *Adherencia terapéutica*: para que el consejo médico tenga repercusiones que beneficien la salud del paciente, se deben tener en cuenta dos aspectos. Primeramente, el consejo debe ser acertado. En segundo lugar, debe ser seguido por el individuo (Brannon y Feist, 1992 en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004). A pesar de los innumerables esfuerzos realizados por los profesionales de la salud para intentar solucionar la problemática de la ausencia de adherencia a los regímenes terapéuticos, uno de los problemas más importantes con el que se puede encontrar el equipo de salud es el que un paciente no sigue sus prescripciones, a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar o incluso prevenir los problemas. En el caso de las enfermedades crónicas las consecuencias de la falta de adhesión al tratamiento acarrea consecuencias muy negativas en el aspecto físico, psicológico y social de los pacientes, además de derivar en un coste importante para la sociedad. Por tanto, el incumplimiento y la falta de seguimiento de las prescripciones del equipo de salud genera unos costes personales importantes, en específico, en la calidad de vida que puede gozar la persona (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004).

En general podemos concluir que en la actualidad la gente enferma por lo que hace, es decir, por el estilo de vida que lleva, visto como conductas de riesgo o saludables que aumentan o disminuyen la probabilidad de presentar una enfermedad. De las enfermedades que mayor relación guardan con el estilo de vida de los pacientes son las enfermedades crónicas, es decir resultado de su repertorio conductual. Asimismo revisamos en lo particular lo referente a la naturaleza multifactorial de la promoción de estilos de vida saludables que permitan a los individuos a través de programas de prevención adquirir y mantener un adecuado nivel de calidad de vida. En el siguiente capítulo se hablará sobre todo lo relacionado a este particular grupo de enfermedades.

CAPITULO III

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Concepto salud- enfermedad

Según la Organización Mundial de la Salud la salud es definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona, y no sólo la ausencia de síntomas o de una afección determinada. Por lo tanto es necesario entender a la enfermedad y procurar su tratamiento basándonos en estos tres aspectos: físico, mental y social.

Para Novoa Niz (1989) la enfermedad es concebida como un proceso que se inicia en el medio ambiente y puede terminar en el individuo, que afecta directa o indirectamente a todo el organismo y cuyas manifestaciones dominantes son de carácter localizado (órgano o sistema), que se presenta como una reacción o respuesta del individuo al conjunto de factores de riesgo que la producen, es determinada por los factores económicos, sociales, políticos y culturales de su ambiente social y tienen concepción relativa a los valores que cada individuo o grupo social aplique para estimarla.

Por su parte Beneit (1981 en Latorre y Beneit, 1981) define a la enfermedad crónica como aquel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo. Una gran variedad de factores ambientales entre los que se incluyen los hábitos y estilos de vida, la contaminación ambiental, el estrés, la accidentalidad, entre otros, junto con los factores hereditarios pueden estar implicados en la etiología de estas enfermedades. Cualquier enfermedad aguda puede llegar a crónica por diversas causas. Una enfermedad aguda por ejemplo, es la causada por un microorganismo específico como virus o agente bacteriano, con una duración corta y de consecuencias a corto plazo.

Sin embargo para Buéla-Casal, Fernández y Carrasco (1997) hoy en día más que enfatizar los aspectos negativos de la salud, debemos reconocer la importancia de la perspectiva de salud positiva. El objetivo es hacer siempre más énfasis en construir salud que en curar la enfermedad. Sin embargo, y a pesar de reconocer la necesidad de una perspectiva positiva de la salud, la evidencia empírica pone de manifiesto que

de una forma general se sigue haciendo énfasis en la ausencia de enfermedad. Además a los encargados de la salud se les entrena más bien para buscar la patología que la salud. Por tanto, se considera necesaria la investigación de los procesos de desarrollo normales para mejor describir, explicar y, siempre que sea posible, modificar (o prevenir) la aparición de patologías a lo largo del ciclo vital. De tal manera es preciso, señalar también que un concepto positivo de salud llevaría a hacer énfasis, en un modelo que diese prioridad a la salud en vez de a la enfermedad.

En base a lo anterior algunos autores como Antonovsky (1987 en Buéla-Casal, Fernández y Carrasco 1997), propone el modelo salutogénico que no es antagónico, sino complementario del modelo patológico, presenta las siguientes características:

- Considera la salud/enfermedad como un continuo.
- Hace énfasis en la historia de salud/enfermedad del humano.
- Localiza los recursos de afrontamiento para la superación de los problemas y promoción de la salud.
- Fomenta la adaptación crítica del organismo-ambiente.

Por tanto para Buéla-Casal, Fernández y Carrasco, (1997) el término salud describe el estado objetivo y subjetivo de bienestar que está presente cuando el desarrollo físico, psicológico y social de una persona está en armonía con sus propias posibilidades, ambiciones y condiciones vitales. La salud es dañada cuando las demandas que se presentan en una o más de esas áreas no pueden ser afrontadas por la persona. Los deterioros pueden manifestarse en síntomas de desviación social, trastornos psicológicos o enfermedad física. De este modo, la salud está compuesta por los componentes físico, psicológico y social que se manifiestan en los estilos de vida individuales. No es un estado de bienestar pasivamente experimentado, sino al contrario es el resultado de un esfuerzo activo por establecer y mantener una capacidad para la acción psicológica, social y física. Es considerada como una parte del desarrollo individual durante el curso de la vida, y como un proceso que sólo puede tener lugar cuando el individuo es capaz de ser flexible y efectivo a la hora de afrontar las demandas internas y externas. La salud sólo es posible cuando una persona puede establecer relaciones sociales constructivas, está socialmente integrada y puede adaptar su estilo de vida individual a los cambiantes aspectos productores de tensión del ambiente, para asegurar así la propia regulación personal y actuar de acuerdo a las capacidades biogénicas, fisiológicas y físicas presentes.

Con el propósito de lograr un abordaje más integral es que se ha abierto paso a la nueva percepción del concepto de salud positiva, que como característica principal es buscar la salud en lugar de un estado de ausencia de enfermedad lo que trae consigo un estado óptimo de bienestar, mediado por los factores físicos, psicológicos y sociales que se presentan en las conductas de los individuos, resultado de una participación activa del individuo que con sus acciones realiza un esfuerzo por adquirir y mantener un buen estado de salud.

A lo largo del desarrollo natural de la enfermedad se presentan una serie de fases que a continuación describiremos con el fin de que el psicólogo de la salud sepa en qué fase se encuentra el paciente y cual sería su intervención.

Fases de las enfermedades-crónico-degenerativas

Según Novoa Niz (1989) el proceso de la enfermedad en el hombre depende de:

- 1) La compleja interacción de estímulos entre el agente, el hospedero y el ambiente, que constituyen la tríada ecológica.
- 2) El conjunto causal que resulta de múltiples influencias, características, variaciones o factores de riesgo de cada uno de los tres elementos.
- 3) La reacción del hospedero a los estímulos patógenos derivados de dicha interacción multicausal.

Con base a lo anterior pueden ubicarse dos periodos en el proceso de la enfermedad, el primero es realizado en el medio ambiente, antes de que el individuo sea afectado llamado periodo prepatogénico; y el segundo que es cuando el individuo ha sido afectado llamado periodo patogénico o curso natural de la enfermedad

Periodo Prepatogénico

Este periodo, comprende los factores de riesgo en relación con el agente, el hospedero y el ambiente y presenta las siguientes características:

- a) Sucede en el medio ambiente, antes de ser afectado el hombre o una población.
- b) Es parte del estado aparente de salud, de equilibrio ecológico.
- c) Es anterior a las manifestaciones subclínicas.

- d) Es asintomático desde el punto de vista clínico, pero o epidemiológico.
- e) Es la etapa de interacción de los factores de riesgo.

Una vez que se han establecido los factores que se presentan en el periodo prepatogénico continuaremos describiendo cada uno de ellos, se llama agente a todo elemento, sustancia o fuerza animada o inanimada, cuya presencia o ausencia, puede, estando en contacto efectivo con un hospedero humano susceptible y en condiciones ambientales propicias, servir como estímulo (biológico, psicológico y social) para iniciar o perpetuar el proceso de enfermedad. De tal manera el agente es el responsable directo de la enfermedad. Los estímulos al modificarse de forma cuantitativa se convierten en agente, es decir, en factores que pueden producir de manera directa una enfermedad o contribuir a que se produzca; es, por lo tanto, el cambio de estímulo en sus cualidades o en su cantidad lo que origina que actúe como agente. Los factores, en relación con el agente, que influyen en la aparición de la enfermedad se pueden clasificar en cinco grupos: físicos, químicos, biológicos, psicológicos y sociales:

- Agentes físicos: factores ambientales como radiaciones, temperaturas altas o bajas, humedad, ruido, energía eléctrica, traumatismos, que pueden originar enfermedades.

- Agentes químicos: las enfermedades que resultan de la exposición a sustancias químicas son las más comunes ya que casi todas las ocupaciones incluyen alguna actividad en la que están presentes estos factores de riesgo. Algunas son inofensivas y otras son extremadamente peligrosas, dependiendo de su naturaleza química, propiedades físicas, tolerancia individual, concentración, duración de la exposición. Los polvos y partículas suspendidos en el ambiente del hogar, escuela o cualquier lugar de actividad humana, los insecticidas, sustancias usadas para el lavado de ropa, combustibles para motores, entre otros.

- Agentes biológicos: generalmente son microorganismos que se pueden instalar en el ser humano produciendo enfermedades, a este grupo pertenecen los protozoarios, bacterias, virus, parásitos y hongos o agentes macroscópicos como los metazoarios, parásitos u hongos.

- Agentes psicológicos: estos agentes son los conflictos, las frustraciones, las tensiones emocionales que los acompañan como la cólera, miedo y angustia. El desorden emocional y la enfermedad mental en sus diferentes grados son la reacción de la personalidad ante las múltiples tensiones del ambiente total, interno y externo. La actividad mental se desorganiza y el individuo se transforma en un enfermo, cuando las tensiones del ambiente externo o la gravedad de los conflictos emocionales internos son de tal naturaleza que destruyen la estabilidad constitucional o desarrollo adecuado de la personalidad del individuo y de la gravedad o validez de los conflictos que enfrenta. Las fuerzas emocionales que operan en la mente humana son un reflejo de los impulsos, reacciones del organismo, actuando como unidad biopsicosocial, ubicando entre estas fuerzas el principio del placer, del dolor, de la realidad, de la estabilidad, del aprendizaje, de los instintos sexuales, de los instintos del ego, etc., estas funciones de la personalidad radican en el cerebro y actúan por medio de reacciones neurofisiológicas. Estas fuerzas emocionales deben considerarse como factores de riesgo psicológicos, porque la salud y la enfermedad ocurren en un organismo que, como el humano, reacciona siempre por motivaciones. Estas y los sentimientos almacenados en los planos mentales influyen en aquellos dos estados biológicos. Las tensiones emocionales crónicas, tales como la ansiedad, la problemática sexual y del amor, el sentimiento de culpabilidad y el temor constituyen agentes de riesgo. Todos los seres humanos pasan la vida cargando un pesado paquete de tensión y ansiedad, el cual mantiene al organismo en una constante presión fisiológica que, cuando es muy intensa y persistente, altera las funciones y produce síntomas, por conducto del sistema vegetativo, en la mente, en los sentimientos, en la conducta o en una combinación de todo esto, y entonces en ese momento es cuando el individuo usa sus mecanismos de defensa para mantener su equilibrio.

- Agentes sociales: aquellos que están relacionados con la interacción de los vínculos que forman las personas con los grupos, comunidades, organizaciones y demás redes sociales. El ser humano no vive solo o aislado, tiene vida social, como individuo, miembro de una familia y de una colectividad, el hombre está enlazado íntimamente, en estado de salud o enfermedad, con las condiciones de vida social presente en el hogar, en la escuela, en el trabajo, en los grupos, y en la comunidad, con las oportunidades reflejadas en los ingresos, vivienda, vestuario, alimentación, recreación, seguridad social, número de hermanos, estratificación social, etc. En nuestra sociedad no existe un individuo que esté libre de la influencia de los grupos

sociales. El grupo social tiene una conducta que en parte es transmitida y en parte aprendida y que claro influye sobre la vida del ser humano moldeando su personalidad y su conducta individual, los grupos sociales tienen la función de transmitir la herencia social y cultural. El ser humano debe adaptarse a la vida social en los siguientes niveles de influencias: reciben cierto estímulo biológico que les condiciona su potencial genético o constitucional favorable o desfavorable; reaccionan como un organismo vivo frente a su ambiente físico y biológico; reaccionan como una personalidad a través de la cultura; reaccionan como miembros de un grupo, como ser social frente a la sociedad. Estas diversas exigencias sociales y la forma de reaccionar del individuo afectan de manera continua su vida tanto en la salud como en la enfermedad.

En base a lo anterior cuando nos referimos a los agentes que pueden llegar a invadir el huésped, es decir nuestro organismo podemos estar hablando de toda una serie de factores que tienen diversos orígenes como consecuencia de factores ambientales, de nuestra exposición a reacciones químicas, también de la instalación de microorganismos en nuestro cuerpo, asimismo de factores resultado de trastornos emocionales y de factores relacionados y mediados por nuestra interacción con los vínculos que formamos como individuos.

En cuanto al hospedero, éste es el sujeto de una enfermedad, el cual contiene los factores de susceptibilidad o resistencia a las enfermedades como:

- Herencia: en cuanto a este punto podemos decir que los genes tienen todo el potencial y las limitaciones de la herencia, las debilidades o deficiencias hereditarias que no se manifiestan en el nacimiento sino más tarde, en el transcurso de la vida o bajo determinadas circunstancias, tienen el nombre de predisposiciones hereditarias.
- Inmunidad: En cuanto a este la naturaleza tiende a estabilizar las relaciones de parásito y hospedero, en un equilibrio que permite la conservación de ambas especies. Este proceso es posible gracias a los cambios biológicos producidos en el parásito y en el hospedero, en cuanto al parásito se refiere a variaciones, es decir, mutaciones en la virulencia y toxicidad de los microorganismos; y en el hospedero se refiere a variaciones en los estados de susceptibilidad e inmunidad del mismo. Por tanto se le llama inmune a la persona o animal que posee o es capaz de producir respuesta específica y suficiente para protegerse contra una enfermedad después del contacto con el agente etológico de la misma. Cabe mencionar que la inmunidad es relativa, y una protección que comúnmente es efectiva, puede ser anulada fácilmente por una

dosis excesiva del agente infeccioso o por su extrema toxicidad. La inmunidad es la suma total de mecanismos biológicos que actúan como barrera contra el proceso de la invasión de agentes infecciosos o tóxicos.

Si traducimos lo anterior a conductas que realizamos en nuestra vida cotidiana existen algunos factores que actúan disminuyendo la resistencia a las infecciones: en cuanto a la alimentación, la ingestión deficiente de proteínas y ciertas vitaminas baja la resistencia y la capacidad para sintetizar anticuerpos. La fatiga es factor importante en la activación de infecciones latentes. Las fluctuaciones de temperatura y la humedad alteran las condiciones locales de la mucosa respiratoria y es posible que estos cambios puedan disminuir la resistencia. La exposición prolongada al frío parece bajar la respuesta defensiva de los tejidos a la infección.

- Grupo étnico: está relacionado con un pueblo, raza o nación; entendiéndose por raza a una población de seres humanos que comparten ciertos caracteres anatómicos observables y ciertas frecuencias de caracteres transmitidos genéticamente. Biológicamente no hay diferencias físicas fundamentales entre las razas. Se encuentran diferencias en la incidencia de algunas enfermedades entre grupos raciales distintos, sin saber hasta dónde intervienen realmente factores raciales o si solo se trata de ambientes y costumbres diferentes, por ejemplo: el cáncer de piel relacionado con la pigmentación, es más frecuente en las razas de piel clara que en las de piel morena.

El punto anterior tiene relevancia puesto que estudios han demostrado que enfermedades crónico-degenerativas pertenecientes al grupo de las enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus tienen mayor incidencia en la población de raza hispana.

- Edad y género: respecto a la morbilidad en relación con la edad, prevalece la mayor incidencia de padecimientos entre niños de menor edad. Y en cuanto a la mortalidad infantil, se clasifican las muertes en dos categorías: las debidas a factores ambientales o de causa exógena como las infecciones y la desnutrición; y las originadas por causas endógenas, debido a condiciones anómalas que el niño trae al nacer, éstas se presentan durante el primer mes de vida y se deben a factores

hereditarios adversos, opresiones ambientales intraútero, o accidentes a consecuencia del parto.

- Hábitos y costumbres: los seres humanos necesitamos vivir en estado de salud, desarrollar un modo de vida personal de acuerdo con la fisiología humana, no existe un modo de vida único que se aconseje como norma general ya que la adaptación ecológica es un proceso local e individual. En cuanto a las bases psicofisiológicas de la higiene personal son fundamentalmente las mismas para todos, pero su práctica varía dentro de límites bastante amplios, en relación con la edad, sexo, ocupación, clima, costumbres nacionales, constitución genética, etc. A pesar de esta variabilidad las prácticas de la higiene personal siempre se refieren a las funciones fundamentales del organismo humano.

- Ocupación: es uno de los factores más importantes en relación con la salud ya que es el tipo de actividad que desarrollamos en la sociedad, entonces nuestra salud está interrelacionada con las exigencias físicas y psicológicas derivadas de la ocupación, del grupo ocupacional y del ambiente de trabajo.

- Desarrollo de la personalidad: es todo aquello que la persona es, la manera en que reacciona y actúa ante las impresiones que produce en los demás seres vivos, es el resultado de dos tipos de influencia: la constitución individual y la experiencia ocurrida desde que el futuro genético del niño fue sellado en el momento de la concepción. La constitución no es una cosa fija, sino un potencial que puede ser desarrollado o no, pudiendo ser modificado, por esto es que el factor predominante en nuestra personalidad sea la experiencia. La presión del mundo externo, a través de sus factores favorables o desfavorables, puede alternativamente fomentar o inhibir las tendencias de nuestra personalidad por periodos diversos e influir en nuestra salud mental y total. El desarrollo adecuado de la personalidad (madurez emocional y mental) es tan importante para nuestra salud como el desarrollo de toda nuestra fisiología; la inmadurez o falta de desarrollo de la personalidad es el productor número uno de inadaptaciones emocionales y sociales.

Los puntos anteriores sustentan que los estilos de vida conformados por las conductas de riesgo o de salud que realizan los individuos son los que determinan

nuestro estado de salud y bienestar aumentando o disminuyendo la probabilidad de desarrollar una enfermedad.

En cuanto al ambiente podemos decir que es todo aquello que existe fuera del organismo vivo, todo lo que nos rodea en el universo externo; el medio físico, biológico y social en el cual el organismo vegetal o animal vive, incluye los factores o circunstancias externas ante las cuales los seres vivos reaccionan o pueden reaccionar, estas circunstancias pueden influir positiva o negativamente en la actividad orgánica. El ambiente está compuesto por una multiplicidad de factores que pueden clasificarse como se presenta a continuación:

- Ambiente inorgánico o físico y geográfico incluye el clima, la topografía y todas las condiciones mecánicas o inertes que nos rodean.
- Ambiente orgánico o biológico que incluye la flora, la fauna y todas las manifestaciones de la vida que tienen influencia sobre el individuo o el grupo.
- Ambiente superorgánico o socioeconómico o cultural que incluye todo lo que el hombre ha inventado como ser social.

En el curso natural de la enfermedad están presentes el agente, el huésped y el ambiente, a su vez existen una serie de factores a considerar en los que juegan al mismo nivel de importancia tanto los factores biológicos como sociales, culturales y psicológicos. El abordaje multifactorial de la enfermedad es un punto a favor para llevar a cabo un tratamiento integral y multidisciplinario.

Al tener conocimiento de los riesgos en el periodo prepatogénico, se debe aplicar como atención médica la prevención primaria para evitar o disminuir su acción. Esta prevención primaria tiene por objeto interpretar o romper el eslabón más débil o el más accesible a la cadena epidemiológica y evitar que se produzca el estímulo de enfermedad. Se refiere al 1º y 2º nivel de atención; es decir, a la promoción de la salud y a la protección específica de las enfermedades.

Periodo Patogénico

Este periodo llamado también patogénesis, comprende la fase de la evolución de la enfermedad en el individuo, es decir, en el hospedero se inicia en el momento en

que entran en interacción el estímulo y el hospedero; la reacción de éste ante el estímulo de la enfermedad se traduce en cambios orgánicos y funcionales a través de todo el periodo patogénico, lo que constituye las etapas evolutivas del curso natural y social de la enfermedad. Tanto la epidemiología como la clínica comprenden tres fases de estudio de la enfermedad: la de invasión, la de estado y la de convalecencia. El periodo patogénico se engloba en dos etapas: la subclínica y la clínica.

Etapa subclínica

Corresponde, en la evolución natural de la enfermedad, a la fase de invasión del agente en un hospedero susceptible o no susceptible, en ella se presentan síntomas mínimos o generales, inespecíficos, de escasa o limitada duración cuyo diagnóstico sólo puede confirmarse con exámenes de laboratorio. En esta etapa quedan incluidas las formas “ambulatorias” y las de infección inaparente. Comprende:

- *Contacto con el agente:* esto es cuando se habla de la forma en como se transmiten las enfermedades, cuando el agente es infeccioso, el contacto puede ser directo o indirecto. En el primer caso, el agente patógeno pasa de una persona a la otra sin la intervención de objetos intermediarios, como sucede en las enfermedades venéreas. En caso de contacto indirecto, que es el más frecuente, no hay unión física entre el reservorio y el nuevo hospedero, sino que se realiza a través de un elemento vivo o inanimado que lleva al agente patógeno hasta el nuevo hospedero.
- *Entrada del agente:* de acuerdo con la forma habitual de entrar al nuevo hospedero, se distinguen afecciones cuya puerta es la vía: respiratoria (difteria); digestiva (disenterías); de la piel y mucosas (gonorrea); de los sentidos: neurosis, psicosis psicogénicas, trastornos de la conducta y personalidad.
- *Desarrollo y multiplicación del agente:* las fuerzas que mantienen el fenómeno dinámico de la infección en un individuo o en una población son, la necesidad de los microorganismos de multiplicarse y sobrevivir parasitando al hombre, y los esfuerzos de éste para conservar su integridad. El balance entre estas dos fuerzas está continuamente fluctuando, como sucede en todos los fenómenos vivos. Cuando hay un equilibrio relativo, la enfermedad se manifiesta con una

prevalencia endémica; cuando hay un desequilibrio violento, aparece la epidemia. El balance favorece al hospedero, la tendencia es a que la enfermedad desaparezca, y lo contrario sucede si favorece al parásito.

- *Cambios anatómicos, fisiológicos, químicos y psicosociales*: los agentes, al desarrollarse, pueden originar cambios en los siguientes niveles de la organización humana: macromolecular, subcelular, celular, tisular, aparatos y sistemas en el individuo.

Horizonte clínico

Se llama así al momento en que el conjunto de estímulos que participan desde el periodo prepatogénico son percibidos como manifestaciones de enfermedad por el sujeto o por observadores externos. Determina el tiempo que transcurre entre el momento en que tiene lugar el estímulo o conjunto causal y la primera manifestación de enfermedad; en infectología se le llama periodo de incubación. Es variable de acuerdo con las interacciones que tienen lugar durante el periodo prepatogénico y la relación al tiempo de latencia entre los estímulos y las manifestaciones clínicas. Es también modificable puede adelantarse o retrasarse según el desarrollo alto o bajo de percepción del propio individuo y del médico por la combinación de características biológicas y psicológicas del hospedero, que le dan la capacidad de reacción ante la agresión.

Etapa clínica

Corresponde al estado de enfermedad que se manifiesta en el individuo (hospedero) con toda la variada gama de datos clínicos a que da origen. El enfermo clínico es aquel que presenta un cuadro clínico reconocible. La etapa clínica en la historia de la enfermedad comprende a: signos y síntomas de la enfermedad y sus complicaciones, para elaborar el diagnóstico diferencial, incapacidad, recuperación, defecto o daño, estado crónico y muerte.

En cuanto a los signos y síntomas los cambios anatómicos, fisiológicos y químicos durante la etapa subclínica se presentan en la inflamación aguda, ocurre en la piel o

tejido subcutáneo, se manifiestan en la etapa clínica por los signos y síntomas siguientes:

- a) calor, rubor que depende de la vascularización aumentada en las zonas lesionadas: tumor, el exudado de líquido y la producción local de edema originan tumoración o tumor; dolor: por la participación de las fibras nerviosas en el foco inflamado, por compresión física del edema o por irritación química de sustancias liberadas.
- b) disminución de la función: resultado probable de la participación de las fibras nerviosas. También la inflamación puede provocar pérdida involuntaria de la función, al trastornar la actividad metabólica del tejido u órganos afectados.

Prevención secundaria

Esta se refiere al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno y a la limitación del daño, de una enfermedad en evolución, para modificar las alteraciones progresivas: macromoléculas a células, tejidos y órganos, sistemas psicológicos y sociales, evitando lesiones orgánicas más graves que produzcan una mayor incapacidad. Permite anticiparse al horizonte clínico y atiende a las enfermedades en las que no fue posible aplicar la acción preventiva antes de que se manifestara la enfermedad clínicamente. Comprende el 3º y 4º nivel de atención: diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación del daño. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno significa reconocer los factores de riesgo, signos y síntomas de las enfermedades para detectarlas, diagnosticarlas y tratarlas oportunamente, su objetivo es hacer diagnóstico temprano de la enfermedad, si es posible antes de sus manifestaciones clínicas, curar al enfermo antes de que ocurran daños irreversibles, prevenir complicaciones y secuelas, acortar el periodo de incapacidad. En cuanto a las limitaciones de daño éstas son las medidas de orden terapéutico: físico, dietético, medicamentoso, ortopédico, quirúrgico, psicoterapéutico. El objetivo es retrasar o reducir los deterioros y consecuencias de las enfermedades y erradicar las causas de la enfermedad de acuerdo con las reglas clínico-terapéuticas.

Prevención terciaria

Este es el quinto nivel de atención y se refiere al proceso de rehabilitación física, socioeconómica y psicológica para corregir, hasta donde sea posible, la incapacidad del daño producido y para que pueda adaptarse el paciente a sus condiciones de vida

y fomentar la productividad en la escuela o en el trabajo, ésta comprende (Novoa Niz, 1989):

- a) La recuperación máxima de la funcionalidad.
- b) La terapia ocupacional en el hogar u hospitales.
- c) El cambio psicosocial del incapacitado.
- d) La educación de familiares, grupos escolares y empresas para el apoyo del incapacitado.
- e) La utilización máxima de las capacidades de juegos y ocupaciones adecuados.
- f) La protección estatal del niño y del adolescente inválido.

Según Brannon y Feist (2001) las enfermedades crónicas han suplantado a las enfermedades agudas como causas principales de mortalidad. Las enfermedades crónicas perduran y, si son mortales, causan la muerte sólo tras un periodo de tiempo prolongado, durante el cual los síntomas no son necesariamente constantes, las personas con estas enfermedades pueden sentirse relativamente bien en ocasiones, o muy mal en otras, pero nunca están totalmente sanas. Las enfermedades crónicas pueden analizarse en términos de la teoría de la crisis (Moos & Schaeferm, 1984) la cual trata acerca del impacto que tiene la interrupción de un patrón establecido del funcionamiento personal y social, sostiene que los individuos deben funcionar en un estado de equilibrio. Cuando dicho estado se interrumpe por cualquier razón, incluyendo la enfermedad, las personas para recuperar el equilibrio, se basan en anteriores modos de respuesta que han resultado efectivos. La crisis se produce cuando los acontecimientos son tan extremos o importantes que los patrones de afrontamiento habituales resultan inadecuados. Por lo tanto las personas experimentan un exacerbado sentimiento de temor, ansiedad y estrés, y ya que no pueden tolerar un estado de crisis por mucho tiempo, adoptan nuevos modos de respuesta. Algunas de estas nuevas formas de afrontamiento pueden llevar a una adaptación sana, pero otras pueden ocasionar ajustes insanos y un deterioro psicológico. La crisis trata de un momento de inflexión en la vida de una persona, cuyo resultado final es un ajuste saludable ante el acontecimiento que lo precipita o una adaptación psicológicamente insana. Por lo tanto la teoría de la crisis sugiere que las enfermedades crónicas no provocan problemas psicológicos inevitablemente, ya que una persona puede reaccionar a una enfermedad de manera positiva o negativa.

Reacciones emocionales ante la enfermedad crónico-degenerativa.

Muchas de las enfermedades crónicas afectan todos los aspectos de vida de los pacientes, según Latorre y Beneit (1981), existen diferentes fases por las que pasa una persona que es diagnosticada con alguna enfermedad crónica, primeramente, una fase inicial crítica en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, posteriormente a lo largo del transcurso de la enfermedad se implicaran en mayor medida cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. Además, los individuos que sufren una enfermedad crónica deben asumir psicológicamente el papel de paciente crónico, adaptándose así a un trastorno que los acompañara el tiempo que vivan.

Por su parte Moos (1977 en Latorre y Beneit, 1981), señala que después del diagnóstico de la enfermedad crónica, los pacientes experimentan un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico. Además se presenta una idea casi general en la mayoría de los pacientes respecto a la insuficiencia y déficit de su forma habitual de afrontar los problemas ya que hasta el momento no les ha resultado eficaz. Establece que en los pacientes se producen diversas reacciones adaptativas que implican lo siguiente:

- * Hacer frente al dolor y la incapacitación.
- * Enfrentarse al ambiente del hospital y a los procedimientos terapéuticos.
- * Establecer relaciones adecuadas con los profesionales de la salud.

Además a la lista antes señalada Taylor (1986 en Latorre y Beneit, 1981), agrega que posteriormente en esta etapa de crisis el paciente va a producir una serie de reacciones que son comunes a cualquier situación crítica:

- * Mantener equilibrio emocional razonable.
- * Conservar una autoimagen satisfactoria.
- * Preservar las relaciones familiares y de amistad.
- * Prepararse para un futuro incierto.

Los problemas físicos asociados a las enfermedades crónicas pueden ser de dos tipos según Latorre y Beneit (1981), los derivados de la propia enfermedad y los que surgen como consecuencia de los tratamientos médicos. En los primeros hacen

referencia a los cambios metabólicos que provoca la diabetes entre otros, los que a su vez presentan grandes restricciones en la vida de los individuos. Por otra parte, hablan que los derivados de los tratamientos pueden ser restricciones en las actividades de los pacientes como cambios de dieta, dejar de fumar o la necesidad de implementar programas de ejercicios. Como consecuencia, en el paciente tienden a presentarse ciertas ideas respecto a las limitaciones que le son impuestas representándole malestar y disconfort.

Es por tal motivo que los individuos que sufren una enfermedad crónica también pueden adoptar estrategias que les ayuden a hacer frente a los problemas de salud que se presentan en la fase crítica. Ya sea minimizando o negando la gravedad de su trastorno (Latorre y Beneit, 1981). Por tanto, una de las tareas más importantes de los psicólogos de la salud es orientar al paciente de una forma realista acerca de las limitaciones futuras, preparándolos lo más posible para los acontecimientos que puedan surgir en el transcurso de la enfermedad, para posteriormente proporcionarles metas razonables hacia las que deben enfocarse. Una vez que termina la fase crítica de la enfermedad, comienza un largo periodo de problemas derivados del trastorno que requerirán, en muchos casos, una intervención rehabilitadora que incluya aspectos tanto física, social, psicológica y laboral.

Pero los trastornos crónicos no solamente generan dificultades al individuo que la padece, según Latorre y Beneit (1981) ya que también invaden otros aspectos de su vida, llegando a las esferas laboral y social, se mencionan los problemas de interacción social en los pacientes, debido a que después del diagnóstico suelen presentarse dificultades para restablecer las relaciones con su red social. Además, los familiares y amigos de los pacientes con frecuencia también presentan problemas para adaptarse a la enfermedad y a la incapacidad, lo que suele manifestarse en los pacientes debido a que no saben como interpretar y reaccionar ante tales comportamientos. Por tanto, los problemas laborales y sociales resultados del trastorno deben ser considerados en el proceso de rehabilitación.

Sin duda, a lo largo de la evolución de la enfermedad se van presentando una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad tanto del paciente como de la familia, sin embargo, para Latorre y Beneit en 1981 el diagnóstico de una enfermedad crónica puede ser el impacto emocional más fuerte para el paciente. Surge como

consecuencia la perplejidad y desorientación haciendo imposible por el momento que el paciente pueda darse cuenta de la serie de cambios que se presentarán en su vida. Asimismo señalan al miedo y la negación como las emociones que con mayor frecuencia se presentan y que posteriormente, pueden llegar a aparecer sentimientos de ira y depresión.

Al respecto establecen los sentimientos que con mayor frecuencia se presentan en el transcurso de la enfermedad crónica en el paciente (Latorre y Beneit, 1981):

- * Negación: es un mecanismo de defensa por el cual los individuos evitan las implicaciones de la enfermedad. Dándose dos posibles situaciones ya sea que se comporten como si la enfermedad no fuera grave o que desaparecerá rápidamente teniendo consecuencias a corto plazo.
- * Miedo: después del diagnóstico de una enfermedad crónica, el temor también se presenta de manera frecuente. Debido a que muchos pacientes pueden sentirse abrumados por el cambio que va a experimentar su vida y por la posibilidad de morir. En ocasiones, el miedo puede surgir de forma intermitente durante el curso de la enfermedad (Taylor, 1986 en Latorre y Beneit, 1981).
- * Depresión: es considerada como una respuesta emocional que suelen experimentar los pacientes como consecuencia del proceso de adaptación a la enfermedad. Cabe mencionar, que puede tener diferentes efectos en los pacientes, en algunos casos llega a ser beneficiosa en relación con algunas implicaciones del tratamiento, pero así mismo puede representar un obstáculo en otros casos (Cohen y Lazarus, 1979 en Latorre y Beneit, 1981).

Sin duda alguna uno de los factores que determinan la forma en la que el paciente afronta un trastorno crónico, son las creencias que tenga acerca de la enfermedad. Investigaciones como la de Nerenz y Leventhal, (1983 en Latorre y Beneit, 1981), sugieren que los pacientes se forman una representación cognitiva de su enfermedad, influyendo de manera positiva o negativa su adaptación en el tratamiento. Esta representación incluye factores como identidad, refiere a su nombre y síntomas; la causa son los factores que el paciente cree que producen el trastorno; la duración respecto a la expectativa del tiempo que permanecerá la enfermedad y las consecuencias son las creencias de los pacientes sobre implicaciones y ramificaciones

que tendrá la enfermedad. Así mismo, dichos autores, establecen tres modelos dominantes de creencias sobre la naturaleza de la enfermedad:

- * La enfermedad aguda, que se interpreta como causada por un virus específico, con una duración corta y consecuencias a corto plazo.
- * La enfermedad crónica, causada por múltiples factores, entre los que se incluyen hábitos y estilos de vida inapropiados, se caracteriza por ser de larga duración y produce graves consecuencias.
- * La enfermedad cíclica, caracterizada por periodos alternativos sintomáticos y asintomáticos.

Las creencias de los pacientes sobre sus enfermedades incluyen factores como el estrés, el daño físico, el ambiente o el destino. En relación a ello, posiblemente lo más importante sea saber qué o a quién culpan por su enfermedad, en algunas situaciones pueden llegar a culparse a sí mismos, Taylor, Lichtman y Wood (1984, en Latorre y Beneit, 1981), denominan a dicha situación autculparse y se refieren a que muchos pacientes creen que han sido sus propias acciones las causantes de su trastorno. Así mismo, sugieren que este hecho puede ser adaptativo para el paciente, debido a que percibe la causa del trastorno como propia, lo que implica que los individuos asuman el control, la responsabilidad y afronten la enfermedad de una manera más eficaz. Por lo que se refiere al hecho de atribuir a otros la causa de la enfermedad se ha considerado que es inadaptable para el tratamiento. Referente a lo anterior, se han realizado investigaciones sobre si los pacientes que tienen la creencia de control sobre su enfermedad, se adaptan mejor a ella, que los que se caracterizan por sentimientos de incontrolabilidad. Consecuentemente se establecieron varios tipos de creencias relativos al control de la enfermedad crónica:

- * Creencia de que mediante hábitos saludables es posible prevenir la recurrencia o agravamiento de la enfermedad.
- * Creencia de que mediante el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y las recomendaciones de los profesionales de la salud, se puede conseguir control sobre la enfermedad.

- * Creencia de que se puede ejercer un control directo sobre la enfermedad mediante las habilidades de autocuidado.

Por tanto las creencias que los pacientes tengan sobre la enfermedad constituyen un importante campo de investigación e intervención, en un intento de que los pacientes desarrollen un sentido realista acerca de su propia enfermedad y de sus implicaciones. Debido a que dichas creencias pueden llevar a los individuos enfermos a poner en práctica conductas más saludables, para conseguir niveles de adherencia más altos y alcanzar una mejor calidad de vida (Latorre y Beneit, 1981).

Para Brannon y Feist (2001) las enfermedades crónicas graves presentan una crisis en la vida de las personas que suele exceder la mera adaptación a la enfermedad, éstas pueden generar dificultades económicas, cambiar la visión que los pacientes tienen de ellos mismos y dañar de manera grave las relaciones con los miembros de la familia y amigos. De una manera u otra los pacientes deben afrontar la enfermedad, que no es tarea fácil y deben manejar los síntomas al mismo tiempo que el estrés que produce el tratamiento, en ocasiones el sistema de salud, tiende a privar a las personas no sólo de su sensación de competencia y control, sino de sus derechos y privilegios, es decir, el cuidado de la salud hace que los pacientes se sientan tratados como “no personas”.

La mayoría de las enfermedades crónicas afectan todos los aspectos de la vida de los pacientes quienes deben asumir psicológicamente el rol de paciente crónico y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda la vida. Inmediatamente después del diagnóstico de la enfermedad, de alguna complicación crónica, o de alguna incapacidad, los pacientes atraviesan un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, asimismo perciben que su forma habitual de afrontar los problemas no les resulta eficaz al menos temporalmente y, como resultado de esto, en algunas ocasiones experimentan fuertes sensaciones de miedo, ansiedad, desorganización y otras emociones. También pueden entrar en un proceso de duelo por la pérdida de la salud y dependiendo en qué momento o fase de la enfermedad se encuentre, logrará aceptarse como enfermo crónico. A continuación se describirá el desarrollo natural de la enfermedad para que el psicólogo de la salud sepa en qué fase se encuentra el paciente y cual sería su intervención.

En relación a todo lo anterior podemos concluir que las enfermedades crónico-degenerativas no sólo afectan a la persona que la padece, sino también a sus familiares y amigos, dichas enfermedades de larga duración suelen provocar una crisis en la vida de las personas, cambiando la manera en que los pacientes se ven a sí mismos, generando problemas económicos e interrumpiendo la dinámica familiar, los pacientes crónicos presentan necesidades fisiológicas, sociológicas y emocionales distintas de las que tienen las personas sanas, de manera que tienen que encontrar algún modo de satisfacerlas para afrontar el proceso. Dentro de las enfermedades crónicas se encuentra un grupo denominado enfermedades metabólicas que según estadísticas representan altas tasas de morbilidad en los centros de salud, la obesidad, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y el síndrome metabólico conforman dicho grupo, en el siguiente capítulo se describirán de manera detallada cada enfermedad y sus tratamientos.

CAPITULO IV.

ENFERMEDADES METABOLICAS

La obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiacas y el síndrome metabólico son una serie de enfermedades que se ubican dentro del grupo de las denominadas enfermedades metabólicas, así mismo no sólo comparten el estar categorizadas dentro de un grupo sino que por su etiología comparten una serie de conductas y factores de riesgo determinados por el estilo de vida de los individuos.

OBESIDAD

La Organización Mundial de la Salud considera a la obesidad como un problema de Salud Pública asociado con la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Infartos de miocardio, entre otros. Representan las primeras causas de morbimortalidad en los países tecnológicamente avanzados. Estas enfermedades están íntimamente relacionadas al tipo de alimentación de las poblaciones de países desarrollados, la cuál se caracteriza por excesos de grasas saturadas, azúcares simples acompañadas por una serie de características del estilo de vida (Pajuelo et al, 2000).

Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad aumentan espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios sobre todo el mundo en el medio urbano (OMS, 2006). Asimismo calcula que en 2005 había en todo el mundo aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso. Al menos 400 millones adultos obesos. Mientras que en el mismo año había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso. Además la OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. La Federación Mundial de la Salud (2006) advirtió que si la población mundial no actúa de inmediato cambiando su dieta usual por una dieta sana acompañada por ejercicio, la obesidad se convertirá muy pronto en la primera causa de enfermedades cardiacas en el mundo.

Con respecto a la definición o concepto de obesidad, existen diversas opiniones, aunque todas coinciden en el exceso de grasa corporal, a continuación se presentan algunos:

La obesidad es una entidad patológica crónica y recidivante que se caracteriza por una proporción excesiva de grasa corporal y se relaciona con importantes riesgos para la salud. El tejido adiposo es el responsable del almacenamiento de la energía en forma de grasa neutra o triglicéridos. Cuando este depósito sobrepasa ciertos límites, estamos en presencia de obesidad. La grasa esencial incluye la grasa de la médula ósea, corazón, pulmones, hígado, bazo, riñones, intestinos, músculos y del tejido nervioso necesaria para el buen funcionamiento de estos órganos. La grasa de reserva es la que se acumula bajo la piel y alrededor de los órganos para protección contra traumas, preserva del calor corporal, es reserva de energía y tiene también una función endócrina (Pérez-Pastén, 2003).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud en el 2006, define a la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Establece que el Índice de Masa Corporal (IMC) es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la Obesidad (1998) define a la obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endocrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Tipos de obesidad

Existen diferentes maneras de clasificar a la obesidad, sin embargo las más comunes son:

a) En relación a la distribución de la grasa corporal Pérez-Pastén (2003) distinguen 3 tipos de obesidad:

- * Central, visceral o androide

- * Gluteofemoral o ginocoide
- * Mixta

El método para distinguirlas es mediante el cálculo del índice cintura/cadera. La obesidad androide se asocia a comorbilidades. También se considera obesidad central si la circunferencia de cintura es mayor a 102 cm en el hombre o 88 cm en la mujer la medida anterior es conocida como el índice cintura-cadera.

La obesidad androide o central es un pre disponente adicional para mayores riesgos particularmente por enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica. Se acompaña de resistencia a la insulina y es más común en hombres, la obesidad central aumenta los niveles de lípidos en sangre y favorece la aparición de hipertensión arterial sistémica e intolerancia a la glucosa reconocida en el síndrome metabólico. La obesidad ginecoide es común en mujeres, se caracteriza por depósitos de grasa alrededor de muslos y caderas. Las mujeres durante la postmenopausia presentan el patrón androide y el riesgo de presentar anomalías en la glucosa, lípidos séricos y en la presión arterial (Pérez-Pastén, 2003).

Es importante mantener un peso adecuado que nos permita tener una vida saludable y evite o reduzca la probabilidad de padecer alguna enfermedad relacionada con el exceso de grasa en nuestro cuerpo.

Etiología de la obesidad

La Norma Oficial Mexicana (1998) establece que su etiología es multifactorial y su tratamiento debe ser apoyado por un grupo multidisciplinario. Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), atribuye la causa de la enfermedad de la obesidad y el sobrepeso a un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. El aumento mundial de sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran:

- La modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.

- La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

La Federación mundial de la salud (2006) señala que la obesidad se caracteriza por un incremento del depósito de grasas debido a una alteración en el balance entre ingreso energético y consumo, en el que el ingreso siempre es mayor que el consumo, dando como resultado el acumulo del exceso de energía en forma de grasa. Lo anterior, indica que una persona puede desarrollar un cuadro de obesidad por:

- Disminución del gasto energético, es decir, descenso en la energía que se consume.
- Aumento de la ingesta de energía.
- La presencia conjunta de los dos hechos mencionados.

En nuestros días es muy frecuente que estos dos factores se presenten en conjunto, ya que el consumo de alimentos ricos en grasas es cada vez mayor, y están disponibles en cualquier esquina, no tenemos que hacer mucho esfuerzo por conseguirlos. Esto tiene que ver también con el ritmo de vida que se lleva en la actualidad en donde no importa que comemos ni en que cantidad sino el tiempo que debemos invertir en esto, entre menos tiempo sea mejor, ya que podemos regresar a nuestras labores. Y del ejercicio ni se diga, buscamos cada vez caminar menos, subir menos escaleras, elegimos ir en coche de vez de caminar o subir el elevador en vez de usar las escaleras, al poner un poco de atención en todo esto podemos explicarnos el por que enfermamos.

Criterios para el diagnóstico

La OMS (2006) define el sobrepeso como un IMC ≥ 25 , y la obesidad como un IMC ≥ 30 . Estos umbrales sirven de referencia para evaluaciones individuales, sin

embargo, hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21. La presencia de obesidad se establece de manera indirecta. Se toman en cuenta medidas antropométricas como: peso, estatura, circunferencia de cintura y cadera y el grosor de los pliegues cutáneos correlacionándolos con los riesgos para la salud que han sido asociados al exceso de grasa corporal. Un método de diagnóstico ampliamente aceptado es la proporción llamada índice de masa corporal (IMC), que es la relación del peso corporal en kilogramos, dividido entre la estatura en metros cuadrados (Pérez-Pastén, 2003).

Queda claro que el sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud, pero según Pérez-Pastén (2003) el riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el IMC y cuando se encuentra elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas como:

- Las enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), que ya constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, con 17 millones de muertes al año.
- La diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial.
- Las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis.
- Algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon.

Con la información que se obtiene del IMC se puede trabajar con las acciones preventivas, ya que sirve como un indicador de riesgo, en donde podemos notar si es necesario hacer modificaciones en los estilos de vida que si no son puestas en práctica nos pueden llevar a padecer alguna enfermedad. Tal como las medidas del IMC representan un indicador de riesgo existen otras conductas y factores de riesgo que con una intervención oportuna pueden marcar la diferencia en cuanto a la calidad de vida del paciente.

Conductas de riesgo

Existe una serie de acciones características del repertorio conductual del individuo que padece obesidad o sobrepeso son las siguientes:

- ☞ Aspectos nutricionales: la dieta hipercalórica y un alto consumo de grasas e hidratos de carbono en la dieta se relaciona con obesidad aunque son muchas las variables que intervienen.
- ☞ Falta de actividad física: un estilo de vida sedentario promueve el sobrepeso y es factor de riesgo para la salud.
- ☞ Factores psicológicos. Alteraciones emocionales como la depresión y una autoestima baja pueden exacerbar la sobrealimentación. Situaciones difíciles en la vida, pueden generar obesidad como la pérdida temprana de padres, el alcoholismo de padres, la disfunción familiar. Se sabe que desórdenes de la conducta alimentaria como “los atracones” pueden contribuir a la obesidad en 20 a 30% de los pacientes obesos que buscan tratamiento.

Factores de riesgo

Una persona que no tenga historia familiar de obesidad puede volverse obesa. Los factores ambientales para el desarrollo de obesidad, de acuerdo con Pérez-Pastén (2003), son:

- ☞ Factores sociales: existe relación entre un bajo nivel socioeconómico y obesidad. También hay factores étnicos y culturales relacionados con obesidad.
- ☞ Edad: periodos en el desarrollo que se asocian con ganancia de peso: (primeros años de vida, prepubertad, entre los 25 y 35 años), eventos críticos como: embarazo, menopausia, periodos posteriores a reducción de peso incrementan el riesgo de presentar ganancia de peso.
- ☞ Madre con diabetes gestacional.
- ☞ Bajo peso al nacer y/o desnutrición en el primer año de vida. Incrementa el riesgo de presentar síndrome metabólico en la edad adulta.
- ☞ Miembros de familia con sobrepeso: los hijos de los que los 2 padres presentan obesidad, tienen 2 a 3 veces mayor riesgo de presentar obesidad.

La importancia de la obesidad radica en su elevada prevalencia y ser por sí misma una alteración metabólica crónica condicionante de otros trastornos metabólicos como resistencia a la insulina, intolerancia a los hidratos de carbono, diabetes mellitus, dislipidemias, problemas cardiovasculares, como la aterosclerosis,

cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, enfermedad vascular cerebral, algunas neoplasias, enfermedad renal y una mayor incidencia de complicaciones quirúrgicas.

Actualmente los niños y adolescentes ya han comenzado a presentar obesidad, esto debido a la alimentación rica en grasas y azúcares y a la vida sedentaria que llevan, en donde su diversión es sentarse a ver televisión o jugar algún videojuego, mientras que hasta hace algunos años preferían salir a jugar, andar en bici, practicar algún deporte, claro que no queremos generalizar, sabemos que hay otros tanto que siguen con estas conductas de salud.

Obesidad en niños y adolescentes

La obesidad se ha incrementado de forma alarmante en los países desarrollados y en desarrollo, constituye el mayor problema de malnutrición del adulto y es la enfermedad que se ha visto aumentada notoriamente en la población infantil. Se considera que 1/3 de la población de todos los niños son obesos (Zayas et al, 2002).

La evaluación de la obesidad considera que el IMC es un índice razonable para evaluar la adiposidad en niños y adolescentes en el ámbito internacional. Se considera que un IMC mayor o igual a percentiles de 95 en adolescentes y se relacionan con hipertensión arterial y perfil de lípidos elevados que aumentan el riesgo de presentar comorbilidades y mortalidad (Pérez-Pastén, 2003).

Es de preocupar que este tipo de enfermedades se presente en edades tan tempranas pero al mismo tiempo si se da una intervención adecuada es muy seguro que los niños o adolescentes que presenten obesidad, al llevar a cabo cambios en su estilo de vida, puedan tener una mejor calidad de vida y al mismo tiempo lleven estos cambios no nada más a su persona sino que apliquen lo que aprendieron a los miembros de su familia.

Tratamiento

La obesidad, el sobrepeso y las enfermedades relacionadas con ellos son en gran medida evitables. Por tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), señala que la intervención debe estar dirigida a:

- Lograr un equilibrio energético y un peso normal.

- ☑ Reducir la ingesta de calorías procedentes de las grasas y cambiar del consumo de grasas saturadas al de grasas insaturadas.
- ☑ Aumentar el consumo de frutas y verduras, legumbres, granos integrales y frutos secos
- ☑ Reducir la ingesta de azúcares.
- ☑ Aumentar la actividad física (al menos 30 minutos de actividad física regular, de intensidad moderada, la mayoría de los días). Para reducir el peso puede ser necesaria una mayor actividad.

Actualmente el éxito de un tratamiento de reducción de peso se evalúa de acuerdo a la habilidad para lograr y mantener una pérdida de peso clínicamente significativa y por sus efectos de salud en comorbilidades. Aceptar este concepto es esencial para el tratamiento. En la actualidad se sabe que los pacientes que logran una pérdida de peso a corto plazo (aprox. 10% del peso corporal) recuperan 2/3 partes en un año y casi todo a los 5 años. Dicha recuperación para Pérez-Pastén (2003) se debe a factores biológicos y psicológicos que influyen en el equilibrio energético como los siguientes:

- * No mantener un programa de actividad física regular que consuma energía.
- * Tener una dieta hipercalórica.
- * Falta de motivación.
- * Reducción en el gasto energético en reposo debido a la pérdida de peso, que puede estar aún por debajo del asociado al nuevo peso corporal.

Partiendo entonces de que cada uno de los factores a considerar en la intervención van a determinar el éxito fracaso del tratamiento, Pérez-Pastén (2003) señalan que los objetivos para un tratamiento nutritivo individualizado son los siguientes:

- ✓ Pérdida de peso entre el 5% y 10% del peso corporal.
- ✓ Establecer hábitos de conducta permanentes de alimentación y ejercicio físico que permitan mantener un IMC estable.
- ✓ Reducción del riesgo de complicaciones.

Dentro de los objetivos antes mencionados se encuentra el realizar actividad física constante, debido a que el ejercicio es parte integral de la terapia para la pérdida y el mantenimiento del peso. Debe inicialmente incluir niveles bajos o moderados de intensidad por periodos cortos de tiempo hasta lograr mantener intensidad durante 30 a 45 minutos todos los días de la semana. De acuerdo con Pérez-Pastén (2003) el ejercicio aporta los siguientes beneficios:

- Estimula la pérdida de masa grasa, principalmente la grasa visceral.
- Incrementa la masa muscular.
- Mejora la condición física.
- Reduce el riesgo de ganar peso relacionado con la edad.
- Ayuda a perder peso y mantenerlo.
- Mejora el control metabólico y reduce la morbilidad y mortalidad.

Además de ayudar a reducir el peso y parte de la grasa en exceso, la actividad física aumenta la capacidad funcional del organismo. Es necesario incorporar al niño o adolescente a la actividad física diaria (ir caminando a la escuela, subir escaleras en vez de elevadores, sentarse en vez de acostarse. Asimismo es recomendable que realice ejercicios complementarios (correr, montar bicicleta, nadar, patinar, aeróbicos, entre otros) al menos 3 días por semana y durante unos 15 a 40 minutos (Zayas et al, 2002).

En el caso particular de los niños, adolescentes y jóvenes adultos Pérez-Pastén (2003) establece que se deberá hacer una evaluación extensiva de los hábitos alimenticios del adolescente y su familia. Así mismo se deberán evaluar las actividades deportivas y escolares como también la actividad física y de la vida diaria. Deberá estimarse también el tiempo dedicado a actividades sedentarias como ver televisión, jugar videojuegos o estar en la computadora.

Los objetivos del tratamiento serían primeramente objetivos en la conducta, donde la finalidad primaria es el manejo de la obesidad no complicada. Es precisamente en este punto donde el papel de la psicología de la salud es fundamental puesto que puede contribuir tanto en la intervención para controlar los factores de riesgo y así retardar las posibles complicaciones, pero a su vez ya instaladas una serie de

características en el paciente, la psicología también entra a jugar un papel importante en el proceso de tratamiento (Pérez-Pastén, 2003):

- ✓ Comer saludablemente.
- ✓ Hacer ejercicio.
- ✓ No es tan importante en este momento, el alcanzar el peso ideal.
- ✓ Asimismo, la familia debe estar preparada para el cambio, aprender a monitorear la actividad física.
- ✓ Se deberá educar a la familia sobre las complicaciones de la obesidad.
- ✓ Involucrar a la familia en el programa de tratamiento.
- ✓ Instituir cambios permanentes, no sólo programas de ejercicio y plan de alimentación con metas de reducción de peso a corto plazo.

La obesidad y el sobrepeso representan un gran problema de salud pública que va aumentando considerablemente y a su vez disminuye en cuanto a la edad de los casos de morbilidad y mortalidad, existen una serie de conductas de riesgo que están presentes en las causas de la obesidad como son la mala alimentación, el sedentarismo, la depresión, la ansiedad, que se manifiestan en los estilos de vida de los individuos, de la misma manera en las causas se mencionan ciertos factores de riesgo como las cuestiones heredofamiliares, la edad y la raza, por tanto es necesario establecer un tratamiento multidisciplinario que vaya desde las cuestiones de alimentación, de actividad física entre otras, pero sobre todo que representen cambios en las conductas de riesgo de los individuos. Así como la obesidad es considerada un riesgo para la salud existe otra enfermedad con la cual está muy relacionada y que en la actualidad con mayor frecuencia se está presentando a nivel mundial, nos referimos a la hipertensión arterial de la cual se hablará a continuación.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

Existen más de 600 millones de hipertensos en el mundo, de éstos el 70% corresponden a países en vías de desarrollo. En 1993 la encuesta nacional de enfermedades crónicas de México (ENEC) informó una prevalencia del 26.6% de HAS. El grupo ENSA 2000 como resultado de una encuesta informó una prevalencia que no es de extrañar y varios factores han sido relacionados, incluyendo: el incremento de la

población en riesgo, de la esperanza de vida, de otros factores de riesgo asociados como cambios en el estilo de vida, obesidad, tabaquismo, diabetes y factores genéticos (Velázquez-Monroy, 2003).

De acuerdo con datos de la Norma Oficial Mexicana (1999) para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial, es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. Asimismo, representa un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido en las últimas décadas.

La Hipertensión arterial afecta aproximadamente a 1 billón de personas en el mundo. Y es el diagnóstico primario más frecuente en América. Las actuales tasas de control (PAS<140 mm de Hg y PAD<90 mm de Hg) aunque mejoradas, están todavía muy por debajo de los objetivos del 50% de Salud poblacional para el 2010, es por tal motivo que el 30% de la población desconoce todavía ser hipertenso. Para Miguel-Tobal et al (1994) dentro de los trastornos cardiovasculares, la hipertensión arterial cobra una especial importancia por dos motivos fundamentales: por ser, en sí mismo, uno de los factores de riesgo más importantes en las enfermedades cardiovasculares en general y por su alta incidencia entre la población.

El término presión arterial se refiere al nivel de fuerza o presión que existe en el interior de las arterias. Esta presión es producida por el flujo de sangre. Cada vez que late el corazón, sube la presión. Y entre latidos, cuando el corazón está en reposo, esta presión vuelve a bajar. La presión arterial sistólica se refiere a la presión que existe en las arterias cuando late el corazón, es decir, es el primer número o mayor en la lectura de la medida de la presión arterial. El segundo número o menor en la lectura de la presión arterial es la diastólica y se refiere a la presión que existe en las arterias entre latidos del corazón (Velázquez-Monroy, 2003).

Para Miguel-Tobal et al, (1994) la hipertensión arterial se caracteriza por el incremento de los niveles de presión con los que la sangre pasa por los vasos sanguíneos. Estos niveles elevados en la presión de la sangre están por encima de los requerimientos metabólicos del organismo, y facilita la aparición de accidentes cardiovasculares a medio y largo plazo (infartos, hemorragias cerebrales, entre otros).

Etiología

De acuerdo con Miguel-Tobal et al, (1994) en la hipertensión arterial, existen dos grandes tipos:

1. *Hipertensión esencial o primaria*, cuyo origen no puede ser determinado orgánicamente, siendo por tanto un trastorno funcional. Es en este tipo de hipertensión en el cual la Psicología de la Salud se ha interesado especialmente.
2. *Hipertensión secundaria*, que es debida a un fallo o daño orgánico. En ocasiones la hipertensión secundaria puede aparecer como consecuencia de daños provocados por una hipertensión esencial no tratada.

La distinción entre ambas radica en los factores etiológicos que las originan. La hipertensión secundaria aparece como resultado de la alteración en uno o varios elementos claves de control del sistema cardiovascular. Sin embargo, la mayor parte de los casos, alrededor del 95%, no presentan alteración orgánica o funcional evidente que justifique tal elevación de la presión sanguínea, es decir, los mecanismos etiopatológicos no están establecidos, encuadrándose, por tanto, en la categoría de hipertensión esencial o primaria o idiopática (Miguel-Tobal et al, 1994). Las cifras indican que en la mayoría de la población la hipertensión arterial se presenta podríamos decir, como consecuencia del estilo de vida de los individuos, es aquí donde los tratamientos psicológicos enfocados a cambios en las conductas de riesgo que representan un daño a la salud juegan gran relevancia, asimismo es de suma importancia que el encargado de la salud y sobre todo el psicólogo de la salud tenga conocimiento de las medidas de presión arterial de los pacientes para así determinar en que fase de la enfermedad se encuentra y por tanto establecer el tratamiento más indicado, a continuación se describen los criterios diagnósticos.

Clasificación y criterios diagnósticos de la hipertensión arterial

La Norma Oficial Mexicana (1999) para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial establece como clasificación y criterios diagnósticos los siguientes criterios:

- Para efectos de diagnóstico y tratamiento se usa la siguiente clasificación clínica:
 - Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg

- Presión arterial normal: 120-190/80-84 mm de Hg
 - Presión arterial normal alta: 130-139/85-89 mm de Hg
- Hipertensión arterial:
- Etapa 1: 140-159/90-99 mm de Hg
 - Etapa 2: 160-179/100-109 mm de Hg
 - Etapa 3: $\geq 180/\geq 119$ mm de Hg

La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica ≥ 140 mm de Hg y una presión diastólica < 90 mm de Hg, clasificándose en la etapa que le corresponda.

El objetivo de la detección de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana es identificar a individuos de 25 años de edad en adelante, que padecen HAS no diagnosticada o P.A. normal alta. El paciente con sospecha de HAS en el examen de detección, deberá acudir a confirmación diagnóstica, sin medicación antihipertensiva, y sin cursar alguna enfermedad aguda. Se considera que una persona tiene HAS, si la presión arterial corresponde a la clasificación antes señalada. El diagnóstico de HAS debe estar basado en el promedio de por lo menos dos mediciones, tomadas al menos en dos visitas posteriores a la detección inicial o a través de un periodo más prolongado. Si no se confirma el diagnóstico de HAS, los individuos con P.A. óptima o normal serán estimulados a mantener estilos de vida saludables.

De acuerdo con Velázquez-Monroy (2003) en su análisis por subgrupos de edad de toda la población hipertensa detectada por el grupo ENSA 2000 demuestra que posiblemente los mecanismos fisiopatológicos y de progresión de daño vascular son dinámicos y cambiantes. Así, entre los 20 y 40 años de edad el tipo predominante de HTAS fue el de hipertensión diastólica pura, mientras que, entre los 50 y 69 años, el predominio fue de hipertensión sistodiastólica. Por otra parte, la hipertensión sistólica pura representó el porcentaje más bajo, sin embargo, también mostró un aumento en frecuencia a partir de los 50 años. En México la población hipertensa con edad menor de 40 años es la predominante, por ello el énfasis hacia la hipertensión diastólica debe destacarse.

Hipertensión arterial en niños y adolescentes

En niños y adolescentes la Hipertensión arterial se define como aquella P.A. que, tras medidas repetidas, se encuentra en el percentil 95 o mayor ajustado por edad, estatura y género. Los encargados de la salud deben estar al pendiente ante la posibilidad de identificar hipertensión secundaria en los niños más jóvenes (enfermedad renal, coartación de aorta, entre otras) (Joint National Committee sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial, 2003). Es en este momento oportuno de diagnóstico en el que los tratamientos encaminados a modificar estilos de vida de los individuos deben ponerse en marcha para así poder brindar al paciente las herramientas que le permitan llevar con una mejor calidad de vida su enfermedad, debido a su etiología multifactorial, el desarrollo de la hipertensión arterial está relacionado con una serie de conductas y factores de riesgo que a continuación se abordan.

Conductas de riesgo

De acuerdo con Miguel-Tobal et al, (1994) hay una serie de conductas de riesgo que están íntimamente ligadas a la hipertensión arterial, señala las siguientes:

- Dieta rica en sal.
- Ingesta de alcohol.
- Consumo de tabaco.
- Inactividad física.
- Estrés

Factores de riesgo

Asimismo añade que los estudios epidemiológicos realizados en el campo de los trastornos cardiovasculares incluyendo la hipertensión arterial, han permitido identificar un conjunto de variables denominadas "factores de riesgo", relacionadas con la mayor incidencia de dichos trastornos. Miguel-Tobal et al, (1994) señala que los factores de riesgo, son los siguientes:

- Edad.
- Sexo.

- Historia familiar de patología cardiovascular.
- Hipertensión.
- Hipocolesterolemia.
- Obesidad.

Sin embargo, hoy se sabe que la mejor combinación de todos estos factores de riesgo, deja sin explicar, aproximadamente, la mitad de los casos de morbi-mortalidad por enfermedad coronaria.

Para Donker (1991 en Miguel-Tobal et al., 1994) existen claras indicaciones de que los factores psicológicos como la ansiedad, el stress, la ira, entre otros, desempeñan un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión, sea directamente por efectos sobre el sistema cardiovascular o indirectamente por su influencia en los factores conductuales como: exceso de peso, uso excesivo de sal o de alcohol, falta de ejercicio físico, etc. Por su parte Miguel-Tobal et al (1994) mencionan que muchas investigaciones que han abordado la relación entre ciertos factores psicológicos y el desarrollo de la hipertensión muestran un perfil del sujeto hipertenso caracterizado por:

- un alto rasgo general de ansiedad
- alta reactividad en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico, y en menor medida en el sistema motor
- reacciones de ansiedad intensas ante las situaciones de prueba o evaluación
- las situaciones potencialmente fóbicas
- las habituales en su vida diaria
- en menor medida, ante las situaciones interpersonales.

En relación a la ira, los sujetos hipertensos se caracterizan por:

- una mayor disposición a expresar ira cuando son criticados o tratados de forma injusta
- por refrenar sus sentimientos de ira con mayor frecuencia

- por manifestar sus estados de ira en conductas agresivas directas de forma menos frecuente que en el grupo normotenso.

Por lo anterior es que se consideran las repercusiones de los estilos de vida (conductas de riesgo) de los individuos en el desarrollo, evolución y complicaciones de la enfermedad ya que como lo mencionan las investigaciones existe una clara relación de conductas que caracterizan al hipertenso, por tanto si consideramos que las causas de la hipertensión arterial son resultado de factores de todo tipo (fisiológicos, conductuales, cognitivos) el tratamiento a considerar debe abordar ambos indicadores de riesgo, a continuación se describen una serie de tratamientos.

Tratamiento

La Norma Oficial Mexicana (1999) señala que el tratamiento de la hipertensión arterial tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa. Estableciendo como meta principal el lograr una P.A. <140/90.

De acuerdo con el Séptimo Informe del Joint National Committee sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial (2003), la terapia antihipertensiva en salud pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. Para lo cual, es indispensable la adopción de estilos de vida saludables por todos los individuos para prevenir la elevación de P.A. y necesaria (y es indispensable) como parte del manejo de los sujetos hipertensos. La modificación de los estilos de vida más importantes que demostraron descender la P.A. fueron:

- ✓ Reducción de peso en personas obesas y con sobrepeso
- ✓ Adopción de la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hipertension): consumo de dieta rica en frutas, vegetales y pocas grasas diarias saturadas y totales, rica en potasio y calcio
- ✓ Reducción de sodio en la dieta: reducir consumo de sodio, no más de 100 mmol día (2.4 g de sodio o 6 g. de cloruro de sodio)
- ✓ activación física: hacer ejercicio físico aeróbico regular como caminar rápido (al menos 30 minutos al día casi todos los días de la semana)

- ✓ Moderación en consumo de alcohol. Limitar el consumo a no más de 2 copas (30 ml de etanol) al día en varones y no más de 1 en mujeres

El objetivo del tratamiento es reducir la tensión arterial para que el riesgo de apoplejía y de infartos de miocardio, disminuya. El tratamiento lo prescribe por regla general el médico de familia.

Cuando las medidas no farmacológicas no han conseguido bajar las cifras de tensión arterial puede ser necesario comenzar con un tratamiento farmacológico que incluye los diuréticos, que facilitan la excreción renal de agua y sal reduciendo el trabajo que el corazón debe realizar para bombear la sangre; los betabloqueantes, que reducen el tono cardíaco y favorecen la vasodilatación arterial; los antagonistas de los canales del calcio, que facilitan la vasodilatación arterial y coronaria; y otros como los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), los estimuladores de los receptores alfa centrales y los bloqueantes alfaadrenérgicos. En ocasiones se administran estos fármacos combinados.

Tradicionalmente, la hipertensión ha sido tratada desde una perspectiva médica, con terapia farmacológica, que suele acompañarse con una serie de medidas higiénicas como son el consejo de reducir el stress, indicadores dietéticos, recomendaciones de aumentar el ejercicio físico y de abandonar o reducir el tabaquismo. Algunos autores recomiendan estas medidas no farmacológicas como primer paso de tratamiento en la hipertensión límite o borderline (Shapiro y Jacob, 1983, en Miguel-Tobal et al., 1994).

Sin embargo, en la práctica, tanto el cumplimiento de la prescripción farmacológica como de los restantes consejos, plantea problemas al enfermo hipertenso. Los estudios muestran que aproximadamente el 50% de los pacientes abandonan la medicación el primer año (Wilber y Batrow, 1972; Cadwell et al., 1979, en Miguel-Tobal et al., 1994). Además, se estima que únicamente dos tercios del 50% que no abandona llegan a controlar adecuadamente su tensión (McKegney et al., 1973, en Miguel-Tobal et al., 1994). El incumplimiento del régimen dietético se estima igualmente muy alto, alrededor del 48% (Ley, 1978, en Miguel-Tobal, et al., 1994). Además, se señala como problema la falta de mantenimiento de las reducciones

logradas a lo largo del tiempo (Gormally y Rardin, 1981; Stunkard y Penik, 1979; Stuart, 1980, en Miguel-Tobal et al., 1994).

Actualmente, existe un creciente auge en la investigación que trata de establecer la posibilidad de modificar las distintas conductas y factores de riesgo, mediante técnicas de intervención psicológica.

Estas investigaciones demuestran que la psicología puede ser utilizada como un instrumento eficaz para modificar los distintos factores de riesgo (Lefebvre, 1987, en Miguel-Tobal et al., 1994). Su contribución puede ser vista desde diferentes ángulos:

- ✓ Aporta un eficaz apoyo para abordar estos problemas diseñando intervenciones conductuales que ayuden al paciente a superar las dificultades prácticas.
- ✓ Interviene en aquellas variables de índole psicológica relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión.

De hecho, en los últimos 20 años se han utilizado un buen número de tratamientos no farmacológicos efectivos para el control de la hipertensión esencial (Blanchard et al., 1988, en Miguel-Tobal et al., 1994) estos tratamientos incluyen:

- * entrenamiento en relajación y respiración
- * diversas modalidades de biofeedback
- * hipnosis
- * ejercicio
- * cambio de dieta
- * Técnicas de control de stress.

Son muchas las técnicas psicológicas que han mostrado su capacidad para reducir la presión arterial, sin embargo la tendencia actual es el empleo de paquetes terapéuticos que incluyan un conjunto de técnicas, siendo ésta la opción más satisfactoria. Algunos de los casos que incluyen este programa terapéutico son los siguientes Maass y Brengelmann (1979, en Miguel-Tobal et al., 1994) realizaron un

programa, de intervención, en el que se combinaban programas de observancia de la medicación, reducción del tabaquismo, control de dieta y ejercicio físico, así como un programa de control de stress. Tras la aplicación del programa, los datos mostraron una tensión arterial sistólica y diastólica significativamente más bajas en el grupo experimental que en el grupo control. Esta tendencia se mantuvo a lo largo de todos los seguimientos efectuados (cada tres meses durante 21 meses).

Basler et al. (1982, en Miguel-Tobal et al., 1994) llevaron a cabo un estudio comparativo entre cuatro programas diferentes de tratamiento para pacientes hipertensos con medicación:

- 1.) Programa de modificación de hábitos dietéticos.
- 2.) Programa de modificación de hábitos dietéticos más auto medición y control de presión sanguínea, además de un entrenamiento en competencia social.
- 3.) Programa de modificación de hábitos de dieta más entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.
- 4.) Programa de información sobre las causas y consecuencias de la hipertensión.

Tras la aplicación de los programas se obtuvo una disminución importante de la presión sanguínea entre las medidas pre y postratamiento en todos los grupos experimentales, siendo mayor la reducción en aquellos casos en los que los valores tensionales iniciales eran más altos. Las reducciones observadas eran significativamente mayores en todos los grupos de terapia, comparados con un grupo control. En cuanto a las diferencias entre los distintos tratamientos, los datos apuntan que no hubo diferencias significativas entre los diferentes grupos de terapia.

Grzib, Fernández Trespalacios, Ortega y Brengelmann (1989, en Miguel-Tobal et al., 1994), realizaron un estudio concebido como una intervención de apoyo al régimen médico. El programa constó de tres fases:

- 1.) Observancia del régimen farmacológico.
- 2.) Control de dieta (baja en sodio, balanceada y acorde a sus requerimientos calóricos y a la actividad física)
- 3.) Programa de reducción y manejo de estrés.

Se llevaron a cabo medidas de presión arterial pretratamiento (línea base), postratamiento y seguimiento (a los seis meses). Desde el punto de vista de significación estadística, el estudio arrojó diferencias significativas en el sentido esperado a nivel de grupo y a nivel individual. Todos los pacientes redujeron significativamente su tensión arterial tras la intervención. Tras un seguimiento de seis meses, las reducciones se mantuvieron en siete de los ocho pacientes (Miguel-Tobal et al., 1994).

Los modelos cognitivo-conductuales sugieren que la manera más eficaz para que los pacientes hipertensos sigan minuciosamente las indicaciones y el tratamiento prescrito por los encargados de la salud, para así llegar a establecer y mantener estilos de vida saludables, es la motivación que el paciente pueda recibir por parte de los encargados de la salud, dicha motivación mejora cuando los pacientes tienen buenas experiencias con sus terapeutas y confían en ellos, resultando en un aumento de la empatía potenciando la motivación. Puesto que la actitud de los pacientes es fuertemente influenciada por las creencias culturales y experiencias previas, estas actitudes deben ser entendidas por los profesionales de la salud para crear confianza e incrementar la comunicación con los pacientes y los familiares. Es de suma importancia que tanto el equipo de profesionales de la salud como el paciente se pongan de acuerdo para delimitar los objetivos de la intervención para la presión arterial, por tanto, se debe establecer una estrategia que este centrada en el paciente para que de esta manera pueda asumir los objetivos y la estimación del tiempo necesario para cumplirlos.

Dentro del grupo de enfermedades metabólicas existe otra patología con la cual está muy relacionada la hipertensión arterial debido a que representa un factor de riesgo para la presencia de la enfermedad, nos referimos a la diabetes mellitus, en la actualidad los casos de morbilidad y mortalidad se han incrementado de manera alarmante, por tal motivo a continuación se da una detallada descripción de la diabetes mellitus.

DIABETES MELLITUS

La Organización Mundial de la Salud calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas con diabetes mellitus, y es probable que esa cifra aumente a más del doble en 2030. Se calcula que en 2005 hubo 1,1 millones de muertes debidas a la diabetes mellitus. Aproximadamente un 80% de las muertes por diabetes mellitus se registran en países de ingresos bajos o medios. Casi la mitad de las muertes por diabetes mellitus ocurren en pacientes de menos de 70 años, y el 55% en mujeres, asimismo calcula que las muertes por Diabetes Mellitus aumentarán en más de un 50% en los próximos 10 años si no se toman medidas urgentes. Es más, prevé que entre 2006 y 2015 las muertes por DM aumenten en más de un 80% en los países de ingresos medios altos (OMS, 2006).

La diabetes mellitus es un síndrome (conjunto de padecimientos), que se caracteriza por hiperglucemia que resulta de defectos en la secreción y/o acción de la insulina (Pérez-Pastén, 2003).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud define a la diabetes mellitus como una enfermedad crónica debido a que el páncreas o no produce insulina suficientemente, o el organismo no la puede utilizar de manera eficiente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (glucemia), por tanto, la hiperglucemia es un aumento en la glucemia, lo cual representa un efecto frecuente de la diabetes no controlada, y que con el tiempo producirá importantes lesiones en muchos sistemas orgánicos y en particular en los nervios y los vasos sanguíneos. Asimismo, para Alpizar (2001) produce alteraciones en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos.

Clasificación de la diabetes mellitus

La clasificación de la diabetes que a continuación se presenta es empleada en el Programa Institucional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus en el IMSS aprobada por la Asociación Americana de Diabetes y avalada por la Organización Mundial de la Salud (Alpizar, 2001):

Clasificación de la DM

Elaborada en 1997
Vigente
Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)
Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
Otros tipos específicos de diabetes
Diabetes mellitus gestacional
Clases de riesgo estadístico
Intolerancia a la glucosa (IG)
Alteración de la glucemia en ayuno (AGA)

- *Diabetes tipo 1*

Es la que se produce por la destrucción de las células del páncreas, lo que conduce a una deficiencia total de insulina (Pérez-Pastén, 2003). Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados y suelen presentar comienzo abrupto de signos y síntomas con insulinopenia antes de los 30 años (Alpizar, 2001).

Este tipo de diabetes comprende dos categorías (Pérez-Pastén, 2003):

- a) Diabetes tipo 1 autoinmune (mediada por autoinmunidad)
- b) Diabetes tipo 1 idiopática (destrucción de las células beta del páncreas no relacionada con autoinmunidad ni otra causa conocida).

Sus síntomas, que pueden aparecer bruscamente, consisten en una producción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, alteraciones visuales y fatiga (OMS, 2006).

La Diabetes tipo 1 de aparición juvenil, representa de 5 a 10% de todos los casos diagnosticados de la enfermedad. La diabetes tipo 1 es causada por el fracaso de las células pancreáticas beta para producir insulina, puede aquejar a niños y adultos, que requerirán inyecciones diarias de insulina. El uso incorrecto de la insulina produce

cetoacidosis y esta consecuencia inevitable limita el grado en que los pacientes pueden pasar por alto las recomendaciones sobre administración de insulina exógena y todavía sobrevivir. La cetoacidosis es una causa significativa de mortalidad en las personas jóvenes con diabetes tipo 1. Los pacientes con cetoacidosis diabética a menudo requieren hospitalización y, en la mayoría de los casos, la causa presunta es la adherencia deficiente al tratamiento con insulina (Pérez-Pastén, 2003).

- *Diabetes tipo 2*

Referida para las personas que presentan resistencia a la insulina, así como deficiencia relativa en la producción de insulina (Pérez-Pastén, 2003). Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes tipo 1, pero menos acentuados. En consecuencia, es posible que la enfermedad se diagnostique varios años después de su inicio, una vez que ya han aparecido sus complicaciones (OMS, 2006).

La DM tipo 2 se desarrolla como consecuencia de una colisión entre genes ahorradores y un entorno hostilmente abundante. La resistencia a la insulina es una causa principal de la enfermedad, y el manejo óptimo de la DM tipo 2 debería apuntar a la mejora en fases más tempranas a la resistencia a la insulina.

Para Alpizar (2001):

- La diabetes tipo 2 se encuentra asociada a resistencia a la insulina, o a una deficiencia absoluta o relativa en la secreción de la misma.
- Actualmente se reconoce que esta enfermedad de carácter heterogéneo y multifactorial comprende un grupo de anormalidades clínicas y genéticas en las cuales la intolerancia a la glucosa es el común denominador.

Las personas con diabetes tipo 2 tienen alto riesgo para desarrollar enfermedad coronaria (infarto, angina), accidente vascular cerebral, enfermedad vascular periférica, así como propensión a desarrollar dislipidemia, hipertensión arterial y obesidad. En razón de que una detección y manejo temprano de la diabetes puede reducir la aparición, progresión y costo de las complicaciones, es que se recomienda realizar pruebas para identificar diabetes en personas con alto riesgo como en el caso de: Individuos mayores de 45 años de edad. En el caso de que las pruebas sean normales se recomienda repetir las cada tres años, ya que durante este lapso son muy pocas las posibilidades de desarrollar alguna complicación de la diabetes.

La realización de pruebas se debe considerar de manera más temprana en personas que tengan alguna de las siguientes condiciones:

Factores de riesgo

Es un término moderno que combina un concepto clásico de causa directa de enfermedad con conceptos más recientes de probabilidad, predicción y pronóstico. Por tanto, la idea es central a un pensamiento clínico sólido, a una buena práctica de prevención, así como a la comprensión básica de las causas y la prevención de las enfermedades. Para Alpizar (2001) los factores de riesgo para la DM se pueden clasificar en modificables y no modificables.

Factores de riesgo (fisiológicos y conductuales) para Diabetes Mellitus (Alpizar, 2001)

MODIFICABLES	NO MODIFICABLES
<p data-bbox="427 1093 580 1126"><i>Fisiológicos</i></p> <ul data-bbox="272 1160 770 1749" style="list-style-type: none"><li data-bbox="272 1160 456 1193">☑ Obesidad.<li data-bbox="272 1227 472 1261">☑ Sobrepeso.<li data-bbox="272 1294 711 1384">☑ Índice de masa corporal ≥ 25 kg/m².<li data-bbox="272 1417 711 1507">☑ Índice cintura-cadera ≥ 0.9 en hombres y ≥ 0.8 en mujeres.<li data-bbox="272 1541 770 1630">☑ Presión arterial con cifras $\geq 140/90$ mmHg.<li data-bbox="272 1664 643 1697">☑ Triglicéridos ≥ 150 mg/dl.<li data-bbox="272 1731 711 1765">☑ HDL de colesterol ≤ 40mg/dl. <p data-bbox="459 1776 643 1809"><i>Conductuales</i></p> <ul data-bbox="272 1843 722 2011" style="list-style-type: none"><li data-bbox="272 1843 512 1877">☑ Sedentarismo.<li data-bbox="272 1910 491 1944">☑ Tabaquismo.<li data-bbox="272 1977 722 2011">☑ Manejo inadecuado del estrés.	<ul data-bbox="855 1160 1350 1552" style="list-style-type: none"><li data-bbox="855 1160 1201 1193">☒ Ascendencia hispánica<li data-bbox="855 1227 1294 1261">☒ Edad igual o mayor a 45 años<li data-bbox="855 1294 1350 1429">☒ Antecedente de DM en un familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos)<li data-bbox="855 1462 1321 1552">☒ Antecedente de haber tenido un hijo con un peso al nacer ≥ 4 kg

<input checked="" type="checkbox"/> Hábitos inadecuados de alimentación.	
<input checked="" type="checkbox"/> Estilo de vida contrario a la salud.	

Además de los factores antes mencionados la Norma Oficial Mexicana de Salud (SSA, 1994) establece que también deben ser considerados los pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral o insuficiencia arterial de miembros inferiores.

Los factores modificables son los que más preocupan a los encargados de la salud en su práctica diaria, ya que si se logra incidir en ellos, ya sea por cambios en el estilo de vida o por intervención farmacológica, se puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste o bien se retarde su aparición y se modifique la evolución desfavorable hacia complicaciones micro y macrovasculares.

Por su parte Pérez-Pastén (2003) también ha definido una serie de Factores de riesgo:

- * Obesidad con un peso corporal $\geq 120\%$, o con un índice de masa corporal $\geq 27/m^2$.
- * Tener familiares de primer grado con diabetes.
- * Ser miembro de una población étnica con alto riesgo para desarrollar diabetes (africano-americanos, hispanos, nativos americanos).
- * Tener concentraciones séricas de HDL-colesterol \leq a 35 mg/dl.
- * Tener concentraciones plasmáticas de triglicéridos \geq a 150 mg/dl.
- * Mujeres en quién previamente se ha hecho diagnostico de diabetes gestacional.
- * Tener una prueba previa compatible con diagnostico de intolerancia a la glucosa en ayuno o post carga de glucosa.

En el contexto de la población mexicana que tiene una alta predisposición para desarrollar diabetes, así como los cambios desfavorables que se han tenido en el estilo de vida, la elevada prevalencia de intolerancia a la glucosa y de diabetes gestacional, se exige un escrutinio más riguroso para la identificación de diabetes. De acuerdo, a los profesionales de la diabetología mexicana se señalan como candidatos a las personas que cumplan los siguientes factores de riesgo:

- * Embarazo
- * Historia familiar de diabetes
- * Edad avanzada
- * Etnicidad indígena parcial o total
- * Aumento brusco de peso
- * Obesidad de distribución central (tronco, abdomen)
- * Hiperinsulinismo crítico (acantosis nigricans, S. de ovarios poliquísticos)
- * Hiperinsulinismo identificado con pruebas
- * Hipertensión arterial
- * Hiperuricemia
- * Dislipidemias
- * Hepatitis grasa no alcohólica
- * Glucosa plasmática entre 100 y 199 mg/dl

- *Diabetes tipo 2 en niños y adolescentes*

Tradicionalmente se ha considerado a la diabetes tipo 2 como una enfermedad de las personas adultas y su presentación en niños y adolescentes como una rareza. En la actualidad este concepto ha cambiado debido a que cada vez más se hacen frecuentes los informes de un incremento en la frecuencia de diabetes tipo 2 y en particular en los adolescentes. Anteriormente la frecuencia de diabetes tipo 2 en esta población de personas jóvenes era de 1%-2% que ha cambiado a 8% e incluso en algunos informes alcanza cifras del 45%. Esta variación en la prevalencia parece depender de las diferencias en los métodos de estudio y de las diferencias étnicas o de raza en los diferentes estudios (Pérez-Pastén, 2003).

El elemento central de la diabetes tipo 2 tanto en adolescentes y niños como en adultos es la resistencia a la insulina, es decir, disminución en la capacidad o habilidad de la insulina para llevar a cabo sus acciones fisiológicas. En ocasiones, la resistencia a la insulina es una condición heredada que se localiza en los procesos que siguen a la unión de la insulina con su receptor. Sin embargo, además de la resistencia heredada, hay otras conductas de riesgo que dan lugar a la resistencia (resistencia adquirida) como son:

- * Obesidad
- * Disminución de la actividad física (sedentarismo)
- * En específico, en los adolescentes la hormona de crecimiento que se produce en mayor cantidad en esta época de la vida.

En niños y jóvenes también se han establecido criterios para decidir en quiénes hacer pruebas para identificar diabetes, son los siguientes criterios (Pérez-Pastén, 2003):

- * Sobrepeso: índice de masa corporal superior al percentil 85 para la edad y género o peso para la estatura mayor al percentil 85, o un peso superior al 120% del ideal para la estatura.
- * Diabetes tipo 2 en los familiares de primer o segundo grado.
- * Etnicidad: pertenecer a un grupo étnico con alta predisposición para la diabetes tipo 2 (hispanos, que es nuestro caso)
- * Edad: se recomienda hacer pruebas cuando el niño tiene 10 años, sin embargo, esto no es definitivo, ya que la investigación se puede iniciar a edades más tempranas de acuerdo a los factores de riesgo presentes en el niño.

- *Otros tipos específicos de diabetes.*

En esta categoría se incluye a 3% de los pacientes con DM (Alpizar, 2001), y se divide de la siguiente forma (Pérez-Pastén, 2003):

- ✚ Defectos genéticos en la función de las células beta. Este grupo corresponde a diferentes variedades de diabetes con defecto en la secreción de insulina, con mínima alteración en su actividad. Se reconocen en la actualidad tres tipos denominados: MODY 1, MODY 2, y MODY 3, y recientemente se describen otros tipos: MODY 4 y MODY 5, no incluidos en la clasificación original.
- ✚ Defectos genéticos en la acción de la insulina, que comprenden diversos síndromes como: resistencia a la insulina tipo A, el Leprechaunismo, el síndrome de Rabson-Mendenhal, diabetes lipoatrófica, etc.
- ✚ Enfermedades del páncreas: (pancreatitis, tumores, fibrosis quística).
- ✚ Diabetes asociada a enfermedades endocrinas (hormonales), como acromegalia, Cushing, hipertiroidismo, glucagonoma.
- ✚ Diabetes inducida químicamente o por drogas (glucocorticoides, tiazidas, Vacor).
- ✚ Diabetes relacionada con infecciones (rubéola, cotomegalovirus).
- ✚ Diabetes asociada con inmunidad y diversos síndromes genéticos.

- *Diabetes gestacional*

Se define como la diabetes que se inicia o reconoce durante el embarazo. Después de seis semanas del parto se recomienda reevaluar a las mujeres mediante las pruebas para el diagnóstico de diabetes para incluirlas en alguno de los siguientes diagnósticos: diabetes, intolerancia a los carbohidratos en ayuno, intolerancia a los carbohidratos post prandial o normoglucemia (no diabetes).

- *Intolerancia a la glucosa post prandial y en ayuno*

Estos términos indican un estado intermedio entre normalidad y diabetes. El estadio de intolerancia a la glucosa en ayuno se define como una glucosa plasmática en ayuno \geq a 100 mg/dl, pero $<$ a 126 mg/dl. La intolerancia a la glucosa post prandial se define como un valor de glucosa plasmática \geq a 140 mg/dl, pero $<$ a 200 mg/dl, dos horas después de una carga oral de glucosa. La intolerancia a la glucosa en ayuno y post prandial no se consideran como entidades clínicas, sino como condiciones de riesgo para el desarrollo de la diabetes (Pérez-Pastén, 2003).

Etiología

La insulina segregada por el páncreas controla la concentración en sangre de la glucosa (azúcar), necesaria como combustible en numerosas reacciones químicas. De acuerdo con Calles (1999) en una persona sana, la digestión del alimento induce el aumento de la glucosa en sangre. El páncreas libera insulina, que estimula la absorción de glucosa por parte de las células. También contribuye a transformar la glucosa en glucógeno, que se almacena en el hígado y los músculos como reserva energética. Las hormonas regulan la liberación de insulina estimulando la disminución de la concentración de azúcar en sangre, lo que a su vez frena la secreción pancreática. En una persona con diabetes mellitus, el páncreas no produce insulina suficiente o el organismo no es capaz de utilizarla. Después de la digestión, si el páncreas no segrega suficiente insulina, el organismo se ve obligado a descomponer las grasas, pues no puede utilizar la glucosa para obtener energía. Como consecuencia, se eliminan con la orina unos compuestos tóxicos llamados cetonas, que también se acumulan en la sangre y provocan acidosis cetónica, un cuadro grave que puede degenerar en coma o muerte. Si el organismo no es capaz de utilizar la insulina, la glucosa se acumula fuera de las células y circula sin ser absorbida. Las concentraciones elevadas de este azúcar en sangre y orina deterioran la capacidad del organismo para combatir las infecciones y pueden provocar también acidosis cetónica.

Cuadro Clínico

Más que una entidad única, la DM es un grupo de procesos con causas múltiples. El páncreas humano segrega una hormona denominada insulina que facilita la entrada de la glucosa a las células de todos los tejidos del organismo, como fuente de energía. En un diabético, hay un déficit en la cantidad de insulina que produce el páncreas, o una alteración de los receptores de insulina de las células, dificultando el paso de glucosa. De este modo aumenta la concentración de glucosa en la sangre y ésta se excreta en la orina. En los diabéticos tipo 1, hay (disminución o una) ausencia de la producción de insulina por el páncreas. En los diabéticos tipo 2, la producción de insulina es normal o incluso alta, pero las células del organismo son resistentes a la acción de la insulina; hacen falta concentraciones superiores para conseguir el mismo efecto. La obesidad puede ser uno de los factores de la resistencia a la insulina: en los

obesos, disminuye la sensibilidad de las células a la acción de la insulina (Calles, 1999).

Para Calles (1999) los pacientes con diabetes tipo 1 tienen muy mal pronóstico si no se prescribe el tratamiento adecuado. El paciente padece sed acusada, pérdida de peso, y fatiga. Debido al fallo de la fuente principal de energía que es la glucosa, el organismo empieza a utilizar las reservas de grasa. Esto produce un aumento de los llamados cuerpos cetónicos en la sangre, cuyo pH se torna ácido interfiriendo con la respiración. La muerte por coma diabético era la evolución habitual de la enfermedad antes del descubrimiento del tratamiento sustitutivo con insulina en la década de 1920.

En las dos formas de DM, la presencia de niveles de azúcar elevados en la sangre durante muchos años es responsable de lesiones en el riñón, alteraciones de la vista producidas por la ruptura de pequeños vasos en el interior de los ojos, alteraciones circulatorias en las extremidades que pueden producir pérdida de sensibilidad y, en ocasiones, necrosis (que puede precisar amputación de la extremidad), y alteraciones sensitivas por lesiones del sistema nervioso. Los diabéticos tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y accidentes vasculares cerebrales. Las pacientes diabéticas embarazadas con mal control de su enfermedad tienen mayor riesgo de abortos y anomalías congénitas en el feto. La esperanza de vida de los diabéticos mal tratados es un tercio más corta que la población general. El diagnóstico de la diabetes tipo 2 en ausencia de síntomas suele realizarse mediante un análisis rutinario de sangre, que detecta los niveles elevados de glucosa. Cuando las cifras de glucosa en un análisis realizado en ayunas sobrepasan ciertos límites, se establece el diagnóstico. En situaciones intermedias, es preciso realizar un test de tolerancia oral a la glucosa, en el que se ve la capacidad del organismo de metabolizar una cantidad determinada de azúcar (Calles, 1999).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (1994) para la prevención, detección y control de la DM el diagnóstico se establece si cumple cualquiera de los siguientes criterios:

- Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual de ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l).

- Glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l) o bien glucemia ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua.
- Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es ≥ 110 mg/dl y < 126 mg/dl.
- Se establece el diagnóstico de intolerancia a la glucosa, cuando la glucosa plasmática, a las dos horas poscarga, es ≥ 149 mg/dl y < 200 mg/dl.

De la misma manera la Norma Oficial Mexicana de Salud ha establecido que la detección de la DM en el caso específico de la tipo 2 se debe realizar a partir de los 20 años de edad, a través de dos modalidades primeramente por medio de programas y campañas en el ámbito comunitario y sitios de trabajo y de manera individualizada, y en pacientes, que acuden a los servicios de salud tanto públicos como privados. La detección además de servir para identificar a los pacientes diabéticos no diagnosticados, permite también localizar a los individuos con alteración de la glucosa, a fin de establecer las modificaciones pertinentes en su alimentación y en su actividad física para corregir esa situación.

Al presentarse el cuadro clínico de cualquiera de los diversos tipos de DM existen ciertas particularidades que suelen representar de manera específica a cada tipo por tanto, a continuación se presentan las características de ambos tipos de DM (Brannon y Feist, 2001):

DM tipo 1	DM tipo 2
<ul style="list-style-type: none"> • Suele aparecer antes de los 30 años de edad. • Los pacientes presentan un escaso peso corporal. • Los pacientes experimentan frecuentemente sed y deseos de orinar. • Afecta por igual a hombres y 	<ul style="list-style-type: none"> • Suele aparecer en la mayoría de los casos después de los 30 años de edad. • Los pacientes sufren de sobrepeso. • Los pacientes experimentan frecuentemente sed y deseos de orinar. • Afecta en mayor medida a mujeres.

<p>mujeres.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No tiene correlato socioeconómico. ● Requiere la administración de inyecciones de insulina. ● Aumenta el riesgo de daños renales. ● Constituye el 5% de los casos de diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Afecta principalmente a las clases más desfavorecidas. ● No necesariamente requiere inyecciones de insulina. ● Presenta riesgo cardiovascular. ● Conformar el 95% de los casos de la diabetes.
---	---

Existe una gran relación entre la etiología de la DM con los daños que puede llegar a causar a toda una serie de órganos. Las consecuencias frecuentes de la DM son las siguientes (OMS, 2006):

- La retinopatía diabética debida al daño de los pequeños vasos de la retina acumulada a lo largo del tiempo, es una importante causa de ceguera. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 25% de los pacientes están ciegos, y cerca del 10% sufren un grave deterioro de la visión.
- La neuropatía diabética se debe al daño de los nervios a consecuencia de la diabetes, y puede llegar a afectar a un 50% de los diabéticos. La neuropatía diabética puede causar muchos problemas diferentes, pero los síntomas más frecuentes son hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y manos.
- Combinada con la disminución del flujo sanguíneo, la neuropatía incrementa el riesgo de úlceras en los pies y finalmente, de amputación del miembro inferior.
- La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Un 10 a 20% de los pacientes con diabetes fallecen por dicha causa.
- La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral. El 50% de los pacientes con diabetes fallecen de enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales).
- En general, el riesgo de muerte de los diabéticos es al menos el doble de los no diabéticos.

De acuerdo a lo anterior es fundamental el diagnóstico oportuno de la DM, así como un adecuado tratamiento para en la medida de lo posible retardar las complicaciones y de tal manera el paciente pueda contar con una mejor calidad de vida.

Tratamiento

De acuerdo a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana de la Salud el tratamiento de la DM tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. Para conseguir tales acciones se fijaron las siguientes metas:

- ✓ El logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso, y la HbA1c.

Con el tratamiento adecuado la mayoría de los diabéticos alcanzan niveles de glucosa en un rango próximo a la normalidad. Esto les permite llevar una vida normal y previene las consecuencias a largo plazo de la enfermedad. Los diabéticos tipo 1 o los tipo 2 con escasa o nula producción de insulina, reciben tratamiento con insulina y modificaciones dietéticas. El paciente debe ingerir alimentos en pequeñas dosis a lo largo de todo el día para no sobrepasar la capacidad de metabolización de la insulina. Son preferibles los polisacáridos a los azúcares sencillos, debido a que los primeros deben ser divididos a azúcares más sencillos en el estómago, y por tanto el ascenso en el nivel de azúcar en la sangre se produce de manera más progresiva. La mayoría de los pacientes diabéticos tipo 2 tiene cierto sobrepeso; la base del tratamiento es la dieta, el ejercicio y la pérdida de peso (que disminuye la resistencia de los tejidos a la acción de la insulina). Si, a pesar de todo, persiste un nivel elevado de glucosa en la sangre, se puede añadir al tratamiento insulina. Los pacientes que no requieren insulina, o los que tienen problemas con las inyecciones de insulina, pueden utilizar medicamentos por vía oral para controlar su diabetes. En la actualidad, hay bombas de infusión de insulina que se introducen en el organismo y liberan la hormona a un ritmo predeterminado. Esto permite realizar un control más exhaustivo de los niveles de glucosa en la sangre; sin embargo, hay complicaciones asociadas a este

tratamiento, como son la cetoacidosis y las infecciones en relación con la bomba de infusión (Calles, 1999).

Es importante mencionar que el tratamiento no farmacológico es el que se desempeñara como base para el tratamiento del paciente diabético, y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física. Para lo anterior, la Norma Oficial Mexicana de Salud (1994) ha establecido lo siguiente:

- a) Control de peso: se considera que un paciente ha logrado un adecuado control de peso, si mantiene un IMC >18 y <25 .

Para mantener el control de peso se debe seguir el plan de alimentación, actividad física y ejercicio en los siguientes términos:

- b) Plan de actividad física y ejercicio: el tipo, intensidad, duración y frecuencia del ejercicio se deben fijar de acuerdo a los siguientes lineamientos:
 - En el caso de personas de vida sedentaria, se les debe recomendar la práctica de ejercicio aeróbico, en especial, la caminata, por lo menos durante periodos de 20 a 40 minutos, la mayor parte de los días de la semana.
 - El plan de actividad física se debe fijar de acuerdo con la evaluación clínica del paciente, tomando en cuenta la edad, estado general de salud, evolución de la enfermedad, alimentación y medicamentos.

- c) Plan de alimentación: en lo general se seguirán los siguientes lineamientos:
 - Debe promoverse una alimentación, que sea útil para la prevención de la DM.
 - Una recomendación general es la moderación en el consumo de alimentos de origen animal (por su contenido de grasas saturadas y colesterol) y de alimentos con exceso de azúcares, sal y grasa; por el contrario, debe estimularse el consumo de verduras, frutas y leguminosas.
 - La dieta será variada con suficiente consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones en el

consumo de grasas, con el objetivo de mantener concentraciones normales de glucosa en la sangre y disminuir los niveles de lípidos.

- Se evita el consumo de azúcares simples (miel, jaleas, dulces), permitiéndose el uso de edulcorantes no nutritivos.
- La restricción del consumo de alcohol es recomendable en todos los pacientes, pero principalmente en aquellos sin control metabólico, obesos, e hipertensos o con hipertrigliceridemia ya que puede producir hipoglucemia en situaciones de ayuno prolongado.

En base a lo anterior podemos concluir que la diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa característica que nos muestra la urgente necesidad de tratamientos e intervenciones integrales y multifacéticos que permitan al paciente lograr un buen control de su enfermedad. Casi cualquier intervención diseñada para mejorar el control metabólico en los pacientes diabéticos, para retardar la aparición de las complicaciones, actúa apoyando a los pacientes para que desarrollen conductas de salud apropiadas.

Manejo de la diabetes tipo 2 en niños y adolescentes

Resuelta la fase de la presentación clínica y establecida el diagnóstico de diabetes tipo 2, el niño o adolescente debe ser tratado para lograr objetivos semejantes a los establecidos para los pacientes adultos y pacientes de diabetes tipo 1, (Pérez-Pastén, 2003):

Objetivos:

- ✓ Reducción y control del peso
- ✓ Mantener un crecimiento y desarrollo normales
- ✓ Lograr y mantener concentraciones de glucosa sanguínea cercanas a lo normal (glucemia en ayuno entre 70 y 110 mg/dl y dos horas post prandial menor de 180 mg/dl)
- ✓ Tratamiento y control de las condiciones mórbidas asociadas (hipertensión arterial, dislipidemia)
- ✓ Prevención de las complicaciones agudas y tardías
- ✓ Estabilidad emocional y psicológica

Esta enfermedad puede aparecer tanto en la infancia como en la edad adulta, pero su aparición durante la adolescencia es mucho más grave, ya que los pacientes en esta edad requieren la inyección de insulina para sobrevivir. Los diabéticos deben guardar un estricto régimen dietético, practicar ejercicio y administrarse suplementos de insulina para evitar problemas graves en el aparato cardiovascular, anomalías neurológicas o complicaciones renales (Calles, 1999).

Para Brannon y Feist (2001) es importante señalar que el diagnóstico de la diabetes mellitus produce molestias tanto para los pacientes como para la familia. Por tal motivo los psicólogos de la salud han estudiado los factores implicados en la adaptación a la enfermedad y aquellos que afectan a la adherencia a los cambios necesarios en el estilo de vida. Los diabéticos adolescentes son especialmente propensos a fallar en la adherencia, pero la técnica de autoseguimiento de los niveles de glucosa no ha resultado efectiva para mejorar el cumplimiento del régimen. Los programas de entrenamiento de solución de problemas y el desarrollo de esta capacidad han resultado más adecuados a la hora de ayudar a los diabéticos a manejar su enfermedad.

Independientemente de cada situación concreta, de acuerdo con Díaz (2001) se deben considerar ciertos planteamientos generales para la evaluación ligados al diagnóstico y manejo de la enfermedad:

1. Aspectos generales de evaluación ligados al diagnóstico y manejo de la enfermedad:
 - Cumplimiento y dificultades respecto a éste de las normas de alimentación.
 - Idoneidad de la administración de fármacos, en caso de que sea necesaria su administración.
 - Realización de ejercicio.
 - Dificultades y alegaciones en cuanto a la adherencia a las prescripciones del equipo de salud.
2. Valoración de la dinámica familiar: valoración de los cambios producidos en los cuidados de los familiares, tanto como su implicación con el tratamiento:

- *Respecto al paciente:*
 - * Tratamiento diferencial con respecto a los hermanos.
 - * Manejo por parte de los padres de conductas no pertinentes.
 - * Cómo asume y qué miedos presenta frente a las pautas tendentes a la autonomía y frente a las anticipaciones negativas.
 - * Evaluar la existencia de abstencionismo escolar, rendimiento, problemas de interacción social y los posibles desajustes conductuales y/o emocionales.

- *Adherencia al tratamiento:*
 - * Nivel de comprensión de las indicaciones.
 - * Por diferencias entre los padres.
 - * Por conflicto parento-filial.

- *Valoración del entorno familiar:*
 - * Nivel del estrés y manejo del mismo.
 - * Habilidades de los miembros de la familia para el ajuste y afrontamiento.
 - * Calidad de la interacción padres/hijo.
 - * Salud psicológica de cada uno de los miembros.

- Apoyo social.*

- *El paciente y la dinámica familiar:*
 - * Medidas puestas en marcha para evitar el aislamiento social.
 - * Evaluar las posibles limitaciones impuestas para la interacción.
 - * Miedos al rechazo social debido a la enfermedad.
 - * Medidas puestas en marcha e idoneidad de las mismas, para favorecer el autocuidado.

El diagnóstico de cualquier enfermedad crónica produce un impacto en los pacientes por dos razones. En primer lugar, es muy importante la reacción emocional que produce el conocer que se padece una enfermedad incurable que durará toda la vida y en segundo lugar, los ajustes en el estilo de vida que impone esta enfermedad.

En el caso de la diabetes, que se inicia durante la infancia, tanto a los niños como sus padres deben afrontar la pérdida de la salud del niño (Kovacs, y cols., 1990, en Brannon y Feist, 2001) pero sobre todo deben aprender a vivir con la enfermedad, lo cual incluye toda una serie de modificaciones como restricciones en la dieta que incluyen un estricto horario en las comidas, así como la adherencia al consumo de una serie de alimentos permitidos y la prohibición de otros; inyecciones de insulina y la recomendación de realizar actividad física con frecuencia.

La enfermedad crónica en cualquier etapa de la vida representa una gran variedad de ajustes psicológicos para el individuo que la padece, pero cuando la enfermedad se manifiesta en la adolescencia o etapa del adulto joven ya no solamente lo implica como individuo sino que también implica a la familia del paciente. Infinidad de estudios intentan delimitar los factores de riesgo y/o favorecedores, tanto familiares como individuales y psicosociales de los problemas psicológicos que en muchas ocasiones conllevan el diagnóstico de una enfermedad crónica-degenerativa. Por tanto, para Díaz (2001), es de suma importancia poder delimitar los factores pronósticos tanto individuales como familiares a las secuelas de la enfermedad de la DM, dentro de dichos factores señala que la edad y el género han demostrado tener un gran peso sobre los factores de riesgo a padecer secundarismos psicopatológicos consecuentes de la DM. En el ámbito de la familia señala que de cómo reacciona la familia, de cómo maneja sus miedos y ansiedades ante el diagnóstico va a depender gran parte del éxito o fracaso del tratamiento.

Debido a que el diagnóstico de la DM supone para cualquier familia la necesidad de hacer frente a una enfermedad crónica. Ya que significa la puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento y de reajustes en la dinámica familiar.

El papel de la psicología de la salud en el manejo de la diabetes mellitus se ha ido incrementando, de acuerdo a numerosas investigaciones la modificación de componentes conductuales en los programas de educación de los pacientes con diabetes han resultado ser muy eficaces. Sobre todo si partimos de que por sí sola la educación no resulta adecuada para ayudar a los diabéticos a seguir su régimen. Además si tomamos en cuenta que ciertos factores conductuales como el estrés y la ansiedad regulan de manera determinante una alimentación inapropiada lo cual a su vez afecta a la adherencia del tratamiento, los programas de intervención como el que se propone en el presente trabajo que incluye una perspectiva psicoeducativa que bajo

el enfoque cognitivo-conductual ofrece un paquete de técnicas para modificar las conductas de riesgo pueden resultar muy útiles para el manejo de las enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus. En el siguiente apartado se mencionan de manera detallada las características y tratamientos de las enfermedades cardíacas.

ENFERMEDADES CARDÍACAS

Las enfermedades cardiovasculares comprenden un amplio número de trastornos que afectan al sistema circulatorio y al corazón. Incluyen la enfermedad coronaria y sus complicaciones asociadas como la angina de pecho, el infarto al miocardio, el fallo cardíaco congestivo, la hipertensión arterial y los trastornos cardiovasculares.

La enfermedad coronaria sigue siendo la causa principal de muerte en las comunidades más industrializadas y representa, junto con otras enfermedades cardiovasculares el mayor problema de salud pública en estos países (Fernández, Martín y Domínguez, 2003). En América Latina forma parte del fenómeno extendido a nivel mundial, ya que es en los países en vías de desarrollo en los que la mortalidad por estas causas cobra mayor importancia, en especial por la elevada prevalencia en diversos factores de riesgo (en especial presión arterial elevada, tabaquismo, colesterol elevado y sobrepeso-obesidad) y por la ausencia de políticas públicas efectivas. En el mundo en vías de desarrollo para el año 2020 se producirán el 71% de las muertes por enfermedad coronaria y el 75% por enfermedad cerebrovascular (Ferrante, 2006).

A continuación se describen algunas de las enfermedades cardíacas más frecuentes.

Las cardiopatías reumáticas

Es una de las formas más graves de enfermedad cardíaca durante la infancia y la adolescencia, por afectar al corazón y a sus válvulas (Harrison ,1991).

Etiología

Esta enfermedad aparece después de los ataques de fiebre reumática, enfermedad inflamatoria aguda frecuente hace unos años, caracterizada por fiebre y dolor, hipersensibilidad, enrojecimiento, e inflamación de las articulaciones.

Cuadro clínico y complicaciones

La fiebre reumática puede originar carditis (inflamación del corazón) y lesión de las válvulas cardíacas. El primer brote suele producirse a la edad de 7 a 12 o 14 años, las recidivas pueden aparecer a lo largo de toda la vida adulta. La mortalidad del episodio agudo es baja, y en la mayoría de los casos se resuelve de forma espontánea. Sin embargo, la carditis conduce con frecuencia a la formación de cicatrices y a la deformidad, afectando el funcionamiento de las válvulas cardíacas lo que puede causar la muerte a edades medias o avanzadas.

De acuerdo con Harrison (1991) la fiebre reumática aguda es una complicación de una infección estreptocócica, como la faringoamigdalitis estreptocócica, la escarlatina, o la erisipela. A veces, las infecciones desencadenantes son tan leves que pasan desapercibidas. La fiebre reumática comienza de forma insidiosa o brusca después de un periodo de latencia de dos a seis semanas desde la infección estreptocócica. Además de fiebre, malestar general y artritis migratoria, el paciente puede presentar nódulos subcutáneos, erupciones de la piel, dolor abdominal, pleuresía y corea. Sin embargo, el hecho más grave de la enfermedad es la afectación del corazón.

Ateroesclerosis

Etiología

Para Harrison (1991) es la principal forma de enfermedad cardíaca en los países occidentales y en la actualidad también en América. En este trastorno, los depósitos de material lipídico denominados placas ateromatosas, formados por colesterol y grasas, calcio y células se depositan sobre la pared interna de las arterias coronarias. El estrechamiento gradual de las arterias a lo largo de la vida restringe el flujo de sangre al músculo cardíaco.

Cuadro clínico y complicaciones

En base a lo establecido por Harrison (1991) los síntomas de esta restricción pueden consistir en dificultad para respirar, en especial durante el ejercicio, y dolor opresivo en el pecho que recibe el nombre de angina de pecho (angor pectoris), síntoma causado por el aporte insuficiente de oxígeno al corazón (isquemia), habitualmente producido por estenosis u obstrucción de las arterias coronarias. Es una de las manifestaciones de la enfermedad llamada cardiopatía isquémica (su otra manifestación típica es el infarto de miocardio, en el cual, además del dolor, se produce una necrosis o muerte del tejido cardiaco por la falta de oxígeno). Se caracteriza por una sensación de dolor, opresión o “atenazamiento” bajo el esternón. El dolor puede extenderse desde el pecho, habitualmente hacia el brazo izquierdo. Los ataques de angina de pecho duran varios minutos, y pueden desencadenarse por situaciones de estrés psíquico o, más frecuentemente, por actividades físicas que exigen un aumento del aporte de sangre al corazón. La cardiopatía isquémica es una enfermedad típica de personas de mediana edad y de los ancianos, especialmente de aquellos que presentan arteriosclerosis. El dolor de la angina de pecho mejora con el reposo y la relajación. A los pacientes se les suministra fármacos que relajan y dilatan los vasos sanguíneos, proporcionando así un mayor aporte de oxígeno al músculo cardiaco.

La placa de ateroma puede llegar a ser lo bastante grande como para obstruir por completo la arteria coronaria, y provocar un descenso brusco del aporte de oxígeno al corazón. La obstrucción, denominada también oclusión, se puede originar cuando la placa se rompe y tapona el conducto en un punto donde el calibre de la arteria es menor o cuando se produce un coágulo sobre la placa, proceso que recibe el nombre de trombosis.

Infarto de miocardio

Necrosis o destrucción de una pequeña zona del miocardio, el músculo del corazón, ocasionada, generalmente, por la obstrucción de una rama de una arteria coronaria; se manifiesta por un dolor intenso en el pecho (Harrison, 1991).

Etiología

Harrison (1991), señala que el miocardio, responsable de las contracciones y del bombeo de la sangre hacia los diferentes órganos, es el tejido afectado en un

infarto. Generalmente, el daño se localiza en las arterias coronarias que rodean al corazón y le llevan la sangre. La mayoría de las veces, la causa se debe a una aterosclerosis coronaria, es decir, a un depósito de placas de ateroma ricas en lípidos como el colesterol, que aumentan el grosor de la pared y disminuyen la luz de la arteria, provocando una isquemia (ralentización de la circulación arterial local). Sobre estas lesiones puede originarse una trombosis (formación de un coágulo de sangre en el interior de un vaso), ocasionando, entonces, una obstrucción completa. El efecto negativo correspondiente a la insuficiencia circulatoria es la anoxia o aporte deficiente de oxígeno a las células. Se produce una necrosis (muerte celular y tisular definitiva) que corresponde al infarto propiamente dicho.

Cuadro Clínico y complicaciones

El infarto de miocardio se produce, a menudo, en un paciente diagnosticado de angina de pecho, enfermedad de la misma naturaleza que el infarto pero mucho más leve. Se manifiesta esencialmente por un dolor brusco e intenso localizado en la región del pecho, que se irradia, de forma característica pero inconstante, hacia la mandíbula y hacia los hombros y los brazos, sobre todo hacia el lado izquierdo o incluso hacia la espalda. El dolor se manifiesta normalmente acompañado de una sensación de opresión. La sintomatología es parecida a la que aparece en el transcurso de una angina de pecho, pero en los casos de infarto el dolor es más intenso, no tiene por qué aparecer sólo tras un esfuerzo, es especialmente prolongado y no responde a la nitroglicerina (medicamento utilizado para tratar la angina de pecho) (Harrison, 1991).

Existen otras formas de presentación de la enfermedad menos típicas. Por ejemplo, es posible que un infarto de pequeño tamaño no produzca ningún síntoma. En este caso, el diagnóstico se hace de forma tardía, más o menos por casualidad, durante la realización de un electrocardiograma en un chequeo rutinario (Harrison, 1991).

Si el paciente no recibe tratamiento, el infarto puede complicarse y, en algunos casos, derivar en una parada cardíaca o en una insuficiencia cardíaca aguda (el corazón es incapaz de mantener adecuadamente su función de bombeo). Otra alteración que puede surgir tras un infarto es el edema agudo de pulmón (entrada y acumulación de sangre en los alveolos pulmonares), con dificultad respiratoria y expectoración teñida de sangre (rosada). Otra complicación posible es un trastorno del

ritmo cardiaco, por ejemplo, una bradicardia (ralentización extrema de la frecuencia cardiaca) (Harrison, 1991). En base a lo anterior es de suma importancia para la evolución y complicaciones de la enfermedad que se realice de manera adecuada y oportuna un diagnóstico. Del tal manera es importante que los pacientes conozcan las conductas y factores de riesgo que los han llevado a desarrollar la enfermedad para que a partir de ellos se establezca el tratamiento necesario.

Factores de riesgo

La naturaleza de los trastornos coronarios es compleja y no existe un único factor responsable de su aparición y desarrollo, son trastornos multifactoriales. Por lo que nos encontramos en la necesidad de hablar de factores de riesgo. Existen diversos factores que afectan al desarrollo y progresión de la enfermedad coronaria, generalmente, se dividen en 3 grandes bloques en función de sus componentes y el desarrollo en su estudio (Fernández, Martín y Domínguez, 2003):

- Factores de riesgo inherentes: son los que resultan de condiciones genéticas o físicas que no pueden ser cambiadas aunque se modifiquen las condiciones de vida y, por lo tanto, no son susceptibles de prevención ni de tratamiento, los principales son:
 - Edad.
 - Sexo.
 - Diabetes Mellitus.
 - Historia familiar de accidentes cardiovasculares.

- Factores de riesgo tradicionales (fisiológicos): comprenden aquellos que tienen un mayor componente físico/biológico, aunque también emocional, y otros factores con mayor componente comportamental que biológico, pero que están ya establecidos como factores de riesgo comportamentales:
 - Colesterol.
 - Triglicéridos.
 - Hipertensión arterial.
 - Obesidad.
 - Inactividad física.

- Factores de riesgo (conductuales y emocionales): incluyen los no tan clásicos o tradicionales como:
 - Consumo de tabaco.
 - Patrón de conducta tipo A
 - Emociones de ira y hostilidad.
 - Reactividad cardiovascular.
 - Depresión.
 - Ansiedad.
 - Falta de apoyo social.

Factores de riesgo modificables

La conducta juega un papel muy importante en todos los factores de riesgo, con la excepción de los factores genéticos. El comportamiento voluntario desempeñaría un papel sustancial en todos los factores de riesgo de los que se deduce que son potencialmente modificables. También estos factores de riesgo, además de influir en el desarrollo y curso de la enfermedad, están influidos por ésta y por el régimen del tratamiento. Por tanto, los cambios en las estrategias de conducta son decisivos para la prevención y modificación de los factores de riesgo y en el tratamiento de la enfermedad coronaria y hay que reconocer el rol de cada uno de estos factores en los trastornos coronarios y el rol de la conducta en cada uno de los factores de riesgo.

Tratamiento

Los factores psicológicos inciden en diferentes estadios del desarrollo de los trastornos cardiovasculares. Asimismo, en la etiología, prevención y tratamiento de este tipo de patología existe una interacción evidente entre variables conductuales, fisiológicas, ambientales y socioculturales. Las intervenciones conductuales se han dirigido tanto hacia la prevención en población de alto riesgo, como al tratamiento y rehabilitación de los pacientes tras sufrir algún episodio de alteración cardiovascular.

En el primer caso, el objetivo principal ha sido cambiar las conductas manifiestas que incrementan la vulnerabilidad cardiovascular de la persona. Por lo tanto, el tratamiento va dirigido a modificar:

- Hábitos y estilo de vida (dieta, obesidad, sedentarismo, consumo de tabaco)
- Factores psicosociales (estilo de conducta tipo A, estados depresivos o las manifestaciones emocionales negativas del tipo de ira, estrés, ansiedad y hostilidad).
- Mejorar la adherencia a las medidas de prevención o rehabilitación.

En el segundo caso, la intervención incide en el tratamiento y rehabilitación de las funciones físicas, psicológicas y sociales afectadas por el trastorno cardiovascular (Fernández, Martín y Domínguez, 2003).

Los psicólogos de la salud han diseñado e implementado programas que complementan los programas de rehabilitación cardiaca estándar. Además de investigar los problemas que supone implementa programas de modificación general del estilo de vida, los psicólogos de la salud han estudiado y diseñado intervenciones para tratar problemas de adaptación de los pacientes cardiacos y sus familiares.

En el tratamiento conductual de los problemas cardiovasculares se han empleado diversas modalidades de intervención terapéutica, dirigidas a:

- Proporcionar control directo sobre una o varias funciones cardiovasculares.
- Instruir al paciente en habilidades de afrontamiento del estrés.

En lo que se refiere al primer aspecto, las técnicas de biofeedback se han aplicado al tratamiento de la hipertensión esencial. Múltiples estudios, empleando diferentes modalidades de feedback (presión sanguínea, velocidad de la onda de pulso, tasa cardiaca, temperatura, electromiograma, actividad electrodermal, entre otras) han demostrado la efectividad de esta técnica en la reducción a corto plazo de los niveles de presión elevados. Los métodos de relajación (relajación progresiva, entrenamiento autógeno, control de respiración meditación trascendental) se ha aplicado como técnicas indirectas de control de la presión arterial, que conseguirían tal

efecto mediante la reducción de la reactividad al estrés (Fernández, Martín y Domínguez, 2003).

Los programas de rehabilitación cardíaca destacan la importancia de los cambios en el estilo de vida, por lo que resultan familiares a los diseñados para reducir factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Un enfoque que ha resultado muy útil en las personas que han experimentado enfermedades cardíacas es el programa diseñado por Ornish y cols. (1990, 1998, en Brannon y Feist, 2001), este programa verificó la posibilidad de invertir el daño coronario arterial, introduciendo cambios sustanciales en el estilo de vida. Si bien resultaba similar a las intervenciones que intentaban alterar los factores de riesgo, este programa era mucho más riguroso e imponía modificaciones más exigentes. La dieta, era una parte importante del programa, era mucho más restrictiva a la hora de incorporar las grasas para la reducción del colesterol. Además de las restricciones dietéticas, los participantes recibieron un entrenamiento para el manejo del estrés y se les animó a dejar de fumar, moderar su consumo de alcohol y empezar a desarrollar programas de ejercicio.

Diversos estudios han demostrado que con la implementación de programas como el antes mencionado puede producirse un cambio en las arterias coronarias sin el uso de fármacos que alteren los niveles de colesterol y sin la intervención mediante bypass coronario. Estos programas basados en la reducción de los factores de riesgo procuran incrementar la actividad física, reducir el tabaquismo, disminuir la ingesta de grasa y moderar el consumo de alcohol (Brannon y Feist, 2001).

El seguimiento irregular de las medidas de tratamiento, tanto farmacológicas, como psicológicas, puede convertirse en otra conducta a cuidar. Por lo tanto, la falta de adherencia a las medidas prescritas para atajar factores de riesgo puede propiciar la aparición de problemas cardiovasculares e incluso dificultar su posterior tratamiento y rehabilitación (Burke y Dunbar-Jacobs, 1995 en Fernández, Martín y Domínguez, 2003).

Son múltiples los factores que influyen sobre la adecuada adherencia al tratamiento. Uno de los más comunes es la falta de información, tanto por parte del paciente como de la familia acerca de la enfermedad, de los objetivos perseguidos en

el tratamiento y sobre qué tipo de actividades son seguras y cuáles ponen en riesgo. Otros factores que también condicionan la conducta de adherencia son el curso y severidad del trastorno, el tipo de relación familiar, las exigencias del plan de tratamiento propuesto y variables de tipo social y ambiental, como la situación económica, la disponibilidad de apoyo social o la accesibilidad al centro sanitario. Se debe actuar sobre estos factores con el fin de conseguir un seguimiento óptimo del programa de tratamiento. La intervención incluye desde medidas educativas, mediante las que se facilita información detallada al paciente y a su entorno próximo, hasta la aplicación de técnicas cognitivas y de modificación de conducta. Este tipo de intervención mejora la efectividad del tratamiento farmacológico o conductual al que complementa, optimizando aspectos tales como el uso de la medicación, el cambio de hábitos dietéticos o el mantenimiento de pautas de ejercicio o de actividad física concretas (Fernández, Martín y Domínguez, 2003).

Como vimos es fundamental que en el momento en que tanto paciente como profesionales de la salud van a establecer el tratamiento se consideren ciertas aspectos como la participación activa de los pacientes en la propuesta del programa de intervención, en base a lo revisado a lo largo del capítulo un aspecto fundamental para que el paciente se comprometa y logre una adecuada adherencia a las prescripciones del equipo de salud es el hecho de que se sienta coparticipe en las decisiones y estrategias a tomar para su tratamiento, asimismo se deben abordar toda una serie de consideraciones con el objetivo de dar una intervención lo más integral posible, de acuerdo a lo revisado los programas de intervención que incluyen aspectos psicológicos como sería la modificación de estilos de vida (conductas de riesgo) de los individuos resultan ser de gran ayuda para conseguir los objetivos planteados en el tratamiento. Por último en el siguiente apartado se aborda otra de las enfermedades que conforman el grupo de las metabólicas y que por sus características guarda una estrecha relación con las demás patologías del grupo.

SÍNDROME METABÓLICO

El síndrome metabólico (SM) es la asociación de varios factores de riesgo cardiovascular (González, 2002). Es un conjunto de anormalidades clínicas y bioquímicas, aunque en ellas predominan anormalidades del metabolismo, también se encuentran asociadas alteraciones hemodinámicas, protrombóticas, de la función

endotelial, de la respuesta inflamatoria y de las funciones hepática y reproductiva (Gómez et al, 2005).

La epidemia global de DM tipo 2 y sus complicaciones micro y macrovasculares, entre las que se encuentran la enfermedad vascular coronaria y cerebral constituyen un grave problema de salud. El síndrome metabólico que antecede y precede a estas enfermedades es el principal precursor de ellas. El aumento de la incidencia del síndrome metabólico ha sido paralelo al de la obesidad, siendo esta última la consecuencia de cambios muy importantes en el estilo de vida en los países industrializados y sobre todo, en los países en vías de desarrollo (Gómez, et al, 2005).

Las primeras descripciones de la asociación existente entre diversas situaciones clínicas como la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA) y la dislipidemia (DLP) datan de los años 20 del pasado siglo. Sin embargo, fue Reaven quien sugirió en su conferencia de Banting, en 1988, que estos factores tendían a ocurrir en un mismo individuo en la forma de un síndrome que denominó "X" en el que la resistencia a la insulina constituía el mecanismo fisiopatológico básico, propuso 5 consecuencias de esta, todas ellas relacionadas con un mayor riesgo de enfermedad coronaria.

De esta manera, se considera al SM como un conjunto de factores de riesgo lipídicos y no lipídicos que pueden aparecer de forma simultánea o secuencial en un mismo individuo como manifestaciones de un estado de resistencia a la insulina cuyo origen parece ser genético o adquirido en útero.

De acuerdo con Rodríguez, Sánchez y Martínez (2002) no se trata de una simple enfermedad, sino de un grupo de problemas de salud causados por la combinación de factores genéticos y factores asociados al estilo de vida, especialmente la sobrealimentación y la ausencia de actividad física; de forma que el exceso de grasa corporal (particularmente la abdominal) y la inactividad física favorecen el desarrollo de insulinoresistencia, pero algunos individuos están genéticamente predispuestos a padecerla. El interés por este síndrome está dado fundamentalmente por su asociación con la disminución en la supervivencia debido, en particular, al incremento en la mortalidad cardiovascular, aumenta de forma significativa el riesgo de diabetes, ataques cardíacos y enfermedad cerebrovascular. El incremento insidioso en los

elementos del SM, obesidad, insulinoresistencia (IR) y dislipidemia, son los responsables de la actualmente considerada epidemia mundial de diabetes tipo 2.

Consideraciones clínicas del Síndrome Metabólico

El diagnóstico clínico evidente del síndrome metabólico se basará en los criterios propuestos por la OMS. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1998 en González, 2002) el SM está compuesto por las siguientes características clínicas, antropométricas y bioquímicas:

- Hipertensión Arterial: Presión sistólica ≥ 140 mmHg.
Presión diastólica ≥ 90 mmHg o bien si tiene
tratamiento antihipertensivo.
- Dislipidemia: Triglicéridos ≥ 150 mg/dl.
Colesterol HDL Hombres <35 mg/dl, Mujeres < 45
mg/dl.
- Obesidad IMC >30 kg/m².
Relación cintura/cadera Hombres ≥ 0.90 , Mujeres
 ≥ 0.85 .
- Trastornos en la homeostasis de la glucosa:
Glucemia en ayunas alterada (GAA): 111 a 125
mg/dl.
DM (ADA) ≥ 126 mg/dl.
Intolerancia a la glucosa (ITG): 140 a 199 mg/dl a las dos
horas.
DM (OMS): ≥ 200 mg/dl.
Resistencia a la insulina, definida por el modelo
homeostático para valorar resistencia a la
insulina (HOMA).

Gómez et al. (2005), señala que en el síndrome metabólico se identifican 6 componentes principales:

1. Obesidad.
2. Dislipidemia aterogénica.
3. Presión arterial elevada.
4. Resistencia a la insulina con o sin intolerancia a la glucosa.
5. Un estado proinflamatorio.
6. Un estado protrombótico.

Para Rodríguez, Sánchez y Martínez (2002) se habla que una persona padece de Síndrome X o Síndrome Metabólico, como se le conoce más comúnmente, cuando presenta en su cuerpo un conjunto de patologías, que unidas, pueden causar más daño que si se presentaran en forma individual. Estas patologías son: diabetes mellitus, alteración del perfil lipídico (dislipidemia), presión arterial elevada, insulinoresistencia y a la vez, obesidad (índice de masa corporal (IMC) alto), que por si sola ya es un componente de alteración que puede ir asociado a los otros elementos, pero como un elemento adicional y presente en casi todos los pacientes de este tipo. Con tres de los factores anteriormente descritos, ya se puede diagnosticar el síndrome. Respecto de la edad de los candidatos a padecer de Síndrome Metabólico, ésta ha ido bajando de forma dramática. Si antes se hablaba de pacientes que bordeaban los 50 años, ahora el grupo de riesgo está situado en torno a los 35 años, ello porque desde etapas muy tempranas de la vida, las personas tienen malos hábitos de alimentación y escaso ejercicio físico.

Factores de riesgo

Para llevarse a cabo el diagnóstico además de considerarse los criterios propuestos por la OMS que anteriormente se mencionaron, González (2002), considera que se deben tomar en cuenta también los diagnósticos de sospecha y de portador de dicho síndrome, ya que de acuerdo a la evidencia, los individuos de estos dos últimos grupos tienen un alto riesgo de desarrollar a futuro diabetes y enfermedades cardiovasculares y por lo tanto no pueden quedar excluidos del diagnóstico. Por lo tanto, la presencia de las siguientes patologías debe hacer sospechar la existencia del síndrome metabólico y orientar estudios que lo confirmen:

- Hipertensión arterial sistémica.
- Obesidad, sobre todo de distribución central.
- Displidemia.
- Acantosis nigricans.
- Intolerancia a la glucosa.
- Diabetes mellitus gestacional.
- Síndrome de ovarios poliquísticos.
- Hiperinsulinemia.
- Hiperuricemia

La presencia de las siguientes características justifica el escrutinio en la población para determinar si el individuo es portador del síndrome metabólico:

- Sedentarismo (menos de 30 minutos de actividad física, 5 días por semana).
- Tabaquismo.
- Multiparidad y menopausia precoz.
- Hiperinsulinemia.
- Tensión arterial normal a alta 130-134/85-89 mmHg.
- Edad >45 años o <45 años con otras características del síndrome.
- Sobrepeso IMC ≥ 30 kg/m².
- Triglicéridos en ayunas >150 mg/dl.
- Perímetro cintura en hombres >102 cm, en mujeres >88 cm.
- Anovulación crónica e hiperandrogenismo.
- Antecedentes familiares de diabetes: padres y hermanos.
- Hiperglucemia posprandial aislada 140-199 mg/dl.

Al igual que las demás enfermedades que conforman el grupo de las metabólicas, el síndrome metabólico no es la excepción, debido a que también se establece la

intima relación de las conductas y factores de riesgo de los individuos que la padecen para su aparición, desarrollo y complicaciones.

Diagnóstico

El síndrome metabólico es una entidad clínica caracterizada por la asociación de varias enfermedades vinculadas fisiopatológicamente a través de resistencia a la insulina e hiperinsulinemia cuya expresión clínica puede cambiar con el tiempo, según la magnitud (si la hay) de la resistencia a la insulina presentándose al inicio una serie de trastornos metabólicos anormales que no cumplen con los criterios para definir la enfermedad pero que su presencia nos traduce la existencia de la resistencia a la insulina e hiperinsulinemia y que habitualmente preceden a la expresión clínica de los componentes del síndrome metabólico que son la manifestación más tardía de la evolución natural del síndrome metabólico.

Tratamiento

Dentro de las recomendaciones de los distintos grupos y Comités sobre el manejo del síndrome metabólico se ha puesto énfasis en que el tratamiento debe orientarse a evitar otras graves consecuencias del síndrome, entre éstas, la diabetes y sus complicaciones. Por lo tanto, las piedras angulares del tratamiento y la prevención del síndrome metabólico son: lograr y mantener un peso corporal saludable mediante la alimentación adecuada y niveles apropiados de actividad física (Gómez et al, 2005).

El abordaje del tratamiento del paciente con síndrome metabólico debe ser integral y el tipo de intervención podría hacerse a nivel de la prevención primaria o secundaria dependiendo del estado evolutivo del paciente. Es importante que en cualquiera de los estadios de evolución del tratamiento nutricio debe de tener objetivos precisos a corto plazo, como:

- Mantener el peso ideal.
- Restricción calórica en el caso de sobrepeso y obesidad.
- Para reducir el peso, con un equilibrio en el aporte de macro y micronutrientes en la composición del plan alimentario.

Los propósitos finales de la intervención son:

- ✓ Prevenir el desarrollo de la diabetes y sus complicaciones.
- ✓ Prevenir el desarrollo de aterosclerosis y sus efectos en las arterias coronarias, cerebrales y de otros territorios y así evitar la muerte prematura.

Las medidas que se consideran preventivas de la resistencia a la insulina, prácticamente son las mismas que se consideran para las enfermedades metabólicas antes mencionadas

- Actividad física sistemática.
- Dieta rica en fibras, baja en sodio y grasas saturadas, con pocos carbohidratos simples.
- Evitar o corregir el sobrepeso.
- Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.
- Suprimir el tabaquismo.
- Manejo adecuado del estrés

En general se puede decir que en las enfermedades metabólicas el tratamiento no farmacológico, que corresponde al estilo de vida expresado en las conductas de riesgo es un pilar fundamental para la prevención y control de dichas enfermedades, es aquí donde juega un papel fundamental la adherencia terapéutica, permitiendo que los logros y metas alcanzadas mediante el tratamiento se puedan llevar a un largo plazo y así contribuir al retardo de las complicaciones y por tanto llevar a una mejor calidad de vida. Asimismo es importante considerar que para lograr una buena adherencia existen una serie de recomendaciones a seguir de las cuales se hablará en el siguiente capítulo.

CAPITULO V. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas ante una enfermedad pueden desempeñar un papel muy importante en su curso, por tanto, el hecho de que un paciente cumpla o no las prescripciones médicas representa un factor primordial. Para Martín y Grau (2004) un mejor control de la enfermedad resultará en incrementar o preservar la calidad de vida de aquellas personas que logren adherirse de manera adecuada a los tratamientos y a los regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución.

Se estima que cerca de un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega hasta un 20%, mientras que en las enfermedades crónicas las cifras superan el 45%; cuando los regímenes consisten en cambios de hábitos o estilos de vida la tasa de falta de adherencia terapéutica es incluso más elevada. Por tanto, es que en la actualidad este tema es de gran relevancia, sobre todo en lo concerniente a las enfermedades crónico-degenerativas, debido a que el incumplimiento del tratamiento no sólo representa un aspecto de grave consideración para la eficacia del tratamiento sino que además produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad, asimismo, representa un aumento en los costos de la asistencia sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (2003) considera que el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos en enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer entre otras, se ha convertido en un problema no sólo sanitario sino económico, ya que en los países desarrollados únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento terapéutico, situación que se agrava en los países pobres, donde la falta de recursos imposibilita el acceso a los medicamentos (Martín y Grau, 2004). Asimismo Sánchez (2005) señala que existen una infinidad de estudios que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70%, arrojando datos significativos en padecimientos como hipertensión arterial, dislipidemia, entre otros.

La falta de adherencia terapéutica genera grandes pérdidas en distintos ámbitos, de acuerdo con Ginarte (2001) en lo personal el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, en lo familiar provoca alteraciones

en el funcionamiento familiar, generando crisis; en lo social significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados de manera inadecuada, además se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían haberse evitado.

El tema de la adherencia terapéutica es de gran relevancia; según lo planteado por Ferrer en 1995 (en Zaldívar, 2003) porque:

1. Existe en la actualidad una serie de comportamientos insanos, factores de riesgo y problemas de salud cuyo tratamiento efectivo requiere necesariamente, que el paciente ponga en práctica las recomendaciones de salud o terapéuticas que se le han indicado.
2. Las dificultades al poner en práctica las prescripciones incrementan la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento, y el coste sanitario al implicar un aumento innecesario del número de visitas, revisiones u hospitalización.
3. En algunos casos, cuyo propósito depende del adecuado seguimiento de las prescripciones, los problemas en este sentido suponen un incremento de los riesgos y de la mortalidad y morbilidad.

Como ya vimos la adherencia terapéutica es un factor trascendental en el proceso de desarrollo de la enfermedad puesto que dependiendo del nivel en el que se logre adherir el paciente tanto al tratamiento farmacológico como al no farmacológico determina en gran medida el transcurso de las complicaciones que atañe a la enfermedad, y con mayor razón si consideramos que no solamente implica pérdidas a nivel individual o familiar sino altos costos en salud pública, por tal motivo los encargados de la salud insisten en la importancia de una adecuada adherencia terapéutica, a continuación se describen de manera detallada las diversas definiciones del término.

La literatura respecto a este tópico señala una problemática en cuanto al término que distintos autores han manejado para dar cuenta de dicho tema, a lo largo de la revisión podemos encontrar infinidad de artículos que hacen referencia a dicha problemática, por tanto, antes de abordar la definición de la adherencia o cumplimiento

terapéutica(o) mencionaremos según diversos autores cuál sería el concepto más adecuado para emplear.

Como se menciona anteriormente los conceptos más utilizados son “cumplimiento” y “adherencia”, con respecto al primer término aunque no existe ningún consenso general sobre su definición, la que tiene mayor aceptación es la de Haynes (1979, en Martín y Grau, 2004) que define como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”, para Basterra (1999, en Martín y Grau, 2004) en el ámbito médico, este concepto se refiere casi de manera exclusiva al uso de los medicamentos de una forma determinada por parte del paciente, sin la inclusión de aspectos higiénicos, sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar actividad física, entre otras. De acuerdo con Martín (2004) este término ha sido cuestionado y sobre todo se hace énfasis en su alcance restringido, en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar, puesto que se sugiere que el concepto “cumplimiento” suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud y por tanto, este tendría un rol pasivo y sumiso, creyendo que el enfermo es incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen.

De la misma manera, Karoly (1993; en Martín, 2004) considera que se trata de una definición técnica con importantes deficiencias:

1. Tiende a ser unidimensional: las personas tienden a ser cumplidoras o no cumplidoras, a pesar de las múltiples posibilidades que pueden existir en relación con el cumplimiento.
2. Está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud, considerado como autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta del cumplimiento.
3. Es reduccionista: sólo tiene en cuenta el aspecto relacional y no considera aspectos subjetivos.

Precisamente con el fin de superar dichas limitaciones se llevó a cabo la introducción del término “adherencia” para expresar una relación más interactiva entre

el profesional de la salud y el paciente, por tanto, se le atañe indiscutiblemente un papel al profesional dando la indicación, del cual dependerá la conducta del paciente, se tendría en cuenta no sólo su propia responsabilidad, sino también las acciones efectuadas por el médico en cuanto a la claridad de las indicaciones y el uso adecuado de los recursos de la comunicación.

El término “adherencia” se define como una “implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (Di Matteo y Di Nicola, 1982; en Martín y Grau, 2004), por tanto, es que dicho concepto ha sido mejor aceptado ya que implica una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud, puesto que supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir, o en el menor de los casos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa que ha de poner en práctica. Sin embargo, no se debe dejar a un lado que aunque la adhesión al tratamiento depende de la conducta del paciente, también existe una clara relación con la conducta del médico o del profesional de la salud encargado, al menos en la medida en que éste ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad que se requiere asimismo, que se asegure de la comprensión de su paciente sobre lo explicado y que dedique el tiempo que sea necesario para este proceso.

La OMS (2001), define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero quizá, la definición que con mayor frecuencia se encuentra en la literatura por considerarse más completa es el empleado por Haynes y Sackett (1979), quienes la refieren como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico. Para Sánchez (2005) su importancia radica desde un punto de vista de la práctica clínica y referente a patologías crónicas es dada por dos fundamentos: su frecuencia y repercusión en el seguimiento y control de dichos procesos.

De acuerdo con Zaldívar (2003; en Martín y Grau, 2004) la adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas, entre las que se incluyen:

- Aceptar formar parte de programa o plan de tratamiento.
- Poner en práctica de manera continuada sus indicaciones.
- Evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables.

Por lo anterior, Amigó et al (1998; en Martín y Grau, 2004) concluyen que el adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica comprende realizar una serie de tareas que requieren:

- Saber qué hacer.
- Cómo hacer.
- Cuándo hacer.

Al respecto Rodríguez y Rojas (1999), señalan que la adherencia terapéutica comprende diversas conductas:

- Propagación y mantenimiento del programa de tratamiento.
- Asistencia a citas de seguimiento.
- Uso correcto de la medicación prescrita.
- Realizar cambios apropiados en el estilo de vida.
- Evitación de conductas contraindicadas.

La adhesión al tratamiento por parte de los pacientes es considerada como un complejo proceso de autorregulación que abarca las siguientes tres etapas (Zaldívar, 2003):

1. Acuerdo inicial del paciente con el programa presentado por el profesional de la salud que este a cargo y su puesta en práctica.
2. La adherencia o seguimiento continuado.
3. Incorporación al estilo de vida de conductas saludables.

De tal manera, el paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad. Por otro lado, es importante lograr que los pacientes

adquieran y mantengan a largo tiempo un hábito de adherencia estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones (Bayés, 2000; en Martín y Grau, 2004). Por tanto, debe entenderse que se trata de una conducta que debe ir encaminada a partir de diversas dimensiones, desde los aspectos conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales, volitivos, relacionados con cuestiones donde interviene la comunicación con el profesional de salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar e incluso el papel de la organización de los servicios de salud.

Debido a que las tasas de no adherencia a los tratamientos son muy altas, resulta preocupante para los encargados de la salud, por tanto, Rodríguez y Rojas (1999), han podido establecer una serie de factores que determinan la no adherencia al tratamiento:

1. Durante el curso de su educación médica, los profesionales al cuidado de la salud, aprenden aproximadamente 13,000 términos técnicos que usan frecuentemente cuando hablan con los pacientes (Blackwell, 1979; en Rodríguez y Rojas, 1999).
2. Durante una visita de consulta de 20 minutos en el consultorio, el médico pasa menos de dos minutos en dar la información al paciente sobre el tratamiento (Waitzken y Stoeckle, 1976; en Rodríguez y Rojas, 1999).
3. Ley (1982; en Rodríguez y Rojas, 1999) reportó que un tercio de los pacientes están insatisfechos con su interacción con el médico.
4. Los médicos frecuentemente sobreestiman la importancia del tiempo que utilizan en brindar la información al paciente, asimismo subestiman el deseo de los pacientes por obtener información relacionada con su enfermedad (Hanson, 1986; en Rodríguez y Rojas, 1999).

Por tanto concluimos que el debate por la terminología empleada tiene sus raíces en el alcance que de acuerdo a la definición de cada uno de los conceptos abarca lo referente al seguimiento de los tratamientos por parte de los pacientes. A nuestro parecer el término más completo puesto que cubre de manera integral dicho proceso es el de adherencia ya que a diferencia de “cumplimiento” implica la participación activa del paciente en completa colaboración con los encargados de la salud para la

negociación y estipulación de las actividades del tratamiento que representan cambios en las conductas de riesgo para su salud. La participación de la psicología en el proceso de adherencia se da en el momento de la puesta en marcha de programas que mediante una serie de técnicas brinden al participante las herramientas necesarias para la modificación de conductas que ponen en riesgo su salud. Consideramos que el punto crucial para que se de una adecuada adherencia es a través de un proceso de aprendizaje en el que al participante se le brinden los conocimientos necesarios para saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer respecto a las actividades de su tratamiento.

La adherencia terapéutica en el marco de la psicología de la salud.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está condicionado por una gran variedad de factores de diversa naturaleza. Para Martín y Grau (2004) es un comportamiento humano (o podría denominarse como un repertorio comportamental) modulado por componentes subjetivos, es por tal razón, que la conducta de cumplir o no el tratamiento médico está medida, entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de la enfermedad, su motivación para recuperar la salud o para adaptarse de manera adecuada a su rol de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos.

Debido a que el padecimiento de una enfermedad ya implica una carga estresante en el desenvolvimiento de la vida de las personas, tendríamos que añadirle el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones que involucra la realización de una serie de esfuerzos encaminados a garantizar el cumplimiento de aquéllas. Por tanto, para Martín y Grau (2004), es de gran relevancia lo estipulado por Ferrer (1995), en la descripción de conductas que reflejan los problemas en la adherencia al tratamiento son las siguientes:

- Dificultades para comenzarlo.
- Suspensión prematura.
- Cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, que se expresa en errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito.
- Ausencias a las consultas e interconsultas.

- Rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad.

La adherencia al tratamiento comienza a representar un papel fundamental en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, cuando suele presentarse una diferenciación subjetiva entre su etiología, pronóstico y tratamiento, también en la forma en que la percibe quien la padece y el significado que le confiere. Puede ocurrir que la enfermedad sea percibida como un evento altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, como un alivio a responsabilidades, situaciones personales y demás, todo ello dependerá en función del rol de enfermo que adopte el paciente. Debido a que la aceptación ante el suceso de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes del mismo representan aspectos psicológicos muy importantes para la adherencia, Martín y Grau (2004) consideran a la aceptación como un contenido del rol de enfermo, un repertorio de conductas que se adoptan una vez que la persona asume la condición de su enfermedad.

La adherencia terapéutica se ha analizado a través de modelos clásicos que se han propuesto para explicar otras conductas de salud en el marco conceptual de la psicología de la salud. En un principio, se intentó explicarla a partir de hipótesis situacionales o de personalidad, se le consideraba como una tendencia de la personalidad, por lo tanto, representaba algo relativamente estable y difícil de modificar, debido a que dicho punto de vista resultó inadecuado más tarde se trató mediante una explicación desde modelos operantes dirigidos a elicitar la acción a través de estímulos ambientales, tal enfoque resultó insuficiente, por tal motivo, tal carencia llevó a los modelos cognitivo-conductuales (Friedman y Di Matteo, 1989; Leventhal, 1993; en Martín y Grau, 2004) a explicaciones basadas en los modelos de comunicación, de aprendizaje social y cognitivos de decisión, entre los que destacan los modelos de creencias en salud, y la teoría de la acción razonada que son de los más empleados para explicar el origen y mantenimiento de la adherencia.

Es claro que el proceso de adherencia al tratamiento por parte del paciente no sólo depende de que éste aprenda a hacer o no hacer ciertas conductas, sino que también se encuentran presentes toda una serie de factores psicológicos que determinan tal adherencia, es decir el psicólogo de la salud que forme parte del grupo multidisciplinario además de considerar programas para la modificación de conductas de riesgo y la adquisición de estilos de vida saludables debe tomar en cuenta de la

misma manera las cuestiones cognitivas (pensamientos, creencias, motivaciones) que determinan la flexibilidad del paciente para negociar y acceder a los cambios que resulten del tratamiento. Para explicar lo anterior, existen una serie de modelos que abordan el comportamiento de los pacientes en los procesos de adherencia al tratamiento, los cuales se mencionan a continuación.

Modelos explicativos de la adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Para Rodríguez (1995; en Ginarte, 2001) al formar parte de una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamiento de salud, en específico del modelo de creencias de salud considerado el más adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación porque tiene en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoración diferencial costos-beneficios y las claves para la acción y la teoría de la acción razonada.

Diversos modelos han sido utilizados para explicar el fenómeno de la adherencia terapéutica. En la actualidad, los modelos cognitivo-conductuales abarcan todo el interés como herramienta conceptual para explicar e investigar sobre los factores determinantes en la adherencia terapéutica; entre estos los empleados con mayor frecuencia son el Modelo de Creencias de Salud y el de la Teoría de la Acción Razonada. Los postulados principales sobre los que se apoya el primer modelo se plantea que los individuos presentarán una adecuada adherencia en el momento en que se cumplan las siguientes condiciones (Zaldívar, 2003):

1. Poseen los niveles necesarios de motivación e información relevantes para la salud.
2. Se perciben a sí mismos como vulnerables o en posibilidad de enfermar.
3. Perciben la enfermedad como algo potencialmente grave o amenazante.
4. Están convencidos de la eficacia de la intervención para evitar o retardar la amenaza de la enfermedad.
5. Encuentran o perciben como sencillas las medidas para llevar a cabo las prescripciones.

En otras palabras, el modelo de Creencias de la Salud (Becker y Rosenstock, 1984; en Zaldívar, 2003) se apoya en la percepción de amenaza y en las creencias sobre las posibilidades o la eficacia de las medidas sugeridas para el control o eliminación de la enfermedad.

En el modelo presentado por la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; en Zaldívar, 2003) se pone especial atención a los determinantes de la conducta, en él se presenta la intención como el determinante más inmediato, las variables que se consideran son las siguientes:

1. Identificación y medición de la conducta (adherencia).
2. Al considerar que el primer determinante de la acción es la intención de llevarla a cabo, se trabajan los factores que determinan la intención:
 - Actitud de la persona hacia esa acción, que depende de las creencias en relación con los posibles resultados de esa conducta (creencias conductuales) y de la valoración que el individuo realiza sobre esos resultados, así como de la valoración que otras personas o grupos tienen en relación con la postura que el sujeto debería adoptar sobre la conducta en cuestión (creencias normativas), y de la propia motivación del sujeto para cumplir con las expectativas de esas personas o grupos.

Partiendo de la naturaleza compleja del proceso de adherencia terapéutica es que se requiere de un abordaje multidisciplinario, es en este punto en donde la psicología encuentra un espacio para intervenir puesto que en el nivel en que un paciente se adhiera o no al tratamiento están inmiscuidos procesos psicológicos (conductuales y cognitivos), es mediante la formulación de modelos que se ha buscado explicar la manera en que los pacientes actúan y piensan respecto a la salud y enfermedad, debido a que los modelos cognitivo-conductuales abarcan ambas áreas es que son los más empleados para conocer las variables que juegan un papel importante en la adherencia al tratamiento.

Factores determinantes para una adecuada adherencia terapéutica.

Martín (2004) propone que para que se lleve a cabo una adecuada adherencia terapéutica es necesario que se tomen en cuenta los siguientes momentos:

- a) Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico: entendida como una relación de colaboración.
- b) Cumplimiento del tratamiento: medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.
- c) Participación activa en el cumplimiento: grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento: entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

Asimismo Martín y Grau (2004) señalan que un primer grupo de factores determinantes está constituido por una serie de variables propias de la interacción con el profesional de la salud, entre las que se encuentran:

- La satisfacción del paciente: consiste en un conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional sanitario, se divide en la satisfacción global y específica; la primera como la apreciación general que establece el paciente y la segunda determinada por la percepción de las características específicas del profesional de la salud.
- Las características de la comunicación: la comunicación permite al paciente comprender la información que se está dando sobre la prescripción o recomendación, lo anterior representa un primer paso para que pueda aceptarla y recordarla (Rodríguez-Marín, 1995; en Martín y Grau, 2004).

Morales (1999; en Martín y Grau, 2004) señala la importancia de los siguientes factores:

1. La comunicación.

2. El reconocimiento de la individualidad del paciente
3. La calificación profesional percibida.
4. Las características del lugar en que se produce la atención.

El segundo grupo de factores tiene un carácter básicamente médico y está relacionado con (Martín y Grau, 2004):

- Las características del régimen terapéutico, entre las que se encuentran la complejidad del tratamiento que se refiere al grado de cambio comportamental requerido, cuando implica cambios en los hábitos o exige pautas nuevas.

Por su parte Macía y Méndez (1999; en Martín y Grau, 2004) señala que también es fundamental *la relación costo-beneficio del régimen terapéutico*, ya que los costos pueden ser variados (económicos, sociales, laborales, familiares, emocionales, entre otros.), mientras que los beneficios se dirigen a la convicción de que las enfermedades se han curado. Asimismo se refieren a *la presencia de efectos secundarios* ya que existen diversos regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios que afectan las tasas de adherencia porque pueden llegar a ser más perturbadores que los propios síntomas de la enfermedad.

Un tercer grupo se refiere a lo mencionado por Amigó et al (1998; en Martín y Grau) respecto a *la naturaleza de la enfermedad* ya que se ha reportado que las enfermedades agudas que se caracterizan por la presencia de síntomas de dolor o incapacidad producen una mayor tasa de cumplimiento, pero ésta es menor en las enfermedades crónicas y sobre todo en las que son asintomáticas, debido a que los síntomas constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones.

El cuarto grupo de determinantes está constituido por una amplia gama de factores llamados *psicosociales* y se relacionan:

- Las creencias del paciente asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad y la estimación del riesgo de enfermar, o vulnerabilidad percibida (Rosenstock y Kirscht, 1982; en Martín y Grau, 2004).

- La creencia de la persona de que puede ejecutar la respuesta necesaria (Bandura, 1989; en Martín y Grau, 2004).
- La creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta (utilidad percibida), debido a que se supone que la autoeficacia percibida para cumplir los regímenes médicos podría ser una variables determinante para el grado de cumplimiento (Kaplan, Atkins y Reinsch, 1984; en Martín y Grau, 2004).

Por su parte Ginarte (2001) agrega a la lista de factores psicosociales determinantes para la adherencia terapéutica los siguientes factores:

- Las actitudes.
- Las atribuciones.
- El locus de control.
- La representación mental de la enfermedad.
- El apoyo social.
- Factores culturales (étnicos, religiosos).

A lo anterior añade que las atribuciones causales o explicaciones en torno a las causas de la enfermedad van a ser otro factor fundamental en la adherencia a las prescripciones y recomendaciones de salud. De igual manera la variable del apoyo social se ha demostrado que puede contribuir a incrementar la adherencia o disminuirla. Igualmente los factores culturales determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente, e influyen directa o indirectamente sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud.

Por último señala que algunos autores refieren que para incrementar la adherencia terapéutica se debe partir de la instrucción y preparación del profesional de la salud para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces; simplificar los regímenes terapéuticos (dosis, horarios); así como programar la frecuencia de las visitas del paciente, la aplicación de refuerzos selectivos de las conductas de salud y contratos conductuales (Ginarte, 2001).

En base a lo anterior podemos concluir que debido a su naturaleza multifactorial la adherencia terapéutica está determinada por una serie de variables que van desde las relacionadas a la percepción del paciente hasta las que conforman los aspectos propios del tratamiento y por último las que son resultado de la relación del encargado de la salud con el paciente.

Estrategias de intervención en la adherencia terapéutica

Una vez que hemos podido establecer la relevancia que tiene la frecuencia con que se presenta la falta de adherencia terapéutica y sus repercusiones, es incuestionable la necesidad de su detección en la práctica clínica diaria, por tal motivo, se han desarrollado diversos métodos de detección. Dichos métodos son divididos en directos (determinación del fármaco o sus metabolitos en sangre, orina u otro fluido) e indirectos (interrogatorios, cuestionarios, control del proceso, recuento de comprimidos, entre otros). Aun así, Sánchez (2005), propone que las distintas intervenciones se pueden subclasificar en seis grupos:

1. Intervenciones simplificadoras del tratamiento: son diversas las pruebas que establecen la relación directa entre la complejidad del tratamiento prescrito (dosificación, vía de administración, número de fármacos, etc.) y la falta de adherencia, donde se pueden englobar una serie de interferencias con las actividades de la vida diaria del paciente.
2. Intervenciones informáticas/educativas: la transmisión de información tendría un papel fundamental sobre la adherencia del paciente al tratamiento a través del proceso de aprendizaje orientado a que el individuo adopte voluntariamente la conducta más beneficiosa ofreciéndole los medios adecuados, dicha idea parte de los resultados que han arrojado una serie de investigaciones (Orueta, Gómez-Calcerrada, Núñez y Sánchez, 1996; Reichgott y Simmons-Morton, 1983; Traveria et al, 1987; en Sánchez, 2005), partiendo de que los pacientes desean recibir información y principalmente desean recibirla de los profesionales que les atienden habitualmente, por tanto, dichas intervenciones tienen como objetivo la mejora de la adherencia terapéutica a través del aumento de conocimientos sobre su enfermedad, las posibles complicaciones, el tratamiento prescrito, entre otros.

3. Intervenciones de apoyo familiar/social: diversos estudios han verificado que las personas que viven solas presentan mayores tasas de incumplimiento (Al Mahdy y Seymour, 1990; Urquizar et al, 1996; en Sánchez, 2005), lo anterior puede tomarse, de la siguiente manera, las personas que cuenten con apoyo familiar tendrían mayores facilidades para seguir de manera correcta su tratamiento, por tanto, dichas intervenciones tendrían como objetivo la mejora de la adherencia a través de la implicación de la familia y el entorno social en el proceso.
4. Intervenciones con dinámica de grupos: las técnicas grupales suponen una estrategia eficaz para alcanzar objetivos de motivación y seguimiento de recomendaciones, las intervenciones incluidas en este grupo buscarían la mejora de la adherencia a través de un aumento de los conocimientos y de la confianza del paciente.
5. Intervenciones de refuerzo conductual: cuando el paciente cree que el tratamiento indicado incidirá de manera positiva en la evolución de su proceso y cuando se considera pieza fundamental, percibiéndose como responsable del mismo, tiende a seguir dicho tratamiento con mayor adherencia que en los casos en que se presente lo contrario. Por dicho motivo, las intervenciones que se incluyen en esta categoría buscan mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso a través de técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual para conducir a una mejor y mayor adherencia terapéutica.
6. Combinaciones de intervenciones: debido a que el origen del incumplimiento es un proceso complejo de origen multifactorial, parece útil pensar que la combinación de varias intervenciones puede obtener resultados más positivos que las intervenciones aisladas.

Retomando los puntos más significativos de las diversas intervenciones en la adherencia terapéutica Sánchez (2005), propone una serie de recomendaciones de intervención:

- Promover la relación profesionales de la salud-paciente.

- Simplificar el tratamiento lo más posible.
- Informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Hacer participe al paciente en la realización del plan terapéutico.
- Dar información escrita.
- Involucrar a la familia.
- Utilizar métodos de recordatorio.
- Reforzar periódicamente.
- Fijar metas periódicas.
- Investigar periódicamente el grado de cumplimiento.
- Incentivar al paciente.

Existe una gran diversidad de estrategias para intervenir en la adherencia terapéutica cada una enfocada en lo que a su parecer y en base a resultados arrojados en investigaciones resulta lo más conveniente a considerar en el momento en que se da el proceso de la adherencia, a nuestro parecer cada una cubre variables significativas, por tal motivo consideramos, que lo más adecuado es establecer un programa que combine estrategias puesto que resulta más enriquecedor tanto para el paciente, su red de apoyo social y el equipo de los encargados de la salud. En base a lo anterior en la elaboración del programa que se describe en el presente trabajo proponemos considerar en la intervención para una adecuada adherencia al tratamiento la combinación de estrategias que partiendo de la información/educación, contando con el apoyo familiar y social, asimismo auxiliándose de refuerzo conductual en la intervención individual o en grupo lleven a un trabajo más integral.

Evaluación de la adherencia terapéutica

Existen una serie de aspectos o características que Sánchez (2005), considera deberían estar presentes en toda intervención referente a la evaluación de la adherencia terapéutica:

- No culpabilizar: una premisa fundamental a tener presente ante cualquier circunstancia relacionada con el incumplimiento es la no culpabilización del paciente; esto es uno más de los factores implicados en la etiopatogenia del

mismo, por lo cual no puede descargarse sobre el mismo la responsabilidad del problema (Sackett y Haynes, 1989; Borrel, 1989; en Sánchez, 2005).

- Individualización de la intervención: dado el origen multifactorial del incumplimiento y que en general las actuaciones son dirigidas a personas concretas, es importante establecer estrategias de intervención individualizadas en función de los factores implicados en la falta de adherencia terapéutica y asimismo, a las características individuales del paciente (Iruela y Juncosa, 1996; Agrest, 1996; en Sánchez, 2005).
- Fortalecimiento de la relación: el establecimiento de una adecuada relación entre el profesional de la salud y el paciente hace posible la creación de un vínculo que permita establecer una estrategia terapéutica, que al ser compartida por el paciente hace que sea aceptada como propia y, por lo tanto, existan menos probabilidades de abandono (Ramírez, Mausbach, De Miguel y Ros, 1995; Bartlett et al, 1984; en Sánchez, 2005).
- Integración en la práctica diaria: es muy importante que siempre se considere que toda intervención que sea integrada en la práctica clínica diaria tendrá a su favor el poder extenderla a un grupo mayor de población, esto es mencionado en diversas investigaciones (Carulla y Melgarejo, 2002; Sackett y Haynes, 1983; Reichgott y Simmons-Morton, 1983; en Sánchez, 2005).
- Participación de distintos profesionales: la prevención, la detección y el abordaje de la falta de adherencia terapéutica no son problema exclusivo de los médicos, sino al contrario deben tomarse en cuenta a otros profesionales de la salud en los que se incluyen al psicólogo, para poder realizar así intervenciones con mayor éxito (Kyngas, Duffy y Kroll, 2000; O'Dea, 1988; en Sánchez, 2005).

Cabe hacer énfasis que en el proceso de adherencia al tratamiento participan una gran gama de variables psicológicas, sociales y culturales a considerar en el momento de intervenir. De acuerdo a todo lo anterior, la adherencia terapéutica es fundamental

en el tratamiento de los pacientes con enfermedades metabólicas con las cuáles deben aprender a vivir y modificar su estilo de vida para retardar o minimizar las complicaciones y por ende tener una mejor calidad de vida. Para conseguir el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes es que se hace uso de programas de intervención que como los que se describen en el siguiente capítulo tienen el propósito fundamental por medio del aprendizaje de llevar a cabo las modificaciones necesarias en la conducta del paciente.

CAPITULO VI

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.

A lo largo del capítulo se presentan ejemplos de programas de intervención psicológica que sirven como marco y fundamentos teóricos para el diseño de la propuesta del programa que se desarrollará en el siguiente capítulo.

Aragón y Silva (2004) señalan que en el enfoque cognitivo-conductual, la intervención psicológica juega un papel fundamental puesto que, es el proceso que comprende un amplio conjunto de técnicas y procedimientos de evaluación y tratamiento empleados de manera selectiva y ajustada para cada individuo en particular. Por tanto, las estrategias terapéuticas que se consideren a utilizar no solamente varían según las diferentes clases de problemas conductuales que se traten, sino también varían dentro de cada clase de problemas específicos. Sin embargo, es importante que antes de poder establecer una estrategia de intervención se cuente con información acerca del paciente y de la meta que se busca alcanzar con la intervención, todo esto a través de una oportuna evaluación para así poder tomar decisiones correctas sobre el plan terapéutico a utilizar.

Concepto de evaluación

La evaluación en psicología, se refiere a diagnosticar, en otras palabras, es detectar la presencia de un estado, un conocimiento, una patología, etc., de acuerdo con el campo que esté siendo evaluado. Por tanto, el término evaluación en un sentido amplio no puede ser restringido sólo al diagnóstico, sino a todo un proceso que implica identificar, rotular, seleccionar, plantear objetivos, intervenir, pronosticar y volver a evaluar si los objetivos que se plantearon se lograron alcanzar. Dicho lo anterior, la evaluación psicológica no implica de manera exclusiva aplicar algún tipo de prueba o instrumento a fin de conocer el estado actual de un sujeto o grupo de sujetos sobre algún problema psicológico o atributo, sino que va más allá, ya que llevar a cabo una evaluación sería el primer paso de un proceso que involucra la toma de decisiones para establecer entre otras cosas objetivos de intervención, técnicas y estrategias para conseguir dichos objetivos, etc, (Aragón y Silva, 2004).

La importancia de la evaluación psicológica comprende un concepto muy importante señalado por Aragón y Silva (2004), se refieren a las inferencias que de la evaluación psicológica pueden derivarse, con base en las respuestas dadas en circunstancias de evaluación, es decir, como consideración mínima el proceso de evaluación supone que la conducta por evaluar mediante el empleo de algún instrumento específico es una muestra de los repertorios conductuales que el individuo evaluado posee, por tanto, representa lo que el individuo ha aprendido a lo largo de su historia como resultado del proceso de interacción con el entorno social. No obstante, así como no todas las evaluaciones son iguales, tampoco lo son los fines que se persiguen, puesto que dentro del proceso de evaluación hay estrategias selectivas que buscan la optimización a través de la selección adecuada de personas (en determinadas condiciones, elegidas o clasificadas bajo algún criterio) es decir, son individuos en concreto donde la estrategia consiste en buscar las condiciones idóneas que mejor se adapten a cada uno de ellos, conforme al criterio de optimización. Por otra parte, la estrategia modificativa busca la forma de actuar que facilite la optimización mediante la modificación tanto de las conductas de los individuos como de las condiciones, ya que considera que con el fin de ser útil debe proporcionar los elementos suficientes tanto para determinar el método modificativo en cada caso específico así como verificar la efectividad del mismo una vez utilizado. Este tipo de diagnóstico utilizado en dicha estrategia presupone que el individuo posee la cualidad evaluada como un rasgo permanente de su conducta, en el cual se considera que la conducta es susceptible de cambiar por medio de diferentes procesos modificativos.

Sin importar, el tipo de diagnóstico el objetivo final de toda evaluación es la toma de decisiones, que supone la existencia de alternativas entre las cuales hay que elegir. Por lo anterior para Aragón y Silva (2004) la intervención psicológica es considerada como todo lo que al final de un proceso de evaluación puede implementarse a consecuencia de dicho proceso.

La evaluación es un procedimiento que permite conocer el estado actual de algo para en base a ese resultado tomar las medidas necesarias para intervenir, el siguiente paso una vez que hemos seleccionado las actividades a realizar mediante el uso de un programa es organizar dichas actividades, por tanto en el siguiente punto se aborda al respecto.

Concepto de programa

Para Fernández-Ballesteros (1992; en Allueva, 2002) un programa es un “conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados de manera organizada en una determinada realidad social con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas. Por su parte Fink (1993; en Allueva, 2002), define un programa como “los sistemáticos esfuerzos realizados para lograr objetivos planificados con el fin de mejorar la salud, el conocimiento, las actitudes y la práctica”, dicha definición se centra en la forma en se debe realizar (sistemáticamente) y en la obtención de los objetivos planteados anteriormente. Por tanto, a la hora de desarrollar un programa debemos tener en cuenta una serie de características que deben ser reunidas, de las cuales se hablará más adelante.

Tipos de programas

Los programas de intervención pueden incidir en diferentes niveles ya sea en prevención, tratamiento-rehabilitación y promoción de salud. Fernández-Ríos (1994), menciona lo que a su juicio son factores que determinarán el éxito de un programa preventivo, retomamos dichos factores puesto que consideramos que pueden ser aplicables a programas de intervención en la etapa de tratamiento y rehabilitación, los cuales son:

- El personal que aplique el programa debe ser lo suficientemente hábil como para que pueda utilizarlo como facilitador y motivador del aprendizaje.
- El programa de prevención debe ser aceptado tanto por parte del personal que lo va a implementar, como por los individuos sobre los cuales se va a aplicar.
- Los objetivos del programa deberán ser *válidos* para la mejora de la salud y calidad de vida; *viabiles*, pues unos objetivos demasiado utópicos pueden muy fácilmente conducir al fracaso; *cuantitativos*, que en un momento dado se pueda determinar, a través de procesos cuantitativos o cualitativos, si los objetivos se han cumplido; que no sea demasiado a *largo plazo*, para evitar que el individuo no llegue a percibir la relación entre el programa de intervención y el consiguiente cambio en las conductas de salud y estilos de vida positivos; facilitar la *transferencia o generabilidad* de las conductas aprendidas en un determinado contexto al proceso de vivir cotidiano, y que en sí mismo tenga un soporte material *motivador* para los individuos sobre los cuales se va a implementar.

- El programa deberá estar de acuerdo al nivel de desarrollo sociocognoscitivo de los sujetos sobre los cuales se va a aplicar.
- Cada intento de aplicación de un determinado programa debe aceptar una serie de riesgos que son inherentes a todo programa de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, dichos riesgos son:
 - ☞ Riesgo al fracaso, pues un determinado programa puede no tener efecto ninguno o incluso provocar unos resultados de aumento de la problemática que intente prevenir.
 - ☞ Riesgo a unos resultados indefinidos, pues también puede suceder que los resultados de los programas de prevención sean indemostrables, ya sea en su aspecto positivo o negativo.
 - ☞ Riesgo de decepción, pues puede ser que los resultados obtenidos no sean tan positivos como se esperaba.

Acabamos de mencionar que los programas de intervención deben o tienen que motivar a los sujetos para aprender. Santos –Rego (1991; en Buena-Casal, 1997) mencionan una serie de estrategias para fomentar y favorecer la motivación para aplicar lo aprendido en la modificación de conductas de riesgo por conductas de salud, así como para adherirse a su tratamiento.

- * Fomentar un contexto de interacción implementadores del programa y pacientes en el que se fomente el valor del aprendizaje como una actividad recompensante, satisfactoria y enriquecedora en la vida personal y colectiva.
- * Que el material del programa y el proceso de interacción terapeuta-paciente genere en los pacientes actitudes, creencias y motivaciones positivas para el aprendizaje de los nuevos contenidos.
- * Generar en los pacientes entusiasmo por el aprendizaje.
- * Que el programa induzca en los pacientes curiosidad y una valoración de la tarea.
- * Que el contenido del programa sea concreto y tenga un significado real para los participantes.
- * Que el programa induzca en los sujetos un cierto grado de disonancia y/o conflicto sociocognitivo para motivarlos más.

- * Fomentar el modelamiento cognitivo relacionado con el proceso de solución de problemas (identificación de la tarea, búsqueda de nuevas alternativas, implementación de la alternativa elegida, verificación de dicha alternativa).
- * Inducir en los participantes el sentimiento de competencia metacognitiva para que puedan controlar los propios procesos y estrategias que se utilizan en el proceso de aprendizaje.
- * Que el contexto en el que se realiza el programa de intervención preventiva, así como la estructura del mismo, estén orientados al éxito.
- * Que el paciente reconozca la conexión entre el esfuerzo realizado y el resultado conseguido.
- * Que exista una buena planificación de las actividades de recuperación de los contenidos incluidos en el programa.
- * Que el contexto de aprendizaje fomente y favorezca la elección y la toma de decisiones autónomas.
- * Que el programa incluya contenidos novedosos y variados.
- * Facilitar a los pacientes un proceso de retroalimentación inmediato y contingente con las respuestas y comportamientos emitidos por los participantes.
- * Favorecer la realización y ejecución de los productos terminados del programa y su utilidad y repercusiones sobre la salud y calidad de vida individual y colectiva.
- * Que el diseño de las actividades y ejercicios incluidos en el programa tenga, cuanto sea posible, un diseño lúcido y que el paciente aprenda divirtiéndose.
- * Que el contexto de enseñanza/aprendizaje fomente las interacciones con los iguales e influya en un pensamiento grupal positivo para la promoción de la salud y la calidad de vida individual y colectiva.

Dryfoos (1993; en Buela-Casal, 1997) menciona una serie de componentes comunes en las intervenciones exitosas con jóvenes en alto riesgo. Dichos componentes son los siguientes:

- ✓ Intervención individual intensiva.
- ✓ Intervención llevada a cabo a una edad temprana.

- ✓ Focalizarse en la clínica y sobre todo a través de aprendizaje cooperativo o enseñanza en equipo.
- ✓ Las estrategias de intervención no tienen por qué ser necesariamente llevadas a cabo por la clínica, sino que los programas también pueden ser exitosos si se realizan en la escuela por organizaciones o equipos externos a la propia clínica.
- ✓ Los padres tienen un papel muy importante a desarrollar.
- ✓ Los iguales tienen una función bien definida.
- ✓ La intervención debería hacer énfasis en el entrenamiento en habilidades sociales.
- ✓ Existen recursos disponibles para el entrenamiento del equipo que va a llevar a cabo la implementación del programa.
- ✓ El programa de intervención tiene que tener en cuenta la conexión entre el contenido de dicho programa y el mundo del trabajo.

Por lo tanto un buen programa de intervención además de ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente debe permitir y tomar en cuenta las actividades de cada individuo, ya que en ocasiones el paciente no sigue un programa porque siente que limita las cosas que puede o no hacer o que tiene que estar en su casa o en la clínica para llevar a cabo el programa, y no es así, un programa de intervención puede ser llevado con disciplina fuera de la clínica sin dejar de realizar las actividades diarias de los pacientes.

CAPÍTULO VII

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA MODIFICAR CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES CON ENFERMEDADES METABÓLICAS

En la actualidad es claro que existe una estrecha relación entre la conducta y la salud, por lo tanto si desde la infancia se adquieren conductas de riesgo es más probable que en edades posteriores se presente alguna enfermedad crónico-degenerativa, entre ellas las metabólicas. Con conductas de riesgo nos referimos a aquel repertorio de conductas que los individuos realizan y que deterioran su salud de manera considerable, entre las conductas de riesgo que se consideraron como variables en la realización del presente programa se encuentran el sedentarismo, estilos alimenticios inadecuados, tabaquismo, ingesta de alcohol, manejo inadecuado del estrés, de la ansiedad, presencia de conductas y cogniciones depresivas lo que conjuntamente llevaría una deficiencia en poder establecer adecuadas habilidades sociales. Se considera que la modificación de conductas de riesgo es una tarea difícil pero no imposible, el trabajo debe ser conjunto paciente-especialistas. Por lo tanto la actividad física regular y la conservación de una buena condición proporcionan grandes beneficios a la salud, reduciendo la probabilidad de la aparición de enfermedades metabólicas, entre otras. Algunas enfermedades crónicas se establecen como consecuencia de un estilo de vida inadecuado, se hace fundamental entonces contar con el apoyo de una disciplina que de manera sistemática proporcione al paciente las habilidades necesarias para modificar estas conductas, es decir, su estilo de vida.

Al presentar una enfermedad crónica es necesario que el paciente efectúe una serie de ajuste cognitivos y conductuales que le permitan desempeñarse mejor en el contexto de su enfermedad. Aunado a esto tendrá también que hacer una serie de cambios en su sistema de creencias, en lo que es valioso respecto de él y cómo su enfermedad es entendida por los demás, estos factores son componentes del estrés, ansiedad y depresión siendo éstos el objetivo del tratamiento psicológico.

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, apresados a través de la investigación epidemiológica (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004).

Sin embargo, no basta, con tener el conocimiento de aquellas conductas en las que las personas tienen mayor riesgo de enfermedad y muerte, para poder realizar algún cambio en su conducta. De acuerdo con Matarazzo (1995; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2005) la psicología y las técnicas de intervención psicológicas efectivas juegan un importante papel para el cambio de conducta. El reto esencial que tiene la psicología en el campo de la salud es demostrar repetidamente y de modo claro que puede producir cambios de conducta y con ello reducir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades más importantes de los países desarrollados. En un modelo médico imperante y predominante es necesario demostrar esto claramente. En aquellos países donde esto ha ocurrido o está ocurriendo el peso e importancia de la psicología de la salud es hoy claro.

En los pacientes con enfermedades metabólicas, el estilo de vida, entendido como las conductas de riesgo, el estrés y otros trastornos psicológicos, en ocasiones son ignorados por lo que se propone un programa de intervención que tome en cuenta dichos factores, que puede ser aplicado de manera individual o grupal siempre y cuando se tengan objetivos en común. Las estrategias se orientan al tratamiento no farmacológico, relacionado básicamente con cambios cognitivo-conductuales y por tanto el paciente con enfermedades metabólicas tiene que realizar cambios en su estilo de vida sobre todo mantenerlos ya que con esto puede tener un adecuado control de su enfermedad.

En la actualidad es incuestionable el impacto psicológico y la presencia de alteraciones como la ansiedad, estrés, depresión entre otros en el diagnóstico de las enfermedades metabólicas. México es uno de los países con mayores niveles de estrés en el mundo y generalmente los factores que lo provocan son la pobreza, cambios constantes de situación, también se aplica a miles de circunstancias o situaciones responsables de dichas emociones

como es en este caso la presencia de alguna enfermedad crónico-degenerativa, así como todo lo referente a su diagnóstico, evolución y tratamiento (Pereyra, 2004). Puesto que representan un gran impacto a diferentes niveles ya que no solamente se presentan en lo que sería la condición física en el mal funcionamiento orgánico sino que además a las consecuencias psicológicas que dicho diagnóstico produce tanto en el paciente como en las personas que conforman la red social del enfermo. En la mayoría de las enfermedades metabólicas dada su etiología en la etapa de tratamiento se requiere que éste sea lo más multidisciplinario posible, puesto que no solo debe abordar la cuestión farmacológica sino también debe dar el peso que merece la cuestión psicológica del tratamiento en los pacientes con enfermedades metabólicas.

Partiendo de que la mayoría de los diagnósticos de las enfermedades metabólicas tienen una estrecha relación con el estilo de vida de los pacientes es que se da acceso a la intervención psicológica, puesto que es en esta relación en la que por medio de la psicología de la salud se aborda y se inmiscuye en el tratamiento. Porque conjuntamente al tratamiento farmacológico es necesaria la intervención de psicólogos de la salud para establecer las estrategias a seguir para modificar las conductas de riesgo y con eso repercutir en el estilo de vida de los pacientes, las cuestiones relacionadas al entorno social del paciente y cómo este y aspectos del enfermo influyen en la adherencia que pueda lograr al tratamiento, así mismo también la intervención en los trastornos psicológicos que el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de la enfermedad producen en el paciente y en los que conforman su red de apoyo social.

Con la elaboración del programa de intervención se espera pueda ser usado como una guía para poder establecer modificaciones en las conductas de riesgo necesarias para mejorar el estilo de vida de los adolescentes y adultos jóvenes que padecen alguna enfermedad metabólica, así mismo se espera que mediante la aplicación de las técnicas empleadas se logre una adecuada adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que en muchas ocasiones es lo que impide la mejora en la calidad de vida de la persona, también se espera una modificación a través de las estrategias seleccionadas en la percepción y las creencias sobre la salud y la enfermedad para facilitar la adherencia al tratamiento tanto por parte del paciente como por la familia, se busca así mismo lograr establecer la importancia del

apoyo de las redes sociales del adolescente y adulto joven para modificar sus estilos de vida y mejorar la calidad de ésta.

Programa de intervención psicológica

En cuanto a los pacientes con alguna enfermedad metabólica muchas investigaciones han revelado la presencia de una serie de conductas de riesgo como el sedentarismo, los hábitos alimenticios inadecuados, el tabaquismo, la ingesta de alcohol como determinantes en la aparición temprana de complicaciones de cada enfermedad, el estrés y la ansiedad son algunos de los diversos trastornos psicológicos que le pueden afectar, que en la mayoría de las ocasiones son ignorados, por lo que se propone un programa de intervención psicológica con un enfoque cognitivo-conductual que puede ser aplicado individual o grupalmente siempre y cuando tengan objetivos en común, pero sobretodo en aquellos enfermos de recién diagnóstico, pues si el estrés es manejado de manera adecuada ante el impacto de la noticia, es posible lograr una buena prevención de las complicaciones, aunque también es útil en el manejo de enfermos que presenten problemas para adherirse a su régimen terapéutico.

Objetivo general

Ofrecer un programa de intervención psicoeducativa con enfoque cognitivo-conductual mediante un paquete de técnicas que ofrezcan alternativas para modificar conductas de riesgo en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades metabólicas.

Objetivos específicos

- Evaluación de los estilos de vida de los adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades metabólicas.
- Detección de conductas de riesgo que se presentan en las enfermedades metabólicas.
- Identificar las conductas y factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentar complicaciones en los pacientes con enfermedades metabólicas.

- Establecer una relación entre las conductas de riesgo que comparten las enfermedades metabólicas.
- Diseñar una estrategia de intervención psicoeducativa bajo el enfoque cognitivo-conductual que permita a través de una serie de técnicas la modificación de conductas de riesgo en adolescentes con enfermedades metabólicas.

Metas

- Que el paciente logre un control metabólico óptimo.
- Que el paciente reduzca conductas de riesgo (sedentarismo, malos hábitos alimenticios, tabaquismo, ingesta de alcohol, manejo inadecuado del estrés, ansiedad, depresión y deficiencia en habilidades sociales).
- Que el paciente tenga un adecuado control de factores de riesgo (peso, IMC, Índice cintura-cadera, presión arterial, niveles de colesterol y triglicéridos.)
- Que el paciente identifique y resuelva de manera adecuada problemas o situaciones que le generen estrés, ansiedad, depresión y logre un mejoramiento en las habilidades sociales.
- Que el paciente logre una adecuada adherencia terapéutica.
- Que el paciente cuente con una mejor calidad de vida.

Metodología

Las variables a considerar en la elaboración del programa de intervención son las conductas de riesgo (sedentarismo, hábitos alimenticios inadecuados, tabaquismo, ingesta de alcohol, manejo inadecuado del estrés, de la ansiedad, depresión y dificultades en habilidades sociales). Así mismo se consideraron los factores de riesgo biológicos (edad, sexo, IMC, Índice cintura-cadera, indicadores heredofamiliares) y su presencia en las enfermedades metabólicas (obesidad, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitas, enfermedades cardiovasculares y el síndrome metabólico).

Diseño

El diseño empleado en este reporte es un pretest-postest y seguimiento.

Participantes

Dirigido a adolescentes y adultos jóvenes que presenten conductas de riesgo y que contribuyen a la aparición temprana de complicaciones de las enfermedades metabólicas.

Escenario

Para la intervención a nivel individual se requiere una habitación amplia que cuente con el mobiliario necesario para brindar las mejores condiciones proporcionando una adecuada iluminación y ventilación. El programa puede ser aplicado a nivel individual en el ámbito clínico y hospitalario. Personal de apoyo; para su aplicación se requiere de un terapeuta que tenga experiencia en la aplicación de la batería de evaluación y en las técnicas de tratamiento. Puesto que se necesita de una intervención multidisciplinaria se requiere del apoyo médico para poder evaluar cuestiones orgánicas (IMC, índice cintura-cadera, porcentaje de sobrepeso u obesidad, nivel de colesterol, triglicéridos, toma de la presión arterial, entre otras) y también para que de acuerdo a las características del paciente se establezca conjuntamente con un especialista en medicina del deporte o educador físico, un adecuado programa de actividad física así mismo se requiere que el especialista en nutrición proponga el mejor régimen alimenticio que cumpla con las necesidades calóricas de cada paciente.

Para la intervención a nivel grupal se requiere de una habitación o un espacio cerrado amplio que cuente con el mobiliario necesario para brindar las mejores condiciones posibles. Su aplicación a nivel grupal puede ser en el ámbito hospitalario, en clínicas de salud, en el ámbito escolar a través de campañas que permitan la identificación de los alumnos diagnosticados con alguna enfermedad metabólica. Personal de apoyo, para su aplicación en todos los ámbitos antes mencionados, se requiere también de dos a tres terapeutas que cuenten con experiencia para la aplicación y evaluación de la batería de pruebas psicológicas y de las técnicas

empleadas en el tratamiento. Al igual que con la intervención individual se requiere de un grupo multidisciplinario conformado por terapeutas, médicos y nutriólogos para cumplir con las mismas funciones que la aplicación a nivel individual.

Material

Para ambas aplicaciones se necesitan los cuestionarios o escalas que conforman la batería de la evaluación conformada por pruebas que evalúan las conductas de riesgo como sedentarismo, alcoholismo, hábitos alimenticios inadecuados, entre otras y las pruebas psicológicas que evalúan medidas de aquellas variables (estrés, depresión, ansiedad, habilidades sociales) que están más directamente relacionadas con el riesgo de aparición de complicaciones de las enfermedades metabólicas, incluye las siguientes pruebas: (ver en Anexos).

Instrumento WHOQoL de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996 Breve versión en español de González-Celis, R.A. y Sánchez-Sosa, J. J., 2001).).

Evalúa como se siente la persona acerca de su calidad de vida, estado de salud y otras áreas de su vida, descritas como: salud física (7 reactivos), salud psicológica (6 reactivos), medio ambiente (8 reactivos) y relaciones sociales (3 reactivos). Consta de 26 ítems que evalúan aspectos sobre la perspectiva de los pacientes y los sentimientos que experimentan como consecuencia de su estado actual de salud. Cada reactivo se contesta de acuerdo a la frecuencia en la que el individuo considera que se presenta la situación o que se siente de determinada manera, en base a una escala likert.

FANTASTIC (Wilson, D. M., Ciliska, D. 1994 adaptación de la versión mexicana de Rodríguez, M.R., 2003).

El cuestionario Fantastic fue creado para ayudar a los profesionales de la salud en atención primaria a medir los estilos de vida de sus pacientes. Es un cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados que exploran dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida, cada ítem se contesta en base a la frecuencia en la que el individuo

considera que se presenta la situación a través de una escala likert, los ítems se dividen en las siguientes categorías:

- Familia-amigos (3 ítems).
- Actividad física (2 ítems).
- Nutrición (4 ítems).
- Tabaco-toxinas (3 ítems).
- Alcohol (2 ítems).
- Sueño-cinturón de seguridad (3 ítems).
- Tipo de personalidad (3 ítems).
- Interior (3 ítems).
- Carrera (2 ítems).

El cuestionario integrado por 25 ítems y nueve dominios, fue aplicado dos veces con un intervalo test-retest promedio de 21 días a 260 sujetos con Diabetes Mellitus. La correlación test-retest fue de 0.84 con alfa de Cronbach de 0.08 a 0.80 para los dominios y de 0.80 para el total. La versión en español del FANTASTIC tiene un buen nivel de reproducibilidad test-retest, siendo su consistencia externa su principal atributo, si bien en algunos dominios tiene consistencia interna débil.

Cuestionario de Salud SF-36 (Prieto, 1995).

Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el estudio de resultados médicos. Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Consta de 36 ítems que exploran 8 dimensiones del estado de salud:

1. Función física: grado de limitación para hacer actividades físicas (10 ítems).
2. Rol físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias (4 ítems).
3. Dolor corporal: intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de la casa como en el hogar (2 ítems).

4. Salud general: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 ítems).
5. Vitalidad: sentimientos de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems).
6. Función social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida habitual (2 ítems).
7. Rol emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems).
8. Salud mental: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems).

Flores, A. L., Hernández, L.C. (1998). Evaluación del estilo de vida. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*. Disponible en Internet [URL:http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01_1.htm](http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01_1.htm).

Es un cuestionario diseñado para aumentar el conocimiento y la conciencia del individuo sobre su estilo de vida. Específicamente muestra las áreas de la vida en las que el individuo tiene hábitos saludables y donde debe mejorar. Es un instrumento diseñado para evaluar estilos de vida, estandarizado con 81 ítems que exploran 10 áreas:

- 1ª. Condición física: indaga acerca de la actividad física que realiza la persona (6 ítems).
- 2ª. Historia familiar: indaga acerca de los antecedentes patológicos familiares (6 ítems).
- 3ª. Autocuidado y cuidado médico: indaga acerca de algunas conductas esenciales de la higiene personal y de autoexamen para la detección precoz de enfermedades (13 ítems).
- 4ª. Hábitos alimenticios: indaga acerca de la ingestión de bebidas y alimentos (9 ítems).
- 5ª. Consumo de alcohol y otras sustancias: indaga acerca del consumo de agentes nocivos para la salud (6 ítems).
- 6ª. Accidentes: indaga acerca de comportamientos de protección contra accidentes (7 ítems).
- 7ª. Valores de la vida: indaga acerca del comportamiento de la esfera intelectual y espiritual que constituyen factores de protección de la salud (7 ítems).

8ª. Estrés y apoyo social: indaga acerca de eventos de la vida cotidiana generadores de estrés y el factor amortiguador que representa el apoyo social (16 ítems).

9ª. Medio ambiente: indaga acerca del medio físico-químico y psico-social en que vive la persona.

10ª. Sexualidad: indaga acerca de la satisfacción de la persona con su sexualidad (4 ítems).

Escala de evaluación de Habilidades Sociales para adolescentes (Ríos, M. S. 2002.).

Está construida como un inventario de autoinforme. Donde lo que interesa es la conducta manifiesta del individuo en relación con antecedentes y consecuentes del medio ambiente. La escala evalúa los ámbitos de habilidades para manejar sentimientos, alternativas a la agresión, para encarar el estrés y planeación. La escala consta de 50 reactivos que evalúan 6 categorías de habilidades sociales (I. De Inicio, II. Avanzadas, III. Para manejar los sentimientos, IV. Alternativas a la agresión, V. Para afrontar el estrés y VI. Habilidades de planeación). Como resultado de la aplicación de la escala en dos momentos diferentes y de la realización de adaptaciones a los reactivos para el logro de una capacidad discriminativa que permitiera distinguir las diferencias interindividuales en las habilidades sociales, con la finalidad de que las seis áreas que componen la escala estuvieran representadas equitativamente en cuanto al número de reactivos en la versión final se hizo un análisis cuantitativo mediante el estadístico Chi cuadrada, no se encontraron diferencias significativas entre el número de preguntas que conforman las áreas ($p < 0.05$). La sensibilidad de los ítems fue comprobada mediante el método ítem escala y el coeficiente Alfa de Cronbach ($p > 0.01$). La escala tiene como base la propuesta del libro "Skill-streaming the adolescent. A structured learning approach to teaching prosocial skills" (Goldstein et al. 1980). La distribución de los reactivos se presenta de la siguiente manera: habilidades de inicio (reactivo 1 a 8), habilidades avanzadas (reactivos 9 al 14), habilidades para manejar los sentimientos (reactivos 15 a 20), habilidades alternativas a la agresión (reactivos 21 a 30), habilidades para encarar el estrés (reactivos 31 a 42) y habilidades de planeación (reactivos 43 a 50). Cada reactivo se contesta de acuerdo a la frecuencia con la que los adolescentes creen que emiten cada habilidad a través de una escala likert. Además permite evaluar las habilidades sociales mediante tres dimensiones: la conductual, la personal y la situacional (Ríos, 2002).

Inventario de Depresión de Beck estandarizado para los residentes de la Ciudad de México. (Beck, 1998; versión estandarizada por Jurado, S., Méndez, L. y Villegas, E).

Consta de afirmaciones con 4 opciones de respuesta cada una de ellas. El sujeto tiene que elegir una de dichas opciones. Se utiliza como una medida de la intensidad de la depresión. Los ítems se evalúan en una escala de 0 a 3 puntos. A mayor puntuación en la escala mayor intensidad de la depresión valorándose los siguientes rangos cuantitativos: depresión ausente o mínima (0-4 pts.), depresión leve (5-7 pts.), depresión moderada (8-15 pts.) y depresión grave (16 o más pts). El proceso para estandarizar el Inventario (BDI) se llevó a cabo mediante tres estudios. El primero siguió los lineamientos establecidos internacionalmente para traducir y adaptar instrumentos de evaluación psicológica. La muestra fue de 1508 personas adultas (edades 15 a 65 años), la confiabilidad por consistencia interna obtenida fue alfa de Cronbach de 0.87, $p < .000$. El análisis factorial mostró que la versión mexicana, al igual que la original, se compone por tres factores. Por último, se obtuvieron las tablas normativas tanto para estudiantes como para la población en general. El BDI desarrollado mediante la estandarización cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de depresión de los residentes de la ciudad de México.

Inventario de Situaciones-Respuesta de Ansiedad (Miguel-Tobal y Cano Vindel , 1986, 1988).

El ISRA es un instrumento con formato S-R, basado en el modelo interactivo de Endler et al. Y en el modelo tridimensional de Lang. Consta de 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad. El sujeto debe evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de respuestas de ansiedad, ante cada una de las 22 situaciones que se le presentan. En total el sujeto debe responder a 224 ítems (interacción situación x respuesta). Por medio del ISRA obtenemos puntuaciones en 8 escalas. Las tres primeras correspondientes a los tres componentes de la respuesta de ansiedad ante distintas situaciones: reactividad cognitiva, fisiológica y motora. La cuarta al rasgo o nivel general de ansiedad. Finalmente las cuatro últimas corresponden a áreas situacionales que reflejan los niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones: ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana.

Procedimiento

El programa de intervención se divide en 4 fases: evaluación pretratamiento, tratamiento, evaluación postratamiento y seguimiento. Tras un periodo de evaluación se realizan aproximadamente 35 sesiones de tratamiento de una hora y media de duración cada una y con una periodicidad semanal. Posteriormente, se han designado 2 sesiones más para la evaluación postratamiento. Una vez finalizado el programa se prosigue con la etapa de seguimiento con el fin de evaluar la efectividad del programa. Cabe señalar que la duración del programa y de las técnicas puede variar dependiendo del criterio propio de cada terapeuta en base al ritmo en que se desarrolla el programa de intervención.

1ª fase: *evaluación pretratamiento.*

1ª. Sesión

Individual: en esta primera entrevista se explica al sujeto en que consiste la terapia y se resuelven las dudas que le surjan, se entabla conversación con él, con el propósito de conocerlo y escucharlo para saber cómo se siente acerca de su enfermedad, cuáles son sus intereses y qué espera de este programa de intervención, así mismo, preguntar cómo piensa que será su vida con la enfermedad que padezca.

Grupal: en este caso es importante que el grupo comparta ciertas características indispensables como edad y enfermedad, en la primera entrevista se trata de ser empático con el grupo para conocerlos y que empiecen a relacionarse y a tener confianza. Lo primero es que se presenten y opinen acerca de sus expectativas respecto a la terapia., ya que los pacientes con enfermedades metabólicas tienen que realizar cambios en su estilo de vida y sobretodo mantener dichos cambios para poder tener un adecuado control de su enfermedad.

La evaluación en la primera sesión se inicia mediante una entrevista en la que se obtendrá la siguiente información:

Datos generales

- Nombre

- Edad
- Sexo
- Nivel socioeconómico e institucional

Datos del padecimiento:

- Enfermedad diagnosticada
- Tiempo de evolución
- Tipo de complicaciones
- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento no farmacológico

Antes de la despedida se le debe indicar al paciente que para la siguiente sesión se necesita que lleve los resultados de una exploración médica (IMC, índice cintura-cadera, porcentaje de sobrepeso, identificación de enfermedades asociadas) y que acuda con un especialista en nutrición para determinar el balance energético y los requerimiento calóricos.

2ª Sesión

Es muy importante que antes de dar comienzo a esta sesión el paciente llegue con la información médica y nutricional que a continuación se menciona:

Mediante una exploración médica determinar:

- porcentaje de sobrepeso.
- Identificación de enfermedades asociadas.

Con el apoyo del nutriólogo evaluar:

- balance energético para determinar si el balance energético es cero, positivo o negativo y los requerimientos calóricos de acuerdo a las características de cada paciente.

Una vez capturados los datos generales y para dar comienzo a la evaluación de los estilos de vida en esa misma sesión a través de una entrevista se busca indagar los siguientes aspectos (hábitos alimenticios inadecuados y actividad física) mediante las siguientes preguntas:

- recoger la historia de la enfermedad.
- Historia familiar sobre enfermedades crónico-degenerativas y en específico de enfermedades metabólicas.

En el área de hábitos alimenticios:

- Número de ingestas/día.
- Horario de ingesta.
- Lugar de consumo.
- Estilo de consumo.
- Actividades realizadas durante la ingesta.

En el área de patrones de actividad física:

-identificar patrones de conducta física cotidiana (número de horas); estructurada (número de horas), tipo de juegos (número de horas) y televisión (número de horas).

En esta primera fase se realiza una amplia evaluación psicológica y se recogen los datos más esenciales sobre cuestiones de salud física mediante un historial médico y sobre cuestiones de los hábitos de actividad física del paciente. A su vez dentro de esta etapa se llevan a cabo diferentes procedimientos, primeramente para obtener los datos más generales del paciente y de su padecimiento y a través de una entrevista se elabora un cuestionario biográfico. Así mismo, en esta fase se va a realizar la aplicación de la batería de pruebas.

2ª. Fase: **tratamiento.**

Tras la evaluación, el programa de intervención se centra en el aprendizaje de un paquete de técnicas destinadas al control de las variables psicológicas antes mencionadas, al cambio de las conductas de riesgo y al retardo de las complicaciones propias de cada enfermedad. La fase de tratamiento se divide de la siguiente manera:

- Sesiones informativas (2 sesiones)
- Entrenamiento en relajación progresiva muscular de Jacobson (4 sesiones)

- Entrenamiento en la inoculación al estrés (6 sesiones) :
 - reestructuración cognitiva (3 sesiones).
 - solución de problemas (3 sesiones).

- Entrenamiento en el manejo adecuado de la ansiedad (3 sesiones)

- Terapia cognitiva de Depresión de Beck

- Entrenamiento en Habilidades Sociales (17 sesiones)

Se recomienda que siempre que sea posible se mantenga la misma estructura en las sesiones terapéuticas que se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Estructura de la sesiones.

El procedimiento a seguir en cada una de las sesiones es el siguiente:

1. Contextualizaciones y síntesis de la sesión anterior.

“En base a lo que se trabaje en la sesión anterior ... para conseguir ... (un objetivo determinado) era importante tomar en cuenta..., por lo anterior los aspectos que tenemos que considerar... y los pasos a seguir..., por tal motivo acordamos realizar los siguientes ejercicios durante la semana...”

2. Análisis y discusión de las “tareas de casa” o “ejercicios entre sesiones”

Mediante un feedback se comentan las dificultades y consecuencias, valorando la generalización y se emite el refuerzo discriminativo. Si la sesión es en grupo se recomienda que los demás pacientes den sus opiniones.

3. Presentación de los objetivos y de los contenidos nuevos.

Se comienza introduciendo la habilidad o estrategia a aprender explicando los objetivos que se persiguen, las ventajas de utilizarla y los pasos cognitivo-conductuales a seguir. El terapeuta explica por qué se ha seleccionado dicha habilidad o estrategia y cómo conseguir incluirla en el repertorio conductual.

4. Puesta en funcionamiento de las estrategias y técnicas necesarias para conseguir el objetivo programado.

Se realizan modelados (terapeutas), ensayos conductuales y ensayos imaginados. También se realiza un análisis de las situaciones representadas o imaginadas: ¿qué ocurre?... ¿cómo se siente en dicha situación?... ¿qué piensa?... ¿qué consecuencias tiene el pensar eso?...cada ensayo es seguido por feedback.

5. Síntesis y Conclusiones.

Se subrayan las ideas principales y la parte más relevante de los contenidos.

Asignación de “tareas para casa” a realizar durante la siguiente semana.

Sesiones informativas.

El objetivo principal de las sesiones es informar a los participantes sobre los aspectos médicos, psicológicos y contextuales que inciden en la aparición, evolución y presencia temprana de complicaciones de las enfermedades metabólicas, así como las estrategias a seguir para el control de las mismas (técnicas en las que se les entrena a lo largo del programa). El abordaje de las sesiones se realiza desde tres puntos de vista:

1º. Desde el punto de vista médico: el objetivo principal es la explicación de los conceptos que caracterizan a cada una de las enfermedades metabólicas y sus complicaciones, así como las conductas y factores de riesgo que comparten dichas enfermedades, para tal propósito se sugiere emplear la información contenida en las tablas 2 y 3. Una vez que se ha establecido la

relación que existe entre las enfermedades se aborda la manera de regularlas, controlarlas y por último es importante explicar sobre los diferentes modos de tratamiento.

2º. Desde el punto de vista psicológico: el objetivo principal es explicar trastornos psicológicos como la ansiedad, el estrés, depresión, entre otros, así mismo se exponga la importancia de los estilos de vida en los procesos de salud-enfermedad haciendo énfasis en como los trastornos psicológicos antes mencionados y los estilos de vida influyen de manera determinante en la aparición, evolución y complicaciones de las enfermedades metabólicas, además se da la información sobre las distintas etapas del tratamiento, enfatizando la función de cada etapa y las técnicas concretas del tratamiento.

3º. Desde el punto de vista nutricional: el objetivo principal es enfatizar mediante una explicación la importancia de una buena alimentación para mantener un óptimo estado de salud y la manera en la que nuestros hábitos alimenticios influyen en la aparición, evolución y complicaciones de las enfermedades metabólicas.

4º. Desde el punto de vista de la actividad física: el objetivo principal es puntualizar la importancia de establecer y mantener una adecuada rutina de ejercicios para lograr un óptimo estado de salud, diseñada de acuerdo a las características de cada uno de los pacientes.

En esta fase del programa también es fundamental que se fomente en los pacientes la responsabilidad que tiene cada uno en el proceso de la enfermedad. Se puede comenzar dando un panorama general sobre la incidencia de las enfermedades metabólicas como resultado de los cambios en los estilos de vida de los individuos. Es de gran ayuda que los pacientes comenten sobre lo anterior a través de ejemplos. Así mismo es de vital importancia que a lo largo de las sesiones se aborden cuestiones referentes a la influencia del medio en los pacientes y viceversa. También y en base a los resultados que arrojaron las pruebas de la batería de evaluación se analicen las repercusiones que a corto, medio y largo plazo el estrés, la ansiedad, la depresión y las dificultades en las habilidades sociales tiene sobre las enfermedades metabólicas. En general, en las sesiones se debe resaltar la responsabilidad del paciente en la enfermedad, la manera en que nuestro comportamiento influye en nuestro cuerpo y estado de salud.

Tabla 2. Conductas y factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentar complicaciones

Enfermedad	Conductas de riesgo	Factores de riesgo	Complicaciones
Obesidad	Hábitos alimenticios inadecuados. Sedentarismo. Tabaquismo. Manejo inadecuado del estrés y ansiedad. Dificultades en habilidades sociales.	Presión arterial alta. Alto nivel de triglicéridos y colesterol. Antecedentes heredofamiliares	Enfermedades cardiovasculares. Diabetes Mellitus. Resistencia a la insulina. Dislipidemia. Hipertensión arterial Insuficiencia renal Cáncer
Hipertensión arterial	Ingesta de alcohol. Sedentarismo. Tabaquismo. Dieta hiperosmótica e inadecuados hábitos alimenticios. Manejo inadecuado del estrés.	Colesterol elevado. Obesidad/sobrepeso. Etnia Antecedentes heredofamiliares	Enfermedades coronarias. Accidentes vasculares Diabetes mellitus Glaucoma y Retinopatía
Diabetes mellitus	Sedentarismo. Tabaquismo. Hábitos alimenticios inadecuados. Alcoholismo. Multiparidad. Manejo inadecuado del estrés y de la ansiedad. Dificultad en habilidades sociales.	Obesidad/sobrepeso. Presión arterial alta. Alto nivel de triglicéridos. Alto nivel de colesterol. Diabetes gestacional Etnia Antecedentes heredofamiliares	Enfermedad coronaria. Accidentes cardiovasculares. Dislipidemia. Hipertensión arterial. Obesidad/sobrepeso. Insuficiencia renal Pérdida de la vista Pie diabético (amputaciones) Neuropatías
Enfermedades Cardiacas.	Tabaquismo. Sedentarismo. Hábitos alimenticios inadecuados. Manejo inadecuado del estrés y ansiedad.	Colesterol y triglicéridos elevados. HDL (colesterol de alta densidad) disminuido Resistencia a la insulina. Presión arterial alta. Obesidad/sobrepeso. Antecedentes heredofamiliares	Angina de pecho. Infarto miocárdico. Fallo cardíaco congestivo. Hipertensión arterial. Trastornos cardiovasculares.
Síndrome metabólico	Tabaquismo. Sedentarismo. Hábitos alimenticios inadecuados. Manejo inadecuado del estrés y ansiedad. Dificultad en habilidades sociales.	Presión arterial alta. Alto nivel de colesterol y triglicéridos. Resistencia a la Insulina Obesidad central HDL (colesterol de alta densidad) disminuido Intolerancia a la glucosa o diabetes	Enfermedades cardiovasculares. Enfermedades cerebrovasculares. Diabetes mellitus. Hiperuricemia Síndrome de ovarios poliquísticos Hipertensión arterial Acanthosis nigricans

Tabla 3. Relación entre conductas y factores de riesgo de las enfermedades metabólicas.

Enferm. Metabólicas	Factores de riesgo Inherentes			Conductas de riesgo				Factores de riesgo tradicionales			
	edad	género	Historia Familiar	Hábitos alimenticios inadecuados	Sedentarism o.	Tabaquismo.	Ingesta de Alcohol.	Obesidad /sobrepeso.	Presión arterial alta	Triglicérid os.	Coles terol
Obesidad	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Hipertensión arterial	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Diabetes Mellitus.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Enferm. Cardiacas.	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Síndrome Metabólico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tabla 4. Conductas de riesgo emocionales.

Enfermedades metabólicas.	Depresión.	Ansiedad.	Manejo inadecuado del estrés.	Habilidades sociales.
Obesidad	X	X	X	X
Hipertensión arterial.		X	X	
Diabetes Mellitus.	X	X	X	X
Enfermedades Cardiacas.	X	X	X	
Síndrome Metabólico.	X	X	X	X

A continuación se presentan las estrategias de intervención que mediante técnicas cognitivo-conductuales proponen alternativas en los pacientes para la modificación de conductas de riesgo.

Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.

Posteriormente se lleva a cabo el entrenamiento en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. El desarrollo del entrenamiento es mediante la adaptación de Reynoso y Seligson (2001) a la técnica de Jacobson. Este entrenamiento tiene una duración de 4 sesiones de hora y media cada una y con una periodicidad semanal, cabe señalar que el entrenamiento debe ser complementado con actividades a realizar en casa. En las tres primeras sesiones se entrena a los pacientes en la relajación de una serie de grupos musculares, por medio de ejercicios de tensión-relajación. En cada sesión se entrena uno de los siguientes grupos musculares: extremidades superiores, área facial, cuello y hombros; tórax, abdomen; extremidades inferiores, siguiendo ese orden. Para llevar a cabo dicho entrenamiento se debe sentar a la persona en una silla o sillón cómodo. El terapeuta comienza dando una breve explicación sobre que es la relajación muscular progresiva y a continuación se deben dar las siguientes instrucciones:

- Apriete muy fuertemente su mano izquierda. Con la mano derecha toque el grado de tensión de su antebrazo ¿Nota usted esa tensión?
- Ahora, extienda su mano izquierda sobre el abdomen. Toque con la mano derecha su antebrazo izquierdo. ¿Nota la diferencia?

Para poder iniciar la relajación es necesario que usted se encuentre calmado(a), tranquilo(a) y sin que le molesten.

Piense por favor en una escena agradable. Usted está sentado en una región boscosa, hay una cascada de agua cristalina, la temperatura es agradable, le permite a usted estar acostado(a), respirando aire puro, no hay más sonidos que los cantos de las aves...

- Ahora, respire tranquilamente. Meta aire a sus pulmones con gran profanidad. Cada vez que expulse el aire de sus pulmones intente decir relax. ¡Vamos!

Inspire profundamente, suelte el aire. Continúe respirando así, hondo, hondo...

Iniciaremos este procedimiento trabajando cambios de tensión muscular desde los pies hasta la cabeza.

¿Está usted listo(a)? Siga respirando profundamente...

Va a contraer los dedos de los pies, como si quisiera sostener algo con los dedos de los pies...

Sostenga esa posición mientras respira hondo muy hondo...

Afloje los dedos de los pies, extienda los talones y contraiga fuertemente las pantorrillas...

Sostenga esa posición mientras respira hondo muy hondo.

¿Tiene sensación de que le pesan los pies?

Afloje las piernas; siga respirando, meta mucho aire...ahora arrójelo...

En este momento va a contraer los muslos, fuertemente. ¡Sostenga esa contracción!

Siga respirando profundamente...

Ahora relaje los músculos de los muslos. Siga respirando profundamente.

Ahora contraiga fuertemente los glúteos y apriételes. Siga respirando profundamente...

Ahora relaje sus glúteos...

La relajación va subiendo la sensación de calor va subiendo desde los pies.

Ahora contraiga los músculos del abdomen.

¡Sostenga esa contracción!

Relaje sus músculos abdominales, mientras sigue respirando profundamente...

En este momento contraerá los músculos de la espalda, acomódese...

A continuación contraerá los músculos de los brazos, extendiéndolos fuertemente

¡Sostenga esa contracción!

Afloje y... siga respirando profundamente...

Ahora trabajaremos con los músculos del cuello; levante los hombros, tense los músculos del cuello, sostenga esa posición un momento.

Afloje los músculos del cuello.

Cierre fuertemente los ojos.

¡Sosténgase!, siga respirando...

RELÁJESE...Siga respirando profundamente...

Deje que la lengua tome un lugar fuera de la boca...

En este momento si siguió las instrucciones, se encuentra completamente relajado.

¿Disfrutó de la relajación?

¿Se siente descansado y calmado?

Una vez que se ha trabajado con todos los músculos del cuerpo se le pide al participante que siga con un ritmo de respiración calmado, posteriormente en forma lenta vaya abriendo los ojos e incorporándose a la situación, se debe estar pendiente de que el participante se incorpore de buena manera aclarando cualquier tipo de dudas que se puedan presentar. Asimismo se hace hincapié en que dicho procedimiento puede ser puesto en marcha por el participante en cualquier momento que lo requiera, por supuesto siempre y cuando cuente con las condiciones necesarias, es recomendable recalcarle al participante que no debe desesperar porque el ejercicio al principio requiera de la relajación y tensión de todos los grupos musculares puesto que una vez que se vaya desarrollando su habilidad el número se irá reduciendo de manera significativa una vez que pueda identificar los grupos musculares específicos a trabajar.

Entrenamiento en la inoculación del estrés.

En seguida se da comienzo al entrenamiento en la inoculación del estrés. Esta fase del tratamiento tiene una duración de 3 sesiones con duración de hora y media y una periodicidad semanal. Las técnicas que se emplean implican la preparación cognitiva del paciente, la adquisición y el ensayo en habilidades necesarias y la puesta

en práctica de las mismas. Los componentes de esta preparación cognitiva incluyen el que los pacientes identifiquen a las personas y las situaciones que precipitan el enojo y el estrés. Se enseña al paciente un conjunto de habilidades de afrontamiento con el fin de capacitarlo de una manera más efectiva en las situaciones estresantes (Linn y Garske, 1998).

Para que el paciente pueda identificar de una manera sencilla mediante un lenguaje coloquial alguno de los síntomas más frecuentes que se presentan cuando hay estrés, se le mencionan y entrega un cuestionario para consultar cada vez que tenga dudas con tal fin se ha retomado la lista de síntomas de Reynoso y Seligson (2001). El participante podría tener estrés cuando sienta que:

- El corazón late más aprisa.
- El corazón le late más fuerte e incluso puede escuchar sus latidos.
- Sus manos y pies están fríos aunque el día no esté frío.
- Le sudan las manos.
- Le tiemblan las manos o las piernas.
- Tiene dolores en algunas partes del cuerpo, como la espalda o el cuello.
- No tiene buena digestión, o tiene agruras o diarrea.
- Tiene miedo, pánico o ansiedad.
- Se siente irritable.
- Falta de concentración.

Es importante explicar al paciente que hay que tener en cuenta que existen una serie de síntomas muy característicos que se presentan en el estrés, para lo anterior se recomienda revisar junto con el paciente los siguientes síntomas, discutir y aclarar dudas, también comentarle que el estrés es común en todas las personas, pero si conoce los síntomas puede detectarlo y manejarlo antes de cause mayores problemas.

Reestructuración cognitiva.

El razonamiento teórico que se encuentra en esta técnica se basa en que el afecto y la conducta de un individuo están determinados por la forma en que éste construye el mundo. De acuerdo con Linn y Garske (1998) está diseñada para ayudar al paciente a identificar, contrastar con la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales. El terapeuta entrena al paciente a identificar los pensamientos automáticos autoderrotistas para que posteriormente los reemplace por pensamientos y conductas más objetivas, auto-estimulantes y dirigidas a la resolución de problemas. Se pretende hacer consciente al paciente sobre el efecto que los pensamientos y sentimientos negativos tienen sobre su conducta y a aprender a sustituirlos por pensamientos, sentimientos y conductas adecuadas.

De acuerdo a lo planteado por Goldfried (1975; en Fontaine, 1981) la reestructuración cognitiva comprende cuatro etapas:

1ª. Presentación del tratamiento: el terapeuta sin discutir el problema con el paciente, explica de manera explícita mediante ejemplos sencillos la manera en que las "ideas preconcebidas" pueden determinar o modificar los sentimientos y las conductas. Lo importante es que el terapeuta haga énfasis en que en la mayoría de las ocasiones dichas ideas se han convertido en un proceso automático.

2ª etapa: una vez que el paciente ha asimilado correctamente el principio general del método, el terapeuta examina conjuntamente con el paciente las principales disonancias cognitivas que se pueden encontrar. Se recomienda que en este momento el paciente ponga ejemplos de distorsiones cognitivas que ha identificado en otras personas o en el mismo.

3ª etapa: es aquella en la que el terapeuta explica en términos racionales las dificultades del paciente. El terapeuta intenta con el paciente identificar las distorsiones que aparecen en sus palabras.

La fase final consiste en proponer al paciente que practique dicho análisis en las diferentes circunstancias de su vida cotidiana.

Solución de problemas.

Es un componente del entrenamiento en la inoculación del estrés que con más frecuencia se utiliza. Para el entrenamiento en solución de problemas se emplea la estrategia de D'Zurilla y Golfried (1971) es un modelo de resolución de problemas que se compone de 5 habilidades u operaciones:

1. Orientación general (predisposición para resolver problemas). La primera fase está diseñada para fomentar la predisposición a resolver los problemas, lo que incluye:

- Que el paciente identifique y reconozca una situación problemática cuando ésta ocurre.
- El paciente debe trabajar en aceptar la idea de que en la vida la presencia de problemas es normal e inevitable.
- El desarrollo por parte del paciente de la expectativa de la capacidad que posee para resolver los problemas de manera eficaz.

El terapeuta explica al paciente a grandes líneas el método y le muestra a través de ejemplos sencillos que las situaciones en que tiene que resolverse algún problema son frecuentes y forman parte de la vida normal de todos. Se trata de reconocer la presencia de problemas, de afirmar que existe una solución adecuada al problema y que es necesario evitar a toda medida el no solucionar el problema o el buscar solucionarlo de manera impulsiva. Adquirir conciencia del hecho de que un problema a resolver se plantea en un momento dado, es decir, que es tan evidente como parece, ya que muchas veces nos damos cuenta solamente de manera indirecta por el malestar que ocasiona la indecisión.

2. Definición y formulación del problema.

La segunda fase se centra en la definición y resolución del problema, se trabajan cuatro componentes:

- El paciente reúne toda la información disponible acerca del problema, mediante una descripción de manera (clara, específica y concreta).

- Se desarrolla la capacidad del paciente para diferenciar la información relevante de la irrelevante sobre el problema, así como los hechos objetivos de las interpretaciones no verificadas.
- Identificar los factores o circunstancias que hacen problemática la situación.
- Establecer un objetivo realista en la resolución de problemas.

Las situaciones problemáticas la mayoría de las veces no están necesariamente definidas de manera clara. El examen funcional que se elabora es interesante tanto por las reacciones emocionales que el paciente tiene como por las situaciones que las producen. Lo ideal es que al final de la segunda etapa el problema quede claramente definido.

3. Generación de alternativas.

La tercera fase incluye la creación y evaluación. El paciente a través de la técnica de brainstorming (lluvia de ideas) debe ser estimulado a imaginar y considerar cómo podrían responder otros si se les presentase una situación problemática similar. El paciente tiene que liberarse de todo juicio de valor respecto a las soluciones que proponga. El terapeuta y el paciente evalúan los pros y contras de cada solución propuesta y ordenan las soluciones dando puntuaciones de la menos práctica hasta la más práctica y deseable. Cuantas más soluciones se propongan más posibilidad hay de evocar las soluciones adecuadas.

4. Toma de decisiones.

En la cuarta fase a partir de una lista de posibles soluciones el paciente examina de manera crítica cada una de ellas. Cuáles son sus posibilidades objetivas para escoger con grandes posibilidades de éxito una determinada solución en vez de otra, cuáles pueden ser las consecuencias a nivel personal, social o a corto y largo plazo. Una vez que se ha seleccionado una solución con la ayuda del terapeuta se busca la mejor estrategia para obtener el resultado deseado.

5. Verificación (la evaluación del resultado de la solución seleccionada en la vida real).

La fase final supone que el paciente ponga a prueba la solución más aceptable y factible, si el entrenamiento en la solución de problemas se desarrolla a nivel cognitivo, el siguiente paso es la aplicación in vivo de la solución escogida y de la estrategia seleccionada. Se prepara al paciente para esperar fracasos, pero también para premiarse a sí mismo por haberlo intentado. En este momento el terapeuta continúa ayudando al paciente, si la solución se muestra inadecuada o parcialmente adaptada o si se enfrenta a una dificultad inesperada a examinar otra solución a base del mismo esquema.

Manejo de la ansiedad.

De acuerdo con Cía (2002) la ansiedad es vivida como una emoción de tonalidad displacentera, sin causa aparente y dirigida al porvenir. Se trata de un sentimiento de aprensión y una expectativa permanente ante la posibilidad de que ocurra algo grave. De tal manera que la ansiedad se exterioriza en la mayoría de las ocasiones con inquietud y desasosiego aunado a manifestaciones físicas que van desde síntomas cardiovasculares y respiratorios hasta sensaciones de mareo y temblor.

Desensibilización Sistemática.

La desensibilización sistemática se utiliza cuando un paciente tiene la capacidad para responder de manera adecuada a una situación específica(s), y sin embargo reacciona con ansiedad, temor o evitación. Desarrollada por Wolpe (1958) la desensibilización sistemática es una técnica empleada para reducir la ansiedad basándose en el supuesto de que no se puede estar relajado y ansioso al mismo tiempo. Por lo tanto, el objetivo es enseñar a los pacientes a relajarse, para así mientras se encuentran en el estado de relajación, se introduzcan de manera gradual estímulos que al paciente le producen ansiedad. Buscando que en un momento dado el paciente se desensibilice ante los estímulos productores de ansiedad, puesto que los ha experimentado mientras se encontraba en un estado de relajación (Phares y Trull, 1999). La técnica de Wolpe consta de 3 tipos de operaciones:

1. establecer jerarquías de estímulos ansiógenos con relación a una situación específica.
2. elegir y adquirir de una “respuesta de no ansiedad” supuestamente antagónica.
3. desensibilizar de manera sistemática por inhibición recíproca, lo que implica la fase activa del tratamiento.

El terapeuta analiza conjuntamente al paciente las diversas situaciones que le producen ansiedad preguntándole acerca de lo que sucede cuando se encuentra en dichas situaciones. El terapeuta clasifica las situaciones mediante una jerarquización partiendo de la menos ansiógena hasta la que se presenta como intolerante para el paciente.

En la siguiente etapa, se le enseña al paciente una respuesta incompatible con la ansiedad. Esta puede obtenerse por medio de la relajación progresiva de Jacobson, al paciente así relajado se le pide que evoque de la manera más viva posible la imagen relativa al ítem que evoca menos ansiedad de la lista de la jerarquía. Una vez que ha conseguido evocar una situación sin presentar una reacción emocional, es el momento oportuno para pasar al siguiente ítem de la lista jerárquica y así sucesivamente hasta llegar a la situación que esta colocada como la situación que más ansiedad genera.

Terapia cognitiva para el manejo de la depresión.

Beck (2002) señala la hipótesis de que los trastornos psicológicos, como en este caso la depresión, son el resultado de la manera en que las personas han llegado a pensar de sí mismos. Por lo tanto, se supone que hay pensamientos contraproducentes típicos o distorsiones cognitivas que caracterizan a la persona deprimida.

El método cognoscitivo de la depresión enfatiza el papel de las ideas deprimentes, reconociendo también una gran serie de síntomas adicionales de

depresión. Entre éstos se encuentran el estado de ánimo triste y sombrío, cierta dificultad para conciliar el sueño, pérdida del apetito, sensación de impotencia, falta de satisfacción, dificultad para tomar decisiones, y en general una imagen de sí mismo negativa. Para Beck (2002) las personas se sienten deprimidas por la evaluación que han realizado de sí mismos ya que es inadecuada e interpretan de manera equivocada los acontecimientos que se producen en su vida como una confirmación de la imagen negativa de sí mismos. Por lo anterior es fundamental que la persona deprimida pueda reconocer los pensamientos y las autoevaluaciones negativas y sustituirlos por pensamientos que estén más apegados a la realidad.

El primer paso del tratamiento es una evaluación de los pensamientos negativos que están influyendo al paciente. Generalmente los pensamientos negativos de las personas deprimidas son concernientes a:

- ideas negativas respecto del mundo.
- Pensamientos negativos acerca de sí mismos.
- Percepciones negativas del futuro.

Estas tres áreas de interés reciben el nombre de tríada negativa. En el primer componente de la tríada el paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico, tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. El segundo componente de la tríada se centra en la tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa. Le parece que le mundo le hace demandas exageradas y/o presenta una infinidad de obstáculos imposibles de superar para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interrelaciones con el medio en términos de derrota o frustración. El tercer componente se centra cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente.

En seguida, el terapeuta dirige al paciente para reflexionar sobre los pensamientos que pasan por su mente mientras se presentan acontecimientos

penosos. En esta etapa, se instruye al paciente para que sustituya sus pensamientos negativos por otros más exactos y positivos. Una técnica eficaz para este proceso es la de la doble columna, se le pide al paciente que registre en una hoja los pensamientos negativos automáticos en la primera columna y los pensamientos corregidos en la segunda columna (Beck, 2002).

De acuerdo con Kendall (1998) en la siguiente etapa se requiere la colaboración del terapeuta-paciente para identificar problemas y obtener datos para poder establecer una lógica y racionalidad de los pensamientos y creencias del paciente. Este momento es oportuno para enseñar al paciente la técnica de la autovigilancia, vista como una aptitud para poder registrar sus pensamientos y sentimientos. Durante la programación de actividades y tareas graduales, el terapeuta hace que el paciente vigile por sí mismo sus pensamientos. Dichos pensamientos los puede anotar en un registro de pensamientos alterados, es una forma de registro que se le proporciona al paciente para que lleve cuenta de las situaciones, los pensamientos y los sentimientos que presenta en un momento determinado. En sesiones posteriores juntos evalúan las experiencias cotidianas registradas de manera más lógica y racional que como solía hacerlo el paciente, y en el proceso se le enseña al paciente nuevas aptitudes cognitivas para evaluar las situaciones futuras.

Habilidades sociales.

La calidad de las relaciones que establecemos con los demás es un aspecto esencial para la efectividad del funcionamiento humano. De hecho, se estima que pasamos gran parte de nuestro tiempo estableciendo relaciones sociales ya sea con una sola persona o con una gran variedad de grupos. Además si consideramos que en la actualidad existe un gran nivel de competitividad entre individuos y grupos puesto que los individuos nos encontramos en un constante crecimiento, cambio, aprendizaje a través de la interacción con el medio es que se debe centrar la atención en las conductas y capacidades positivas de los individuos y sus potencialidades (Ríos, 2002).

Las habilidades sociales son definidas por Caballo (1987; en Ríos, 2002) como “ la conducta socialmente habilidosa ese conjunto de conductas (componente conductual) emitidas por un individuo en un contexto interpersonal (componente personal) que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación (componente contextual), respetando esas conductas en los demás y, que normalmente resuelve los problemas más inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

Debido a que todo individuo es un ser social es influido por una gama de factores sociales que favorecen la emisión de ciertos patrones de comportamiento incluso en algunos casos inhibiendo aquellos que pudieran ser los más beneficiosos para un desarrollo adaptativo. Es aquí donde entra la teoría del aprendizaje social centrándose en la conducta vista como, la actividad que realiza una persona en un ambiente social, donde el tipo y la frecuencia de un patrón específico de respuesta social, de respuestas de estímulos emocionales y de la percepción del propio comportamiento son resultado de operaciones de los mismos principios de aprendizaje que de manera gradual modulan el comportamiento junto con las condiciones biológicas y sociales. Bandura (1997; en Ríos, 2006) plantea que los aspectos conductuales y cognitivos se encuentran fuertemente relacionados en la intervención, puesto que el impacto terapéutico de los procedimientos conductuales es mediado por alteraciones a nivel cognitivo.

Las habilidades sociales son comportamientos que los individuos realizan en situaciones sociales específicas, son un conjunto de respuestas con las cuales se busca responder a las demandas del medio. Ríos (2006) señala que dichas habilidades constan de tres componentes: cognitivos (lo que piensa), motores (la ejecución) y fisiológico (sudoración, nerviosismo, temblor, tartamudeos, etc.) y las respuestas resultado de las emociones que acompañan a las interacciones sociales.

De acuerdo con Ríos (2002) en la etapa de la adolescencia, los amigos de la misma edad y aún mayores juegan un gran papel como modelos y son una importante fuente de reforzamiento durante este periodo de la vida. Y es precisamente, en esta

etapa que toma gran relevancia ya que los individuos de esta población pasan por una serie de reajustes biológicos, psicológicos y sociales que propician que un joven entre a desempeñar un nuevo papel de interacción. Por otro lado, hay evidencia sobre la importancia del contexto social para el desarrollo de las habilidades sociales puesto que la conducta puede ser determinada por las características sociales, económicas y culturales en las que se desenvuelve el individuo por tal motivo es que hay que considerar la influencia que representa el medio ambiente en la formación del comportamiento tanto a nivel social como integral. En base a lo anterior los adolescentes y jóvenes socialmente hábiles cuentan con herramientas más adecuadas para lograr una integración funcional de sus necesidades y deseos, de sus ideales y de las exigencias del medio. Por las razones anteriores es necesario que el individuo este inmerso en un aprendizaje continuo para facilitar el seguimiento de las habilidades que lo hacen ser socialmente hábil.

Diversas investigaciones han demostrado la relación entre las habilidades sociales y otros problemas, entre ellos destacamos a Rojas y Gaona (1999; en Ríos, 2006) que encontraron relaciones significativas entre las habilidades sociales y diversos problemas de salud y conducta.

Es claro que en el desarrollo de la enfermedad se presentan una serie de cambios físicos, emocionales y cognitivos que repercuten en la evolución de la patología determinando el nivel de calidad de vida del paciente en el transcurso de la enfermedad, del tratamiento y en la posterior aparición de las complicaciones, por tal motivo el presente programa propone una serie de técnicas para brindar al participante las herramientas necesarias que le permitan desarrollar las habilidades sociales para el manejo adecuado y socialmente aceptado de las emociones. Asimismo pretende brindar las habilidades necesarias para que el adolescente y adulto joven diagnosticados con una enfermedad metabólica enfrente de manera adecuada las complicaciones propias de cada enfermedad y haga frente a los retos impuestos en su tratamiento.

Con tal propósito se han retomado de la lista de habilidades sociales de Ríos (2002) las que a nuestro parecer brindan al paciente las herramientas necesarias para

enfrentar de manera adecuada lo concerniente a su enfermedad y tratamiento, que se dividen en las siguientes áreas:

1. Inicio (escuchar, iniciar, mantener y terminar una conversación; preguntar, agradecer y hacer cumplidos).

2. Avanzadas (pedir ayuda, trabajar en grupo, dar y seguir instrucciones; disculparse y convencer a otros).

3. Para manejar sentimientos (conocer los propios sentimientos, permitir que otros conozcan sus sentimientos, entender los sentimientos de otros, mostrar afecto, encarar el miedo y autovalorarse).

4. Alternativas a la agresión (negociar, autocontrolarse, defender sus derechos, afrontar la burla, evitar problemas y peleas).

5. Para encarar el estrés (reclamar asertivamente, expresión de opiniones honestas ante los logros de otros, encarar la vergüenza, resistir a la persuasión, encarar la frustración, afrontar el fracaso, aclarar un mensaje confuso, expresar opiniones, resistir a la presión del grupo).

6. Planeación (motivación en actividades nuevas, discriminar problemas, lograr una meta, conocer sus capacidades, obtener información, establecer capacidades, tomar decisiones y planear antes de actuar).

Cabe mencionar que el entrenamiento en habilidades sociales se programa de acuerdo a las habilidades que en la evaluación resultaron ser inadecuadas en el participante siendo éstas en las que se pondrá énfasis en el entrenamiento.

Para la enseñanza de las habilidades sociales en este programa retomamos el paquete instruccional del Aprendizaje Estructurado de Goldstein (1977; en Ríos, 2006) definido como la enseñanza de las conductas específicas que el individuo de manera consciente requiere a través de un procedimiento planeado y sistemático para lograr un adecuado y satisfactorio funcionamiento en contextos interpersonales. El Aprendizaje estructurado está conformado por cuatro técnicas conductuales:

- Modelamiento: técnica que consiste en dar al participante un modelo que represente la habilidad a entrenar con el propósito de que los participantes

se familiaricen con los elementos verbales y no verbales que requiere la emisión de la habilidad.

- **Ensayo conductual:** es la práctica conductual de manera sistemática de la habilidad entrenada, a lo largo del entrenamiento los participantes (actor principal y coautor) representan los componentes de la habilidad observada en el modelo, para este procedimiento es muy importante que cada habilidad sea dividida en los componentes (verbales, no verbales y paralingüísticos).
- **Retroalimentación:** es una técnica que permite a los participantes retroalimentar al actor principal respecto a la emisión de la habilidad entrenada, consiste en dar sugerencias del ensayo de la conducta para que ésta se vaya perfeccionando.
- **Entrenamiento para la transferencia:** es la última técnica del paquete instruccional y consiste en la generalización de las habilidades adquiridas durante el entrenamiento a situaciones de la vida cotidiana.

Los objetivos generales del entrenamiento en habilidades sociales son:

- * Que el participante adquiera los conocimientos teóricos de las habilidades sociales y sus componentes (verbales, no verbales y paralingüísticos) que hemos retomado de Ríos (2006).
- * Dar a conocer al participante la importancia de contar con habilidades socialmente aceptadas.
- * Que el participante identifique las habilidades sociales y los componentes que las conforman.
- * Que a través de la generalización el participante pueda llevar a su vida cotidiana las habilidades que se aprendan en el taller.

Programa de actividades

Sesión	Técnica	Actividades	Material
1ª.	<p>Presentación</p> <p>Presentaciones Cruzadas.</p> <p>Conclusión</p>	<p>1. Explicar la temática a grandes rasgos del entrenamiento.</p> <p>2. Plantear los objetivos y explicar la forma de trabajo.</p> <p>3. Se forman parejas para que conversen sobre ellos durante 10 minutos, se pasa a la pareja al frente, un compañero se sienta en la silla mientras que el otro de pie lo describe como si fuera él y así sucesivamente con cada una de las parejas.</p> <p>4. Los participantes expresen sus expectativas del entrenamiento.</p> <p>5. El grupo de terapeutas dan el cierre.</p>	- sillas.
2ª.	<p>Introducción</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Exposición</p> <p>Papelógrafo</p> <p>Conclusión</p>	<p>1. El grupo de terapeutas da una breve explicación de los objetivos de la sesión.</p> <p>2. Los participantes deben mencionar las habilidades sociales que conozcan.</p> <p>3. Los terapeutas explican: ¿Qué son las habilidades sociales?, la importancia de ser socialmente hábiles.</p> <p>4. En equipos los participantes mediante el uso de recortes y dibujos deben representar qué son las habilidades sociales y la importancia de ser hábilmente sociales para después dar la explicación al resto de los compañeros.</p> <p>5. Los terapeutas dan el cierre.</p>	<p>- recortes</p> <p>- cartulina</p> <p>- pegamento</p> <p>- tijeras</p> <p>- marcadores</p>
3ª.	<p>Introducción</p> <p>Discusión de gabinete</p> <p>Exposición</p> <p>Conclusión</p> <p>Tarea</p>	<p>1. El grupo de terapeutas da los objetivos de la sesión.</p> <p>2. En equipos se les entrega una lista con las habilidades sociales y se les pide que escriban su significado, posteriormente cada equipo lee en voz alta algunos de los significados de las habilidades.</p> <p>3. Los terapeutas dan una retroalimentación con la definición exacta de cada una de las habilidades que conforman la lista.</p> <p>4. El grupo de terapeutas dan el cierre.</p> <p>5. Actividades para casa (los participantes realizarán un collage en el que expliquen el significado de 5 habilidades sociales).</p>	- lista de las habilidades sociales
4ª.	<p>Introducción</p> <p>Estudio de casos</p> <p>Conclusión</p>	<p>1. Los terapeutas dan una breve explicación de la sesión.</p> <p>2. Cada uno de los participantes va a seleccionar de la lista de habilidades sociales las que considera posee y las que aún no ha adquirido, posteriormente leen la lista en voz alta.</p> <p>3. En equipos se les entrega una historia de la que puedan sacar las habilidades sociales que poseen y no poseen los personajes, después lo leerán al resto del grupo.</p> <p>4. Cada participante debe seleccionar 3 habilidades de cada área para el entrenamiento.</p> <p>5. El grupo de terapeutas da el cierre.</p>	<p>- lista de las habilidades sociales</p> <p>- historia impresa para cada equipo.</p>

5 ^a .	<p>Introducción</p> <p>Afiche</p> <p>Conclusión</p>	<p>1. Los terapeutas dan una breve explicación de los objetivos de la sesión.</p> <p>2. El grupo de terapeutas explica los componentes verbales, no verbales y paralingüísticos de cada habilidad.</p> <p>3. En equipo los participantes realizan un cartelón en el que describan los componentes de cada una de las habilidades, para que dicho afiche sea colocado en el salón.</p> <p>4. Los participantes escribirán una situación problema para cada habilidad que seleccionaron.</p> <p>5. Los terapeutas dan el cierre.</p>	
6 ^a , 7 ^a , 8 ^a , 9 ^a , 10 ^a , 11 ^a , 12 ^a , 13 ^a , 14 ^a , 15 ^a ,	<p>Introducción</p> <p>Modelamiento</p> <p>Ensayo conductual</p> <p>Retroalimentación</p> <p>Conclusión</p> <p>Transferencia</p>	<p>1. El grupo de terapeutas introduce el tema a tratar en la sesión.</p> <p>2. Se lleva a cabo la representación de las habilidades escritas por los participantes tal y como las describieron.</p> <p>3. Una vez terminada la actividad a manera de retroalimentación los compañeros dan comentarios al compañero (actor principal) respecto la actuación.</p> <p>4. El grupo de terapeutas realiza la representación de la habilidad que describieron los participantes, actuando como modelos del comportamiento adecuado para la situación representada, al finalizar los terapeutas señalan los componentes (verbales, no verbales y paralingüísticos) de las habilidades expuestas en la situación.</p> <p>5. A manera de ensayo conductual los participantes representan la situación escenificada empleando las habilidades y los componentes que fueron mostrados en la representación de los terapeutas.</p> <p>6. El grupo de terapeutas y los compañeros deben dar sugerencias a los actores que representaron la situación a manera de retroalimentación.</p> <p>7. El grupo de terapeutas da el cierre.</p> <p>8. Se propone a los participantes que intenten poner en práctica lo aprendido en la sesión en las actividades de su vida cotidiana, para que al inicio de la siguiente sesión mediante una dinámica los participantes describirán su experiencia llevando a la práctica lo aprendido en las sesiones.</p>	
16 ^a .	<p>Introducción</p> <p>Post-evaluación</p>	<p>1. Los terapeutas introducen los objetivos de la sesión.</p> <p>2. Aplicación de la escala de habilidades sociales para adolescentes (EEHSA).</p>	<p>Escala de habilidades sociales (EEHSA)</p>
	<p>Introducción</p>	<p>1. El grupo de terapeutas da una breve introducción de los objetivos de la sesión.</p>	

Son múltiples las investigaciones sobre la eficacia de distintas intervenciones para abordar el incumplimiento terapéutico, a continuación se recomiendan las estrategias más indicadas para conseguir un adecuado nivel de adherencia al tratamiento.

La transmisión de información juega un papel fundamental en la adherencia terapéutica puesto que investigaciones han demostrado la eficacia de las intervenciones informativas/educativas, esto es a través del proceso de aprendizaje es orientado a que el paciente adopte de manera voluntaria la conducta más beneficiosa, tal selección se podrá llevar a cabo una vez que se le hayan ofrecido al paciente los medios adecuados para recibir información y principalmente que la reciban de los profesionales que le atienden habitualmente. En este proceso es muy importante que se tome en cuenta que la explicación tiene que ser lo más clara posible, sin usar demasiados tecnicismos, o si es necesario emplearlos explicándolos hasta asegurar que el paciente los entienda. Estas intervenciones tienen como objetivo mejorar el cumplimiento a través del aumento de conocimientos sobre su enfermedad, sus posibles complicaciones, el tratamiento, etc. Existe una infinidad de técnicas a emplear para realizar este proceso se puede echar mano de la entrega de información escrita si es el caso, se recomienda que el material que se entregue contenga la información más específica.

La transmisión de información parece necesaria, aunque no suficiente para modificar el comportamiento a la adherencia por lo tanto se debe de continuar informando al paciente, en términos de los beneficios del seguimiento del tratamiento más que en términos de riesgo del proceso.

Aunado a lo anterior, cuando el paciente cree que el tratamiento indicado incide de manera positiva en la evolución de su proceso, pero sobre todo cuando considera que dichos cambios son producto de su conducta, tomando una posición de responsabilidad sobre sí mismo, tiende a seguir dicho tratamiento con mayor adherencia. En esta etapa se recomienda el empleo de técnicas de refuerzo

conductual que sean encaminadas a mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso mediante técnicas de responsabilidad, autocontrol y refuerzo conductual, en este sentido son de gran utilidad estrategias como los contratos conductuales, la economía de fichas, autorregistros, llamadas telefónicas recordatorias y de seguimiento y actividades para realizar en casa.

Ante cualquier intervención y como normas generales, hay que tomar en cuenta que dado que hay que crear un ambiente adecuado para Sánchez (2005) es importante no culpabilizar al paciente, profundizar la relación terapeuta-paciente; puesto que dicha intervención puede ser realizadas por distintos profesionales, así mismo se debe buscar integrar dichas intervenciones en la práctica diaria, dado su origen multifactorial, no existe una intervención única sino que debe individualizarse en cada caso.

Evaluación postratamiento

Una vez finalizada la fase del tratamiento, con el fin de evaluar la eficacia del programa se lleva a cabo una segunda evaluación en la que se administra nuevamente el paquete de baterías que se aplicó al inicio del programa al paciente que ha dado termino al entrenamiento. Así mismo se deben tomar de nuevo las medidas que se evaluaron con el reporte médico entregado antes del inicio del tratamiento.

Seguimiento

La etapa de seguimiento tiene como propósito evaluar la eficacia del programa, de manera específica permite conocer la transferencia de las conductas que se han modificado con la adquisición de conductas saludables que a través del paquete de técnicas se añadieron al repertorio conductual del (os) participante(s) a sus actividades cotidianas, mostrando el grado de adherencia al tratamiento. La etapa de seguimiento se realiza a un mes de terminado el programa, posteriormente cada 3 meses hasta que se pueda llegar a un seguimiento de cada 6 meses, cabe señalar que la periodicidad del seguimiento se puede estipular de acuerdo a los resultados de cada uno de los participantes conforma el terapeuta lo considere conveniente.

Resultados

Puesto que el propósito de este reporte es la realización de una propuesta de programa de intervención cognitivo-conductual para modificar conductas de riesgo, no se realizó ninguna aplicación para buscar la validez y confiabilidad del programa, ya que son objetivos que no se plantearon, pero que en investigaciones futuras se podrían realizar. Sin embargo, con la aplicación de este programa se espera en general que los resultados que se obtengan muestren cambios en todas las variables analizadas en la dirección esperada. Así mismo se espera que las diferencias lleguen a ser estadísticamente significativas. Específicamente en primer lugar se espera que los cambios en las conductas de riesgo (sedentarismo, hábitos alimenticios inadecuados, tabaquismo, ingesta de alcohol) disminuyan de manera considerable como resultado de la aplicación de la serie de técnicas de entrenamiento que se proponen.

En cuanto a las variables psicológicas (ansiedad, estrés, depresión, dificultades en habilidades sociales) que como se menciono anteriormente juegan un papel fundamental en el establecimiento de conductas saludables que signifiquen el cambio de las conductas de riesgo y que conlleven a una mejor calidad de vida se esperaría que en relación al manejo adecuado del estrés que se trabajó mediante técnicas de reestructuración cognitiva y solución de problemas se presente un aumento en la confianza que los pacientes poseen en sí mismos a la hora de resolver problemas. En cuanto a la ansiedad, se esperaría apreciar descensos considerables en todos los niveles evaluados por el ISRA. Como resultado de la terapia de la depresión se esperaría que se encuentren descensos de manera significativa respecto a las ideas negativas sobre el mundo, que el paciente pudo haber manifestado tanto en la información recabada en la aplicación del Inventario de depresión de Beck como en lo obtenido en la entrevista, de la misma manera se esperaría que los pensamientos negativos acerca de sí mismo disminuyan al igual que las percepciones negativas del futuro. Respecto a los resultados obtenidos tras la aplicación del entrenamiento en habilidades sociales se espera un incremento en la adquisición de habilidades socialmente aceptadas que le permitan al individuo comportarse y hacer frente a las diferentes situaciones sociales que se le presenten de una manera más adecuada.

Podemos concluir que el tipo de terapia y las técnicas seleccionadas para ser empleadas en la intervención dependerán de los resultados obtenidos en la evaluación y de los problemas específicos de cada paciente en relación a los trastornos psicológicos. A pesar de lo anterior, tras la aplicación del programa se esperaría la obtención de cambios relevantes en la dirección esperada en las distintas dimensiones analizadas. Para evaluar la efectividad del programa es necesaria una etapa de seguimiento, en la que se valore la eficacia del programa. En definitiva se esperaría que los resultados obtenidos puedan confirmar la utilidad del programa de intervención cognitivo-conductual que ofrece un paquete de técnicas para brindar alternativas para la modificación de conductas de riesgo en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades metabólicas.

CONCLUSIONES

En la actualidad, se acepta que es mejor prevenir los problemas de enfermedad que curarlos. La prevención de conductas de riesgo en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades metabólicas es fundamental para retardar las complicaciones, es un hecho que se van a dar, lo que se pretende es que se presenten de manera retardada y que con eso los pacientes puedan llevar una mejor calidad de vida. Mediante la modificación de las conductas y factores de riesgo la evolución de la enfermedad será a un ritmo más lento pero sobre todo controlado, en el que con la adquisición de conductas de salud permita a los pacientes llevar estilos de vida más adecuados y que favorezcan condiciones como la adherencia a los tratamientos.

La intervención psicológica juega un papel fundamental puesto que, es el proceso que comprende un amplio conjunto de técnicas y procedimientos de evaluación y tratamiento empleados de manera selectiva y ajustada para cada individuo en particular. Por tanto, las estrategias terapéuticas que se consideren a utilizar no solamente varían según las diferentes clases de problemas conductuales que se traten, sino también varían dentro de cada clase de problemas específicos. Sin embargo, es importante que antes de poder establecer una estrategia de intervención se cuente con información acerca del paciente y de la meta que se busca alcanzar con la intervención, todo esto a través de una oportuna evaluación para así poder tomar decisiones correctas sobre el plan terapéutico a utilizar (Aragón y Silva, 2004).

El presente proyecto de tesis se deriva de la tercera parte del proyecto general "Patógenos conductuales como factor de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas en estudiantes de la FESI". El programa de intervención propuesto es psico-educativo tiene como objetivo el informar a los pacientes todo lo relacionado a la enfermedad, sus complicaciones y tratamiento para que posteriormente en la aplicación de las técnicas psicológicas el paciente adquiera habilidades que le permitan llevar una mejor condición de vida. Mediante la propuesta del programa se espera que la modificación de las conductas de riesgo muestren cambios en la dirección esperada. Es decir, se espera que las conductas de riesgo (sedentarismo,

hábitos alimenticios inadecuados, ansiedad, estrés, depresión, deficiencia en habilidades sociales) disminuyan de manera considerable.

El tipo de terapia y las técnicas empleadas en la intervención dependerán de los resultados obtenidos en la evaluación y de los problemas específicos de cada paciente en relación a los trastornos psicológicos. A pesar de lo anterior, tras la aplicación del programa se esperaría la obtención de cambios relevantes en la dirección esperada en las distintas dimensiones analizadas. En definitiva se esperaría que los resultados obtenidos puedan confirmar la utilidad del programa de intervención cognitivo-conductual que ofrece un paquete de técnicas para brindar alternativas para la modificación de conductas de riesgo en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades metabólicas.

Por lo tanto, se concluye que tras la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales propuestas en el programa psicoeducativo se brinden alternativas ya se de manera grupal o individual para modificar las conductas de riesgo de los adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades metabólicas para retardar lo más posible las complicaciones y así conseguir una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allueva, T. P. (2002). Desarrollo de habilidades metacognitivas: programa de intervención. España: Gobierno de Aragón. Departamento de Educación y Ciencia.
- Alonso, P. y Anto, J. M. (1995). La versión española del SF-36. Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Bar. 104, 771-776)*.
- Alpizar, S. M. (2001). Guía para el manejo de integral del paciente diabético. México: Manual Moderno.
- Aragón, L. E. y Silva, A. (2004). Evaluación psicológica en el área clínica. México: Pax México.
- Beck, T. A. (1998). Versión estandarizada del Inventario de Depresión de Beck para mexicanos. S., Méndez, L. y Villegas, E. Facultad de psicología. UNAM.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (2002). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Becoña, E. Vázquez, F. & Oblitas, L. (2004). "Promoción de los estilos de vida saludables". En Investigación en Detalle Número 5. [Versión electrónica]. ALAPSA. Bogotá. Recuperado el 15 marzo 2007. Disponible en Internet [URL:http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm](http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm).
- Becoña, Vázquez & Oblitas (1995). Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud. *Psicología Contemporánea*, 2, 100-111.
- Beneit, M.P. En: Latorre, J. Beneit, P. (1981). Psicología de la salud. Buenos Aires: Lumen.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). Psicología de la salud. Madrid: Thomson Learning.
- Buela-Casal, G; Fernández, L. y Carrasco, T. (1997). Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de intervención. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Calles, E. J. Diagnostico y clasificación de la Diabetes Mellitus. En: Gómez Pérez, J. F. (1999). Avances en Diabetes. México: Corporativo Intermédica.
- Cía. H. A. (2002). La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires: Polemos.
- Díaz, A. J. (2001). Tratamiento psicológico en el niño/adolescente diabético. Recuperado el 27 de febrero 2007. Disponible en Internet URL www.paidopsiquiatria.com/trabajos/diab.pdf.
- Federación Mundial de la Salud. Recuperado el 13 de abril 2007. Disponible en Internet URL http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_2025000/2025402.stm.
- Fernández, A. E., Martín, D. M. y Domínguez, S. F.(2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*. 15 (004). Universidad de España. Disponible en Internet URL <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72715416.pdf>.
- Fernández, R. L. (1994). Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica. Madrid: Siglo XXI.
- Ferrante, D. (2006). Mortalidad por enfermedades crónicas: demasiado tarde para lágrimas. *Revista Argentina de Cardiología*. 74 (3). Buenos Aires.
- Flores, A. L. y Hernández, L. (1998). Evaluación del estilo de vida. (Versión electrónica). *Boletín latinoamericano de psicología de la salud*. Recuperado el 10 de noviembre 2007. Disponible en Internet URL: http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01_hm.
- Fontaine, O. (1981). La relación terapéutica y sus medios. En las terapias del comportamiento. Barcelona: Herder.
- Fusté-Escolano, A. (2004). Comportamiento y Salud. En L. Oblitas (Ed). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson.
- Gil Roales-Nieto, J.G. (2003). Psicología de la salud. España: Pirámide.
- *Ginarte, A.Y. (2001)*. La adherencia terapéutica. Revista Cubana de Medicina General Integral. 17(5). Recuperado el 14 de abril 2007. Disponible en Internet URL http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252001000500016&script=sci_arttext&lng=es.

- Gómez, P. F., Ríos, T. J., Aguilar-Salinas, C. A., Lerman, G. I. y Rull, J. A. (2005). Posición de la SMNE sobre el manejo del síndrome metabólico (2ª parte). *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 13 (1).
- González, C. A. (2002). Consenso mexicano sobre el tratamiento integral del síndrome metabólico. *Revista Mexicana de Cardiología*. 13 (1).
- Harrison, F. C. (1991). Principios de medicina interna. México: Mc GrawHill.
- INEGI/SSA. Secretaria de Salud. Dirección General de Información en Salud. 2005.
- Linn y Garske, (1998). Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- López, C. J., Ariza, A.R., Rodríguez, M.J., Munguía, M.C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45 (4).
- Martín, A. L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Revista Cubana de Salud Pública 30 (4). Recuperado el 14 abril 2007. Disponible en Internet URL http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext.
- Martín, A.L. y Grau, A. J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*. 14 (001).
- Miguel-Tobal, J. y Cano, V. A. (1986). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J. J; Cano-Vindel, A; Casado, M. y Escalona, M. A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología* 10 (2): 199-216.
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la atención primaria para quedar Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1992, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes.
- Molina, D. y Martí, C. (2003). Séptimo Informe del Joint National Committee sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial. JNC-7 en

- español. Recuperado el 12 de marzo 2007. Disponible en Internet URL <http://65.54.250/cgi-bin/getmsg/JNC%2d7enespa5flo!%2ehtm>.
- Novoa Niz, J. (1989). "Historia natural y social de la enfermedad y sus niveles de prevención". En: R. Martínez y Martínez. *La salud del niño y del adolescente*. 2a. Edición. México : Salvat.
 - Organización Mundial de la Salud OMS (1996). Instrumento WHOQoL. Breve versión en español. Traducción y adaptación de González-Celis, R. A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2001). México: Facultad de Psicología: UNAM.
 - Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Recuperado el 18 de mayo 2007. Disponible en Internet URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>.
 - Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Disponible en Internet URL <http://www.who.int/topics/obesity/es>.
 - Pereyra, M. (2004). Estrés y salud. En: Luis, O.G. Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson.
 - Pérez-Pastén L. E. (2003). Diabetes Mellitus: Guía para el paciente y el educador en diabetes. México: Johnson and Johnson medical.
 - Phares, E. y Trull, T. (1999). Terapias conductuales y perspectivas cognoscitivo-conductuales. En Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 - Reynoso, E. L y Seligson, N. I. (2002). Psicología y salud en México. En Psicología y salud. México: Facultad de Psicología: UNAM.
 - Reynoso, E. L. y Seligson, N. I. (2001). Manual de relajación. México: UNAM CONACYT.
 - Ribes, E. (1990). Psicología y salud: un análisis conceptual. España: Martínez Roca.
 - Ríos, S. M. (2002). Evaluación de Habilidades Sociales. En: Aragón, E. y Silva, A. (2002). Evaluación psicológica en el área clínica. México: Pax.

- Ríos, S. M. (2006). Intervención psicológica para adolescentes. México: Psicom editores. (Libro electrónico). Recuperado el 24 de mayo 2007. Disponible en Internet URL: <http://www.librosdepsicología.com>.
- (2007). Intervención psicológica para adolescentes. Psicom Editores. Recuperado el 14 de enero 2008. Disponible en Internet URL <http://www.librosdepsicología.com>.
- Robles, G.R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En Luis, O.G. (Ed.). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson.
- Rodríguez, M. R., López, C. J., Munguía, M. C., Hernández, S. J., Martínez, B. M. (2003). Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC, versión mexicana. *Revista Médica del IMSS*. 41(3). 211-220.
- Rodríguez, O. G. y Rojas, R.M. (1999). Fortalecimiento de la adherencia terapéutica. México: Porrúa.
- Sánchez, R.O. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. Toledo. 29 (2).
- Secretaría de salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, "Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la atención primaria".
- Secretaría de salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- Secretaría de salud. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la Obesidad.
- Velázquez-Monroy, O., Rosas, P.M., Lara, E.A., Pastelin, H.G., Grupo ENSA. (2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: resultados finales de la encuesta nacional de salud (ENSA 2000). *Archivos de Cardiología de México*. 73 (1).
- Zaldívar, D. (2003). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud para la vida*. Recuperado el 19 de abril 2007. Disponible en Internet URL <http://www.infomed.sld.cu>.
- Zayas, T.G., Chiong, M.D., Díaz, Y., Torriente, F.A. y Herrera, A.X. (2002). Obesidad en la infancia: diagnóstico y tratamiento. *Revista cubana de pediatría*. 74 (3). Recuperado el

19 de abril 2007. Disponible en Internet URL
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034&script&sci_arttext.

ANEXOS

INSTRUMENTO WHOQOL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL¹
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ACERCA DE USTED

Antes de comenzar nos gustaría hacerle algunas preguntas generales acerca de usted; por favor encierre en un círculo la respuesta correcta o responda en el espacio sobre la línea.

¿Cuál es su género?

Masculino

Femenino

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

____ Día / ____ Mes / ____ Año

¿Cuál es el nivel más alto de estudios que usted recibió?

Ninguno en absoluto
Escuela Primaria
Escuela Secundaria
Escuela Media Superior

¿Cuál es su estado civil?

Soltero Separado
Casado Divorciado
Con pareja Viudo

¿Está usted enfermo en este momento?

Si

No

Si tiene algún problema con su salud, ¿qué piensa que sea? _____ enfermedad / problema

¹ Traducción y adaptación: González-Celis, R. A. L. y Sánchez-Sosa, J. J. (2001). Este trabajo es parte parcial de la Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, del primer autor, bajo la dirección del segundo.

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de qué tan completamente ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de llevar a cabo ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	La mayor parte del tiempo	Completamente
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	Ni mucha ni poca 3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar qué tan bien o satisfecho se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a con qué frecuencia usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas.

		Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ayudó alguien a usted a llenar esta forma? _____

¿Cuánto tiempo le tomó completar esta forma? _____

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU AYUDA

Puntajes del WHOQoL-BREF

A continuación se presentan los puntajes de los reactivos del WHOQoL-Bref, y el procedimiento para obtener la calificación total y por área.

Son 26 reactivos de los cuales, los dos primeros corresponden a Calidad de Vida en general y percepción del estado de salud en general, con puntuación para cada uno de 1 a 5 puntos.

Los reactivos del 3 al 24 corresponden a cuatro áreas:

- 1ª. Salud Física (reactivos 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18)
- 2ª. Aspectos psicológicos (reactivos 5, 6, 7, 11, 19 y 26)
- 3ª. Relaciones sociales (reactivos 20, 21 y 22)
- 4ª. Medio ambiente (reactivos 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25)

Todos los reactivos se califican otorgando 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5 puntos, en orden positivo, excepto los reactivos negativos (3, 4 y 26), que se recodifican de la siguiente manera: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1 puntos, a partir de la respuesta que de el paciente.

Una vez asignada la puntuación a cada reactivo, se obtiene el promedio para cada una de las cuatro áreas, sumando las calificaciones y dividiendo entre el número de ítems para cada área:

- Salud física (7 reactivos)
- Aspectos psicológicos (6 reactivos)
- Relaciones sociales (3 reactivos)
- Medio ambiente (8 reactivos)

Después de haber obtenido el promedio para cada área, esta calificación se multiplica por cuatro. De ahí que el rango de calificación por área sea de 4 a 20 puntos. Esta calificación será para cada una de las cuatro áreas.

Adicionalmente, se suman los cuatro promedios (brutos, antes de multiplicar por cuatro) de las cuatro áreas, obteniéndose una calificación total de WHOQoL, que tendrá un intervalo, calificación mínima 4 puntos, calificación máxima 20 puntos. Lo que indicará puntajes bajos, menor calidad de vida; puntajes altos, mejor calidad de vida.

Del instrumento se obtendrán tres medidas generales:

- Reactivo 1: percepción de calidad de vida en general.
- Reactivo 2: percepción del estado de salud en general.

La suma total de las cuatro áreas que integran a la calidad de vida=rango de 4 a 20 puntos.

Además se obtendrán cuatro medidas particulares:

- Promedio para cada área, multiplicado por cuatro.
- Salud física: rango de 4 a 20 puntos.
- Aspectos psicológicos: rango de 4 a 20 puntos.
- Relaciones sociales: rango de 4 a 20 puntos.
- Medio ambiente: rango de 4 a 20 puntos.

Las calificaciones para cada dominio se pueden transformar en puntajes en una escala de 0 a 100, de acuerdo a la tabla No. 4 (WHOQoL, 1996), donde se presenta el método para convertir los puntajes brutos en puntajes transformados de 0 a 100.

Rodríguez, M. R., López, C. J., Munguía, M. C., Hernández, S. J., Martínez, B. M. (2003). Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC, versión mexicana. *Revista Médica del IMSS.* 41(3). 211-220.

FANTASTIC

Es un cuestionario diseñado para valorar el estilo de vida y la relación que tiene con la salud. Después de leer cuidadosamente elija, marcando con una cruz (x) el cuadro que contenga la opción que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en el último mes. **Le suplicamos responder todas las preguntas en la hoja de respuestas.**

FAMILIA Y AMIGOS

1. La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara.
2. Doy y recibo afecto.
3. Obtengo el apoyo emocional que necesito.

ACTIVIDAD

4. Ejercicio activo 30 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido, etc.)
5. Relajación y disfrute de tiempo libre.

NUTRICIÓN

6. Alimentación balanceada.
7. Desayuna diariamente.
8. Exceso de azúcar, sal, grasa animal o comida chatarra.
9. Peso ideal.

TABACO Y TOXINAS

10. Consumo de tabaco.
11. Abuso de drogas: prescritas y sin prescribir.
12. Café, té, refresco de cola.

ALCOHOL

13. Promedio de consumo a la semana.
14. Bebe alcohol y maneja.

SUEÑO, CINTURÓN DE SEGURIDAD, ESTRÉS

15. Duerme 7 a 9 horas por noche.
16. Con que frecuencia usa el cinturón de seguridad.
17. Eventos importantes de estrés el año pasado.

TIPO DE PERSONALIDAD

18. Sensación de urgencia o impaciencia.
19. Competitividad y agresividad.
20. Sentimientos de ira y hostilidad.

INTERIOR

21. Piensa de manera positiva.
22. Ansiedad, preocupación.
23. Depresión.

CARRERA (TRABAJO, LABORES DEL HOGAR, ETC.)

24. Satisfacción con el trabajo o labores que desempeña.
25. Buenas relaciones con quienes le rodean.

**HOJA DE RESPUESTAS
FANTASTIC**

INSTRUCCIONES: Del formulario de ítems elige, marcando con una cruz (X), el cuadro que contenga la opción que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en el último mes. Le suplicamos responder a todas las preguntas.

1.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
2.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
3.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
4.	4 veces o más a la semana	3 veces a la semana	2 veces a la semana	Rara vez	Nunca
5.	Casi diario	3 a 5 veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Casi nunca
6.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
7.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
8.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi diario
9.	Sobre peso de hasta 2 Kg.	Sobrepeso de hasta 4 Kg.	Sobrepeso de hasta 6 Kg.	Sobrepeso de hasta 8 Kg.	Sobrepeso mayor a 8 Kg.
10.	Ninguno en los últimos años	Ninguno en el último año	Ninguno en los últimos 6 meses	1 a 10 veces a la semana	Más de 10 veces a la semana
11.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi diario
12.	Nunca	1 o 2 al día	3 a 6 al día	7 a 10 al día	Más de 10 al día
13.	0 a 7 bebidas	8 a 10 bebidas	11 a 13 bebidas	14 a 20 bebidas	Más de 20 bebidas
14.	Nunca	Casi nunca	Sólo ocasionalmente	Una vez al mes	Frecuentemente
15.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
16.	Siempre	La mayoría de veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca
17.	Ninguno	1	2 o 3	4 o 5	Más de 5
18.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
19.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
20.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21.	Casi siempre	frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
22.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
23.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
24.	Casi siempre	frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
25.	Casi siempre	frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca

Alonso, P. y Anto, J. M. (1995). La versión española del SF-36. Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Bar. 104, 771-776).*

CUESTIONARIO DE SALUD SF-16

Instrucciones: de las alternativas que se le dan marque la opción que refleje la percepción que tienes de si mismo. Contesta solamente en la hoja de respuestas.

1. En general, ¿cómo considera su estado de salud?
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Marque una sola respuesta.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?
4. Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?
5. Su salud actual ¿le limita para llevar la bolsa de compras?
6. Su salud actual ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
7. Su salud actual ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
8. Su salud actual ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
9. Su salud actual ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
10. Su salud actual ¿le limita para caminar varias manzanas o cuadras?
11. Su salud actual ¿le limita para caminar una sola manzana o una cuadra?
12. Su salud actual ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas. Marque una sola respuesta.

13. Durante las cuatro últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
14. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
15. Durante las cuatro últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
16. Durante las últimas cuatro semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
17. Durante las cuatro últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido(a) o nervioso(a)?
18. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido(a) o nervioso(a)?
19. Durante las cuatro últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido(a) o nervioso(a)?

20. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las cuatro últimas semanas?
22. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (el trabajo fuera de casa y tareas domésticas)?

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas cuatro semanas. Responda de acuerdo a cómo se ha sentido. Marque una sola respuesta.

23. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
24. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
25. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
26. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
27. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
28. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
29. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?
30. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?
31. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?
32. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases. Marcando la opción que refleje la percepción que usted tiene de sí mismo. Marque una sola respuesta.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
34. Estoy tan sano como cualquiera.
35. Creo que mi salud va a empeorar.
36. Mi salud es excelente.

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas cuatro semanas. Responda de acuerdo a cómo se ha sentido. Marque una sola respuesta.

- a) Siempre b) casi siempre c) muchas veces d) algunas veces
e) solo alguna vez f) nunca

23. a) b) c) d) e) f)
24. a) b) c) d) e) f)
25. a) b) c) d) e) f)
26. a) b) c) d) e) f)
27. a) b) c) d) e) f)
28. a) b) c) d) e) f)
29. a) b) c) d) e) f)
30. a) b) c) d) e) f)
31. a) b) c) d) e) f)
32. a) b) c) d) e) f)

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases. Marcando la opción que refleje la percepción que usted tiene de sí mismo. Marque una sola respuesta.

- a) Totalmente cierta b) bastante cierta c) no lo sé d) bastante falsa
e) totalmente falsa

33. a) b) c) d) e)
34. a) b) c) d) e)
35. a) b) c) d) e)
36. a) b) c) d) e)

Flores, A. L. y Hernández, L. (1998). Evaluación del estilo de vida. (Versión electrónica). *Boletín latinoamericano de psicología de la salud*. Recuperado el 10 de noviembre 2007. Disponible en Internet URL: http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01.htm.

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA

Últimos estudios cursados: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Estado Civil: _____ No. de Hijos: _____ Vivienda _____
(Propia o en arriendo): _____

El presente cuestionario está diseñado para aumentar su conocimiento y conciencia acerca de su estilo de vida en general. Específicamente le muestra las áreas de su estilo de vida donde Usted tiene hábitos saludables y donde debe mejorar. Usted debe mantener en mente que, aunque hay riesgos para la salud asociados con la edad, el sexo y la herencia, que están fuera de su control, hay muchos otros que sí puede modificar o controlar, tales como el ejercicio, la dieta, la obesidad, los niveles sanguíneos de colesterol, el uso de tabaco, etc.

SECCION 1. CONDICION FISICA

1. ¿Hace Ud. ejercicio o juega algún deporte durante, al menos treinta minutos, tres o más veces a la semana? SI NO
2. ¿Hace Ud. ejercicios de calentamiento y enfriamiento antes y después de hacer ejercicios? SI NO
3. ¿Tiene Ud. el peso adecuado para su altura y sexo? SI NO
4. En general, ¿está Ud. satisfecho con su condición física? SI NO
5. ¿Está Ud. satisfecho con su actual nivel de energía? SI NO
6. ¿Usa Ud. las escaleras, en lugar de ascensores o escaleras eléctricas, cada vez que sea posible? SI NO

INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA

SECCION 2. HISTORIA FAMILIAR

TIENE UD. UN ABUELO, PADRE, TIO/A, HERMANO/A, QUE:

1. ¿Haya tenido un ataque al corazón antes de los 40 años de edad? NO SI
2. ¿Haya tenido presión sanguínea alta requiriendo tratamiento? NO SI
3. ¿Haya desarrollado diabetes? NO SI
4. ¿Haya desarrollado glaucoma (aumento de la presión intraocular)? NO SI
5. ¿Haya desarrollado gota? NO SI
6. ¿Haya desarrollado cáncer de seno? NO SI

INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA

SECCION 3. AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO

1. ¿Se lava Ud. los dientes diariamente? SI NO
2. ¿Se efectúa Ud. un chequeo dental, por lo menos, una vez al año? SI NO
3. ¿Usa Ud. bronceadores solares regularmente y evita las exposiciones prolongadas al sol? SI NO
4. PARA MUJERES: ¿Se examina Ud. Los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes? SI NO
5. PARA HOMBRES: ¿Se examina Ud. los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes? SI NO
6. ¿Sabe Ud. usualmente qué hacer en caso de enfermedad o accidente? SI NO
7. ¿Evita Ud. los rayos X innecesarios? SI NO
8. ¿Duerme Ud. lo suficiente normalmente? SI NO

9. ¿Se ha medido su presión sanguínea en el último año? SI NO
10. PARA MUJERES: ¿Se ha hecho una prueba citológica en los dos últimos años? SI NO
11. ¿Si Ud. es mayor de 40 años, se ha hecho un examen de glaucoma en los últimos 4 años? SI NO
12. ¿Si Ud. es mayor de 40 años, se ha hecho un examen de sangre oculta en las heces fecales durante los dos últimos años?
¿Si es mayor de 50 años: se lo ha hecho durante el último año? SI NO
13. ¿Si Ud. es mayor de 50: se ha hecho, por lo menos, un examen endoscópico del intestino grueso? SI NO

INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA

SECCION 4. HABITOS ALIMENTICIOS

1. ¿Bebe Ud. suficientes líquidos para que su orina tenga un color amarillo pálido? SI NO
2. ¿Tiene Ud. alimentos especiales o favoritos? NO SI
3. ¿Le añade Ud. sal a las comidas? NO SI
4. ¿Mantiene Ud. en un mínimo su consumo de productos dulces, especialmente de caramelos y bebidas gaseosas y de otros tipos (no alcohólicas), y evita añadir azúcar a los alimentos? SI NO
5. ¿Está su dieta bien balanceada, incluyendo vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos y fuentes adecuadas de proteína? SI NO
6. ¿Limita Ud. su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas)? SI NO
7. ¿Limita Ud. su consumo de colesterol (huevos, hígado, carnes)? SI NO
8. ¿Come Ud. pescado y aves más frecuentemente que carnes rojas? SI NO
9. ¿Come Ud. alimentos altos en fibra varias veces al día (vegetales, frutas, granos enteros)? SI NO

INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA

SECCION 5. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

1. ¿Fuma Ud. cigarrillos, tabacos, pipa, mastica tabaco o usa otras drogas? NO SI
2. ¿Se limita Ud. a consumir a lo sumo dos tragos al día? SI NO
3. ¿Ha oído Ud. críticas o comentarios de algún miembro de su familia o amigos sobre sus hábitos alcohólicos o de consumo de alguna otra droga? NO SI
4. ¿Le ha ocurrido alguna vez que ha perdido la memoria de lo que ha hecho estando bajo el efecto del alcohol o de otra droga? NO SI
5. ¿Consume Ud. alcohol o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida? NO SI
6. ¿Lee Ud. y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento recetado o autoindicado? SI NO

INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA

SECCION 6. ACCIDENTES

1. ¿Maneja Ud. bajo efectos de alcohol u otras drogas o aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del alcohol u otras drogas? NO SI
2. ¿Observa Usted las reglas de tránsito? SI NO
3. ¿Opera Usted maquinarias peligrosas que requieren atención y precaución bajo los efectos de alcohol u otras drogas? NO SI
4. ¿Observa Ud. las medidas de seguridad en su local y centro de trabajo? SI NO
5. ¿Fuma Ud. en la cama? NO SI

6. ¿Se asegura de tener claras las instrucciones cuando usa productos o sustancias de limpieza, tóxicos, inflamables, solventes y conexiones eléctricas?

SI NO

7. ¿Se asegura Ud. de cerrar las llaves del gas o de mantener siempre las precauciones con los combustibles que utiliza para su cocina? SI NO

INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA

SECCION 7. VALORES DE LA VIDA. ESFERA INTELECTUAL Y ESPIRITUAL.

1. ¿Se interesa Ud. por eventos relacionados con la vida política y social?

SI NO

2. ¿Se siente Ud. satisfecho con el tiempo libre que dispone para su recreación y entretenimientos? SI NO

3. ¿Es Ud. creativo o disfruta con las actividades que realiza? SI NO

4. ¿Se siente Ud. satisfecho al corresponder el trabajo que realiza con sus valores y motivaciones? SI NO

5. ¿Se siente Ud. satisfecho al corresponder las actividades recreativas que realiza con sus valores y motivaciones? SI NO

6. ¿Tiene Ud. dificultad para aceptar los valores, actitudes, y estilos de vida de otras personas que son diferentes a los suyos? NO SI

7. ¿Está Ud. satisfecho con su vida espiritual? SI NO

INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA

SECCION 8. ESTRES Y APOYO SOCIAL

1. ¿Se siente Ud. satisfecho con su ritmo de vida? SI NO

2. ¿Es fácil para Ud. reírse? SI NO

3. ¿Reprime sus sentimientos de disgusto sin expresarlos? NO SI

4. ¿Puede Ud. tomar decisiones con un mínimo de tensión y frustración? SI NO

5. ¿Incluye Ud. en su rutina diaria un tiempo para relajarse? SI NO

6. ¿Se prepara Ud. para eventos desagradables que puedan producirle estrés? SI NO

7. ¿Ha tenido que hacer reajustes importantes en su hogar o en su trabajo en el pasado reciente? NO SI

8. ¿Ha tenido Ud. algún familiar o amigo muerto, herido o gravemente enfermo en los últimos tiempos? NO SI

9. ¿Tiene Ud. sentimientos de culpa o autocastigo por algo que le preocupa mucho? NO SI

10. ¿Ha cambiado sus hábitos de comer y dormir por alguna situación de estrés o algún incidente en el pasado reciente? NO SI

11. ¿Frecuentemente puede dormir sin despertarse en toda la noche? SI NO

12. ¿Se despierta Ud. descansado? SI NO

13. ¿Tiene Ud. una o más personas con las que puede conversar problemas íntimos y personales? SI NO

14. ¿Se siente Ud. respetado y admirado por los demás? SI NO

15. ¿Tiene Ud. alguien a quien pueda pedir ayuda económica en calidad de préstamo si fuere necesario? SI NO

16. ¿Está Ud. satisfecho con el apoyo que brinda a los demás? SI NO

INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA

SECCION 9. MEDIO AMBIENTE

1. ¿Vive o trabaja en un medio ambiente de contaminación de aire y ruido? NO SI

2. ¿Está Ud. expuesto a menudo a cloruro de vinilo, asbesto u otras sustancias tóxicas? NO SI

3. ¿Ha extrañado Ud. su trabajo, cuando lo ha dejado por alguna enfermedad, o siente nostalgia por regresar a él? NO SI
4. ¿Permanece sentado por períodos de una hora o más tiempo? NO SI
5. ¿Se siente Ud. satisfecho con sus habilidades para realizar sus actividades de trabajo? SI NO
6. ¿Cree Ud. que recibe justa y adecuadamente el reconocimiento por las actividades que realiza? SI NO
7. ¿Está Ud. satisfecho con la flexibilidad del tiempo entre sus actividades de trabajo y el tiempo libre? SI NO

INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA
SECCION 10. SEXUALIDAD

1. ¿Está Ud. satisfecho con su actividad sexual? SI NO
2. ¿Está Ud. satisfecho con sus relaciones sexuales? SI NO
3. ¿Se siente satisfecho con usar (o no usar) anticonceptivos? SI NO
4. ¿Se siente Ud. satisfecho al realizar (o no realizar) prácticas sexuales protegidas o seguras? SI NO

INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

Para cada sección del Cuestionario, escriba a continuación el número de respuestas que Ud. marcó en la columna DE LA IZQUIERDA del mismo (No cuente exclusivamente las que contestó "SI"; cuente TODAS las que contestó en la columna del LADO IZQUIERDO, independientemente de que su respuesta sea "SI" ó "NO").

NOMBRE DE LA SECCION NUMERO DE RESPUESTAS EN LA COLUMNA
DE LA

IZQUIERDA

1. CONDICION FISICA
2. HISTORIA FAMILIAR
3. AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO
4. HABITOS ALIMENTICIOS
5. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS
6. ACCIDENTES
7. VALORES, ESFERA INTELECTUAL Y ESPIRITUAL
8. ESTRES Y APOYO SOCIAL.
9. MEDIO AMBIENTE
10. SEXUALIDAD.

AHORA, PARA INTERPRETAR LOS RESULTADOS, RELLENE EL GRAFICO DE LA HOJA DE CALIFICACION Y QUEDESE CON ELLA. DEVUELVASOLAMENTE EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBIDAMENTE CONTESTADO. GRACIAS.

6. Cuando llegas a una reunión donde te encuentras con personas que no conoces ¿te presentas a ellas por iniciativa propia para familiarizarte con ellas?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
7. Cuando llegas acompañado de amigos a un lugar donde hay personas que sólo a ti te conocen ¿se los presentas?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
8. ¿Dices a otros que te gustan algunas cosas de lo que hacen reconociéndoles sus cualidades?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
9. ¿Pides ayuda cuando sientes que estás en dificultades o problemas?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
10. En trabajos de equipo ¿decides la mejor forma de tomar parte en una actividad de grupo?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
11. ¿Explicas con claridad a otros cómo hacer una tarea específica de tal forma que logres hacerte entender?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
12. ¿Pones atención a las instrucciones que te dan otras personas y las llevas a cabo adecuadamente?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
13. ¿Pides disculpas a otros después de que te das cuenta e de que los has ofendido?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
14. Cuando consideras que tú tienes la razón ¿intentas convencer a otros de que tus ideas son las mejores?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
15. ¿Identificas tus sentimientos y conoces tus emociones en determinado momento?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
16. ¿Permites que otras personas conozcan tus emociones y sentimientos haciéndoselos saber?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
17. ¿Tratas de entender las emociones de otras personas respetando lo que están sintiendo?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
18. ¿Expresas a otras personas tus sentimientos hacia ellos?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
19. Cuando estás atemorizado ¿tratas de controlar tu miedo?
a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
20. ¿Dices cosas amables para ti mismo cuando consideras que debes ser halagado?

- haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
21. Cuando necesitas pedir algún permiso ¿logras obtenerlo?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
22. Cuando requieres algún permiso ¿lo pides directamente a la persona indicada?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
23. ¿Ofreces participar con otros cuando sabes que pueden apreciarlo?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
24. ¿Ayudas a otros cuando te lo piden?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
25. Cuando otros tienen una posición contraria a la tuya, ¿negocias con ellos para intentar llegar a un acuerdo que satisfaga a ambos?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
26. ¿Controlas tu carácter si consideras que las cosas no pueden ser de otra manera?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
27. ¿Te defiendes haciendo conocer a otras personas cuáles son tus derechos?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
28. Cuando otros se burlan de ti ¿puedes mantener el control de ti mismo?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
29. ¿Evitas involucrarte en situaciones que puedan ocasionarte un problema?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
30. ¿Te mantienes fuera de problemas?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
31. ¿Dices a otras personas cuando son responsables de causarte un problema particular?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
32. ¿Tratas de llegar a una solución favorable cuando alguien se queja de ti justificadamente?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
33. En una situación de juego deportivo, ¿expresas una opinión favorable haciendo cumplidos honestos de cómo jugaron?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
34. En situaciones en las que te sientes avergonzado ¿piensas o haces cosas que te ayudan a reducir tu vergüenza?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
35. Si en una actividad particular donde deseabas participar no te toca ser elegido ¿haces o piensas cosas para sentirte bien ante dicha situación?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?

36. ¿Haces saber a otros cuando uno de tus amigos no ha sido tratado justamente?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
37. Cuando tratan de convencerte de algo, ¿analizas cuidadosamente la situación explorando lo que tú verdaderamente deseas antes de decidir qué hacer?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
38. Cuando te encuentras en una situación particular de fracaso ¿razonas acerca de lo que puedes hacer para ser más exitoso en el futuro?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
39. Cuando alguien te dice algo que no es muy claro, ¿dices o haces cosas que indican lo que te quieren decir para comprobar que les has entendido?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
40. Cuando te das cuenta de que has sido acusado por alguien ¿decides la mejor manera de actuar ante la persona que hizo la acusación?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
41. ¿Expresas tu punto de vista ante una conversación interesante?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
42. Cuando sientes la presión de otros para hacer alguna cosa, ¿decides lo que tú deseas hacer?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
43. ¿Actúas con entusiasmo cuando realizas una actividad interesante?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
44. ¿Te das cuenta cuando un problema fue generado por alguna causa que estuvo fuera de tu control?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
45. ¿Decides realistamente lo que puedes hacer antes de iniciar una tarea?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
46. ¿Conoces realistamente tus capacidades para llevar a cabo una tarea en particular?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
47. Cuando necesitas saber algo ¿sabes cómo y dónde obtener la información?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
48. Ante una serie de tareas ¿decides realistamente cuál de ellas es más importante para resolverla en primer lugar?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
49. Antes de tomar una decisión ¿consideras las diferentes posibilidades en términos de ventajas y desventajas para elegir la mejor?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?
50. Al desempeñar alguna actividad ¿previamente planeas la forma de lograrla?
haces? a) ¿Ante quién o con quién lo haces? b) ¿Dónde lo haces?

HOJA DE RESPUESTAS
ESCALA DE H.S.A.DO.

Marca con una (x), el número que mejor describa qué tan exitosamente estás usando cada una de las habilidades que se te muestran, contesta en la hoja de respuestas y evita hacerlo en esta escala. Marca tus respuestas de acuerdo con el siguiente código.

Pon el número 1 si NUNCA eres bueno en ella.

Pon el número 2 si RARAS VECES eres bueno en ella.

Pon el número 3 si ALGUNAS VECES eres bueno en ella.

Pon el número 4 si FRECUENTEMENTE eres bueno en ella.

Pon el número 5 si SIEMPRE eres bueno en ella.

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|----------|
| 1. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 2. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 3. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 4. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 5. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 6. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 7. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 8. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 9. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 10. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 11. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 12. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 13. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 14. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 15. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 16. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 17. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 18. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 19. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 20. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 21. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 22. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 23. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 24. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 25. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 26. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 27. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 28. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 29. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 30. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 31. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 32. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 33. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 34. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 35. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 36. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 37. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 38. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 39. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 40. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 41. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 42. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 43. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 44. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |

- | | | | | | | |
|---------|-----|-----|-----|-----|----------|----------|
| 45. (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 46. (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 47. (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 48. (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 49. (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |
| 50. (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | a) _____ | b) _____ |

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
	1. Me preocupo fácilmente.	2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos o sobre los demás, "torpe", etc. mismo	3. Me siento inseguro de mí	4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.	5. Siento miedo.	6. Me cuesta concentrarme.	7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.		
Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
En mi trabajo o cuando estudio.									
Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
Si tengo que hablar en público.									
Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
Después de haber cometido algún error.									
Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
En lugares altos, o ante aguas profundas.									
Al observar escenas violentas.									
Por nada en concreto.									
A la hora de dormir.									
Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
	1. Libro con facilidad.	2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.).	3. Fumo, como o bebo demasiado.	4. Trato de evitar o rehuir la situación.	5. Me muevo y hago cosas sin finalidad concreta.	6. Olvido, paralizado o mis movimientos son torpes.	7. Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita...									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS										OBSERVACIONES	XS
	1. Siento molestias en el estómago.	2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.	3. Me tiemblan las manos o las piernas.	4. Me duele la cabeza.	5. Mi cuerpo está en tensión.	6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.	7. Me falta el aire y mi respiración es agitada.	8. Siento náuseas o mareo.	9. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.	10. Tengo escalofríos y tirito aunque no haga mucho frío.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.												
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.												
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.												
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.												
5. En mi trabajo o cuando estudio.												
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.												
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.												
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.												
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.												
9. Si tengo que hablar en público.												
1. Cuando piense en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
2. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.												
13. Después de haber cometido algún error.												
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.												
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20. Al observar escenas violentas.												
21. Por nada en concreto.												
22. A la hora de dormir.												
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.												
											TOTAL	12

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

Inventario de Depresión de Beck estandarizado para los residentes de la Ciudad de México. (Beck, 1998; versión estandarizada por Jurado, S., Méndez, L. y Villegas, E).

INVENTARIO DE BECK BDI

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo.
Civil: _____
Escolaridad: _____
Ocupación: _____
Domicilio _____ (Colonia _____ y
Delegación): _____

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

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

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

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

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

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

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

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

8. 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas
 1. Me crítico a mí mismo por mis debilidades o errores
 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
9. 0. Yo no tengo pensamientos suicidas
 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
 2. Me gustaría suicidarme
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 10.0. Yo no lloro más de lo usual
 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
 2. Actualmente lloro todo el tiempo
 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
11. 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
 1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado todo el tiempo
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
12. 0. Yo no he perdido el interés en la gente
 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 2. He perdido en gran medida el interés en la gente
 3. He perdido todo el interés en la gente
13. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
 1. Pospongo tomar decisiones más que antes
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3. Ya no puedo tomar decisiones
14. 0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
 1. Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
 3. Creo que me veo feo(a)
15. 0. Puedo trabajar tan bien como antes
 1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo
 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
16. 0. Puedo dormir tan bien como antes
 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
17. 0. Yo no me canso más de lo habitual
 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 2. Con cualquier cosa que haga me canso
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
18. 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo

2. Mi apetito está muy mal ahora
3. No tengo apetito de nada

19. 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente

1. He perdido más de dos kg.
2. He perdido más de cinco kg.
3. He perdido Más de ocho kg.

20. 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes

1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
2. Estoy muy preocupado por problemas físicos es difícil pensar en algo más
3. Estoy tan preocupado por mis problemas que no puedo pensar en ninguna otra cosa

21. 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en el interés por el sexo

1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
3. He perdido completamente el interés por el sexo