



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“FACTORES EMOCIONALES Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA
COMO CAUSA DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA DIABETES ”**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
FRANCIA L. BUSTAMANTE GUTIÉRREZ

DIRECTOR DE LA TESINA:
LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTINEZ



México, D.F.

Noviembre , 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de realizarme en una nueva etapa más en mi vida.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis hijas Francia e Imperio.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

DIABETES MELLITUS

1.1. El término diabetes

1.1.1. Diabetes mellitus tipo II

1.1.2. Diabetes tipo I

1.1.3. Diabetes gestacional

1.1.4. Características de los tipos de diabetes

1.2. El papel de la glucosa en nuestro organismo

1.3. ¿Quién padece diabetes?

1.4. Manifestaciones de la diabetes

1.4.1. Aumento de sed y de orina

1.4.2. Aumento de hambre

1.4.3. Pérdida de peso y debilidad

1.4.4. Problemas cutáneos

1.4.5. Sensación de frío

1.5. Complicaciones de la diabetes

1.5.1. El hígado

1.5.2. Deficiencia de insulina

1.5.2.1. ¿Qué es la insulina y para qué sirve?

1.5.3. Páncreas

1.5.3.1. ¿Qué son las células beta?

1.5.4. Alteraciones renales

1.5.5. Alteraciones oculares

1.5.6. Trastornos sexuales en la diabetes

1.6. Factores desencadenantes de la diabetes mellitus

- 1.6.1. Obesidad
- 1.6.2. Sedentarismo
- 1.6.3. Herencia
- 1.6.4. Embarazo
- 1.6.5. Factores indirectos:
 - 1.6.5.1. Alcoholismo
 - 1.6.5.2. Estrés
 - 1.6.5.2.1. Consecuencias del estrés

1.7. Diagnóstico: Afrontamiento emocional

- 1.7.1. Negación
- 1.7.2. Temor

1.8. Actitud del diabético ante su padecimiento

- 1.8.1. Guardar en secreto el padecimiento
 - 1.8.1.1. Argumentos para no revelar el padecimiento

1.9. El rol de la familia

- 1.9.1. Familia: Homeostasis amenazada
- 1.9.2. La familia y la educación en la diabetes

1.10. Apoyo psicológico y social

CAPÍTULO 2

EFFECTOS DE LAS EMOCIONES EN EL CURSO DE LA DIABETES MELLITUS

2.1. Etimología de las emociones

2.2. Conceptos de las emociones

- 2.2.1. Función de las emociones
- 2.2.2. Importancia de las emociones

2.3. Las emociones como medio de comunicación

- 2.3.1. Expresar las emociones

2.4. La inteligencia emocional

2.5. Emociones y enfermedad

- 2.6. Emoción y pensamiento
 - 2.6.1. Las emociones: Una ayuda al tomar decisiones
- 2.7. Conspiración del silencio
- 2.8. Trastornos psíquicos en la diabetes
 - 2.8.1. Los diabéticos se vuelven más sensibles
 - 2.8.2. La diabetes afecta el humor
 - 2.8.3. Tensión emocional
 - 2.8.4. Estrés
 - 2.8.5. Depresión
 - 2.8.6. Ansiedad
- 2.9. Ajuste emocional en la diabetes
 - 2.9.1. Choque emocional ante el diagnóstico
 - 2.9.2. Bloqueo emocional
- 2.10. Factores emocionales
 - 2.10.1. Importancia del control

CAPÍTULO 3

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA

- 3.1. Adherencia terapéutica deficiente
 - 3.1.1. Causas del fracaso terapéutico
- 3.2. Adherencia terapéutica
 - 3.2.1. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento
 - 3.2.1.1. Factores psicológicos
 - 3.2.1.2. Servicios de salud
 - 3.2.1.3. Régimen terapéutico
 - 3.2.1.4. Factores socioeconómicos
 - 3.2.1.5. Factores de riesgo implicados en la enfermedad
 - 3.2.2. Adherirse al tratamiento tiene sus ventajas
 - 3.2.3. Intervenciones psicológicas para facilitar la adherencia terapéutica

- 3.2.3.1. Respiración diafragmática
- 3.2.3.2. Técnica de tensión y relajación
- 3.2.3.3. Meditación
- 3.2.3.4. Reestructuración cognitiva
 - 3.2.3.4.1. Identificación de pensamientos
 - 3.2.3.4.2. Análisis de pensamientos
 - 3.2.3.4.3. Modificación de pensamientos
- 3.2.3.5. Intervención de, refuerzo conductual
 - 3.2.3.5.1. Biorretroalimentación
- 3.2.3.6. Intervenciones con dinámica de grupos

3.3. La empatía en la relación médico-paciente

CAPÍTULO 4

PROPUESTA

4.1. Justificación de la propuesta

4.2. Objetivos

4.2.1. Objetivo general

4.2.2. Objetivo particular

4.2. Manual de intervención en crisis dirigido a psicólogos profesionales de la salud mental para trabajar con pacientes diabéticos

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito realizar un análisis sobre la situación de la persona que tiene que convivir con una enfermedad crónica como la diabetes mellitus.

El motivo por el cual se eligió el tema es la problemática que tienen los pacientes diabéticos que en muchas no tienen el conocimiento ni la información sobre su padecimiento; así como el papel de las emociones interfieren en la evolución, recuperación, bienestar y potencial para actuar en el control de la diabetes y en el dominio de las emociones para el manejo del padecimiento.

Lo conveniente es instruirse en la educación de la diabetes, en todo lo referente al padecimiento y en la suma importancia que tienen las emociones. De esta forma, se hace frente a la situación y se actúa de una manera más adecuada a cada circunstancia que se presente. También se detectan las emociones para dirigir las de forma apropiada, y de esta forma puedan favorecer la salud del diabético, haciendo frente a la enfermedad y poniendo toda la capacidad necesaria para convivir con la diabetes.

Los conflictos emocionales que surgen de las enfermedades ante alteraciones perturbadoras por emociones inadecuadas, pueden llevar al paciente a distorsionar gravemente su padecimiento y que por desgracia pocos conocen, lo cual cambia de manera radical a la persona diabética.

Como apoyo del análisis se hace mención de la adherencia terapéutica, un problema de trascendencia para la práctica clínica. Abordado tanto desde el punto de vista preventivo como de intervención una vez detectado, así como la falta de adhesión de los pacientes a los programas terapéuticos prescritos que plantea numerosos problemas en una enfermedad como la diabetes.

Se anexa también un manual de primeros auxilios psicológicos (intervención en crisis) que pretende una intervención breve para activar los

recursos del paciente y su estimulación para aprender nuevas formas de hacer frente a su enfermedad.

CAPITULO I

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un padecimiento que se identifica por poseer considerables niveles de glucosa (azúcar) en la sangre que las células del cuerpo no logran aplicar, debido a que la hormona insulina no actúa convenientemente. Los síntomas habituales en el diabético son: el incremento de necesidad de sed (polidipsia), incremento del apetito (polifagia), orinar continuamente (poliuria), fatiga, irritabilidad, adquirir frecuentemente padecimientos contagiosos, elevar el peso corporal (en la diabetes tipo II) o bajar de peso (en la diabetes tipo I). (Rivera A., 2001).

1.1. El término diabetes

El término diabetes proviene del griego y representa excesiva emisión de orina: se conoce como un padecimiento identificado por una expulsión grande de segregación orinal. Igualmente le sigue la palabra “mellitas,” que quiere decir “miel”, ya que la micción del diabético tiene demasiada azúcar y tiene un sabor completamente azucarado. (Gómez C, 2005).

La diabetes a lo largo de la historia presenta los siguientes acontecimientos:

- La principal definición de la diabetes mellitus se efectuó en Egipto con el papiro de Ebers (1500 años a.C.) el griego Areteo de Capadocia, tiempo después (81-138 d.C.) se comenzó a manejar el término diabetes.
- Thomas Willis (1621-1725) demostró que el sabor azucarado de la micción del diabético era opuesto a la diabetes insípida.
- J. Rollo 1740 puntualiza descriptivamente el padecimiento y sus males así como la neuropatía.
- Claudio Bernard en 1848 encuentra el desempeño de la glucogénica-transformación de la glucosa del hígado.

Paut Langerhans, en 1869, descubrió los islotes pancreáticos (citado en Calero R., Martínez V., Aguilar V., 1997).

1.1.1. Diabetes mellitus tipo II

La diabetes mellitus tipo II, o diabetes no dependiente de insulina, es la manera más usual de diabetes. Surge en la edad adulta y su inicio no se sabe con precisión. Usualmente se le vincula con la obesidad y los precedentes familiares, luego entonces, si un individuo sufre gordura y tiene antecedentes con parientes diabéticos, lo más seguro es que el sujeto (incluyendo a su descendencia), presenta una inclinación a desarrollarla. Esto puede reducirse con medidas preventivas como hacer ejercicio, bajar de peso y una dieta adecuada. (Rivera A., 2001).

En la diabetes mellitus tipo II, nombrada diabetes del comienzo de la edad adulta (no insulino dependiente) aparece con una resistencia a la insulina, pues las células adiposas (células grasa), musculares y hepáticas, no ocupan la insulina como debe ser.

Al comienzo, el páncreas, debido a la necesidad de abastecer, acelera la producción de insulina. Pero a medida que pasa el tiempo va disminuyendo esa producción debido a las grandes cantidades de alimento. (Rivera A., op. cit.).

Algunos síntomas de la diabetes tipo II pueden ser:

- Fatiga.
- Nauseas.
- Irritabilidad.
- Frecuentes ganas de orinar.
- Sed excesiva.
- Pérdida de peso.

- Visión borrosa.
- Entumecimiento en los pies y en las manos.
- Infecciones frecuentes y lenta curación de las heridas.
- Presión sanguínea persistente por encima de 140/90.
- Colesterol HDL (colesterol bueno) menor de 35 mg/dl o los triglicéridos por encima de 250 mg/dl.
- Una historia de resultados anormales en la prueba oral de tolerancia a la glucosa.

Aunque en algunas ocasiones, los diabéticos de tipo II no suelen presentar síntoma alguno debido al lento desarrollo del padecimiento. (Flores A., 2009).

1.1.2. Diabetes tipo I

Diabetes mellitus insulino-dependiente, o tipo I, es habitual en los infantes o jóvenes, y se vincula con antecedentes hereditarios (familiares o padres diabéticos). Surge debido a una falla de las células del páncreas que les obstaculiza la normal elaboración de insulina; sin embargo, los individuos que presentan este padecimiento requieren dosificaciones de insulina todos los días. (Rivera A., 2001).

Los síntomas de la diabetes tipo 1 surgen sin avisar y son:

- Orina frecuente y en grandes cantidades.
- Sed excesiva.
- Hambre excesiva a toda hora.
- Pérdida de peso repentino sin causa aparente.
- Debilidad.
- Somnolencia.
- Cambios repentinos en la visión o visión borrosa.
- Náuseas.
- Vómitos. (Flores A., 2009).

1.1.3. Diabetes gestacional

La variable que pudiera ser el causante de desarrollar diabetes gestacional es una alteración hormonal que se da en el organismo de la madre en el periodo de gestación. Se podría presentar un alumbramiento con complicaciones ya que el bebé tiende a aumentar de peso. La diabetes gestacional no se pasa al hijo, sin embargo, la mamá tiene mayor probabilidad de tener más adelante diabetes tipo 2. (Roszler J., Polonsky W. y Edelman S., 2004).

1.1.4. Características de los tipos de diabetes		
Diabetes mellitus tipo 1	Diabetes mellitus tipo 2	Diabetes gestacional
<ul style="list-style-type: none">• El páncreas no produce insulina o produce muy poco.• Ocurre, generalmente, en niños y jóvenes.• Se le conoce como diabetes juvenil.	<ul style="list-style-type: none">• Es la más frecuente.• Casi siempre aparece en la edad adulta (40-60 años).• Comienza con una resistencia a la insulina.• Las células adiposas (células de grasa), musculares y hepáticas no utilizan la insulina adecuadamente.	<ul style="list-style-type: none">• Comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo.• Aparece entre un 2 y un 5 por ciento de los procesos de gestación.• Habitualmente, la paciente recobra el estado de normalidad tras el parto.• Las mujeres con diabetes gestacional tienen, a corto, medio o largo plazo, mayor riesgo de desarrollar la diabetes tipo 2.

1.2. El papel de la glucosa en nuestro organismo

La exigencia de nuestro organismo requiere energía (al hacer ejercicio o al requerir un esfuerzo mayor), las células recogen la comunicación de albergar y absorber la glucosa para utilizarla como energía. A la vez, el páncreas expulsa insulina al torrente sanguíneo para posibilitar el uso o manejo de la glucosa en las células del organismo y los tejidos. En personas saludables, el equilibrio de la glucosa es sumamente regulado, vigilando que los niveles no se salgan de lo normal o surja un contratiempo. Por lo tanto, en la diabetes tipo II, ya sea que el organismo falle en la elaboración de suficiente insulina o es tolerante a la insulina que se auto fabrica. (Zavala E., 2006).

1.3. ¿Quién padece diabetes?

Toda persona puede presentar diabetes. Los seres humanos se encuentran en un entorno semejante, con los mismos o parecidos hábitos alimenticios, víctimas del estrés y ausencia de ejercicio. Muchas personas pueden tener diabetes y no saberlo o descubrirlo por accidente al hacerse un examen médico. La grosura alrededor de la cintura posiblemente tenga conexión a desarrollar resistencia a la insulina. Esta resistencia tiene que ver con que el páncreas no genere más insulina, lo que pasa en la diabetes.

Cuando la diabetes se hace presente en la vida del diabético, el cuerpo no suele reaccionar de manera adecuada para proveerlo de energía con la ingesta que consume. El azúcar invade la sangre y se acumula en ella, impidiendo la adherencia a las células. El páncreas ya no segrega insulina o no lo necesario para que las células reciban la glucosa y es cuando empiezan los trastornos de la diabetes. (Masison J., 2008).

1.4. Manifestaciones de la diabetes

1.4.1. Aumento de sed y de orina

Cuando se almacena demasiada glucosa en la sangre, el agua es eliminada de los tejidos del organismo, condición que se convierte en sed. Como resultado se bebe más, no obstante se orina más de lo habitual.

1.4.2. Aumento de hambre

El organismo del diabético no maneja adecuadamente la glucosa de la sangre como producción de energía a consecuencia de la carencia de insulina. Aunque la cantidad de azúcar en la sangre sea mayor, no es posible gastarla y aprovecharla para beneficio de las células del organismo. A falta de su comida indispensable, el organismo se activa exigiendo más y más alimento. El diabético manifiesta demasiada hambre y, si come mucho para satisfacer su apetito, de todos modos no le resultará provechoso porque el hambre no desaparecerá.

1.4.3. Pérdida de peso y debilidad

El organismo del diabético no tiene la capacidad de transformar los alimentos que ingiere. Aunque consuma más de lo adecuado, suele perder peso y si no logra utilizar el azúcar en la masa muscular, se debilita y pierde resistencia, adelgazando y debilitándose. (Gómez C., 2005).

1.4.4. Problemas cutáneos

Usualmente el diabético presenta un tono de color pálido, no siempre puede percibirse ese síntoma. En otras ocasiones se pueden observar lunares circulares de tono marrón, presentando comezón y granitos en la piel, consecuencia de demasiada glucosa que busca salida para ser expulsada por medio de la epidermis.

1.4.5. Sensación de frío

Las personas que no cuidan su padecimiento, manifiestan tener frío en cualquier época del año, así este haciendo calor. La mayoría de los diabéticos

se arropan demasiado en verano y muchas veces no pierden esa sensación de frío. Este síntoma puede ser un aviso de cómo se encuentra su padecimiento para poner más atención a la diabetes. (Gómez C., op. cit.)

1.5. Complicaciones de la diabetes

La diabetes se identifica por hiperglucemia crónica e incremento de trastornos microvasculares, como retinopatía (pérdida de la visión), nefropatía (daño al los riñones) y neuropatía (daño a los nervios). Se relaciona con el padecimiento macrovascular (infarto cardiaco), aterosclerótica (enfermedad coronaria) que acelera y daña la red arterial del corazón, cerebro y extremidades inferiores. (Bonafonte R. y Sergio G., 2006).

1.5.1. El hígado

En el hígado, por la carencia de insulina, las células no pueden aprovechar la glucosa que se almacena en la sangre, lo que provoca que se movilice un mecanismo del cuerpo que impide que las células sientan necesidad de comer. El hígado suelta su reserva de glucosa (glucógeno) y comienza a producir más de esta misma para proveer a las células (gluconeogénesis), lo que produce que nuestros niveles de azúcar se incrementen en altos grados, sin insulina, no será absorbida y aprovechada. (Pasten P. y Téllez A., 2006).

1.5.2. Deficiencia de insulina

Cuando los niveles de insulina son escasos, muchas de las células no absorben la fuerza que necesitan, el azúcar no entra apropiadamente en ellas. El cuerpo se esfuerza por trabajar y recurre a otros medios para obtener energía, así que empieza y aprovecha sus provisiones acumuladas que provienen del resguardo y protección que se encuentra en los músculos. En el plasma orgánico se almacenan sustancias nutritivas (glucosa, aminoácidos, ácidos grasos, cuerpos cetónicos), por lo cual las células ávidas de matar el

hambre, ante la carencia de insulina, no dejan de emplear apropiadamente esta potencia. (Figuerola D., 2003).

1.5.2.1. ¿Qué es la insulina y para qué sirve?

La insulina es una hormona hipoglucemiante que influye en el metabolismo. Elaborada por el páncreas, y cuya falta es el origen del padecimiento. Se supone que la carencia respectivamente o permanente de insulina es la consecuencia de un daño de las células beta en el páncreas que ya no es posible segregar ni producir insulina. Su trabajo es normalizar el azúcar en la sangre y llevarla a las células que las requieran para su buen funcionamiento. (Masison, J., 2008).

Quienes requieren insulina son aquellas personas que su páncreas ha parado de producir esta hormona, su producción es indispensable para el buen funcionamiento del organismo y control de la glucosa. Las personas con diabetes tipo I, necesitan de insulina y los diabéticos tipo II, empezarán con el uso de la misma, cuando las medicinas tomadas ya no tengan efecto alguno en la estimulación sobre el páncreas para fabricar insulina.

1.5.3. El páncreas

Morales 2006 menciona que el páncreas es una glándula exocrina y endocrina, ubicada atrás por la parte menor del estómago. Su diámetro es igual al de la mano, es largo, llega a pesar aproximadamente de 70 gr y su color es grisáceo. El páncreas produce insulina, glucagón, polipéptido pancreático y somatostatina para nivelar la producción de azúcar en la sangre. Segrega enzimas que auxilian para digerir los alimentos. El páncreas se encuentra en sitios llamados islotes de Langerhans. Una por una, las células alfa produce glucagón, que sube los niveles de glucosa en la sangre; las células delta crean somatostatina.

1.5.3.1. ¿Qué son las células beta?

Las células beta son una clase de células del páncreas que se ubican en los islotes de Langerhans. Crean y producen insulina, una hormona que regula los niveles de glucosa en la sangre, su trabajo es eliminar el exceso de azúcar que se acumula en el hígado como glucógeno. Los diabéticos no pueden producir esta hormona (insulina).

1.5.4. Alteraciones renales

La palabra nefropatía diabética comprende por completo las condiciones de daño renal. De modo que la secuela se logra observar el desaguar de la vejiga, permaneciendo en ésta continuamente un sobrante de orín. En ciertos sucesos suelen presentarse con perturbaciones fuertes y exigir el sondeo vesicular fijo. (García B., 2002).

1.5.5. Alteraciones oculares

La enfermedad ocular diabética hace referencia a un tipo de complicaciones que los individuos con diabetes suelen afrontar como trastorno de este padecimiento. Pueden incluso causar y originar una lesión de la vista e incluso ceguera. (Bonafonte R. y Sergio G., 2006).

1.5.6. Trastornos sexuales en la diabetes

La diabetes suele ocasionar angustia, inseguridad, miedo al fracaso, desarrollando conflictos por causas psicológicas según Guerrero E. en el 2005. El trastorno sexual más común en el hombre con diabetes es la impotencia (dificultad para tener una erección). Mujeres con demasiada azúcar en la sangre tienen inclinaciones a padecer enfermedades vaginales, ocasionando trastornos como: molestia, resultado de evitar contacto sexual. La mujer como el hombre con diabetes puede sostener relaciones placenteras siempre que mantenga sus niveles de glucosa normales.

1.6. Factores desencadenantes de la diabetes mellitus:

1.6.1. Obesidad

La diabetes tiene que ver con la obesidad, esta relacionada y tiene gran influencia sobre el padecimiento de la diabetes, así como su continua presencia en adultos obesos. Los diabéticos pasados de los cuarenta años tienden ser gordos antes de la iniciación del padecimiento. (Duran L., Bravo P., Hernández M. y Becerra, J., 2002).

1.6.2. Sedentarismo

Los casos con diabetes se han incrementado hoy en día cada vez más sorprendentemente en todo el mundo. Las consecuencias de una mala alimentación que lleva a la gordura y la falta de actividad o ejercicio, es el factor detonante de la negligencia en el descuido de la salud.

1.6.3. Herencia

En la diabetes tipo II, la predisposición genética juega un papel relevante. La probabilidad de que un hijo de diabético tipo II desarrolle la enfermedad es de uno a siete en una escala de diez, si a su progenitor le diagnosticaron el padecimiento antes de los 50 años. (Duran L., Bravo P., Hernández M. y Becerra, J., op. cit.).

1.6.4. Embarazo

En el transcurso del embarazo es importante llevar un registro cuidadoso de la glucosa. Las dificultades habituales en las mujeres diabéticas son las irregularidades hereditarias, problemas en el embarazo como: fallas orgánicas embrionarias, anomalías del corazón, malformaciones del tubo neural, deformaciones del esqueleto, fallecimiento del bebe en el alumbramiento, etc. Conforme el embarazo transcurre la demanda de insulina aumenta ya que las hormonas placentarias antagonizan su trabajo. (Cloherty J., 2005).

1.6.5. Factores indirectos:

1.6.5.1. Alcoholismo

El abuso del alcohol puede ocasionar graves consecuencias en la salud, desencadenando un desequilibrio en los niveles de la glucosa y balance corpóreo, resultados usuales es la hipoglucemia (disminución del azúcar) que ocasiona el alcohol, seguido de náuseas y vómito. (Rivera A., 2001).

1.6.5.2. Estrés

La diabetes en situaciones estresantes, puede inducir demasiado estrés, lo cual provoca emociones inadecuadas como: rabia, depresión y ansiedad, perjudicando el vínculo de unión con su pareja así como el trato con los demás. La autoestima (autoconcepto) puede verse afectada. (Guerrero E., 2005).

La American Diabetes Association, en 2009, menciona que para tolerar el estrés el organismo segrega hormonas que auxilian en la guerra frente al padecimiento de la diabetes. Aunque al elaborar la sustancia causan efectos secundarios, incrementando el nivel de glucosa en la sangre y obstruyendo las bajas de azúcar que posee la insulina. Además, dificultando que el nivel de azúcar se normalice. Demasiado estrés impide generar insulina en la diabetes, disminuir el estrés (normal) mantiene alerta en el cuidado de la diabetes.

Todos los días suelen presentarse situaciones estresantes, y no queda otra solución que tomar las cosas con calma para tener el control y que el estrés no salga de un margen eficaz. Esto logrará que en el organismo no haya un descontrol de glucosa. En el estrés, cuando se pierde el dominio de sí mismo, el cuerpo recibirá los efectos dañinos, incrementando el azúcar en la sangre. (Rubin R., Arsham F. y Rubin H., 2004).

1.6.5.2.1. Consecuencias del estrés

Las alteraciones en el estrés provocan demasiada secreción de adrenalina (la hormona que produce estrés). Su aparición aumenta la capacidad de "prevención" y conduce a varios cambios psicofísicos (enojo, incremento de

frecuencia cardiaca, de la tensión arterial, de los niveles de glucosa y ácidos grasos en la sangre, etc; a largo plazo pueden desencadenar graves resultados como: falta de sueño, pocas probabilidades de mejorar, inquietud, violencia, incapacidad de concentración y atención, lo cual lleva a una disminución de habilidades que son características de los excesos y largos periodos de estrés. (Weineck J., 2005).

Los individuos con diabetes deben tener conocimiento que, además de su padecimiento, existen otras causas de suma atención y riesgo que podrían provocar enfermedades cardiacas y vasculares (de los vasos sanguíneos). La diabetes lleva consigo un aumento en el riesgo de ataque cardiaco, derrame cerebral y dificultades vinculadas con una circulación pobre. (Americam Diabetes Asociation, 2009).

1.7. Diagnóstico: Afrontamiento emocional

La manera de hacer frente a una situación es distinto en cada persona diabética, ante la noticia del diagnostico que suele ser diferente. Cada persona tendrá un sentido de vida distinto y esto se debe a elementos como: edad, herencia, creencias, experiencias así como nivel socio económico, etc. La primera visita al recibir el diagnóstico es de suma importancia, ya que será el primer afrontamiento con la enfermedad. Aparecerán reacciones emocionales hasta llegar a la aceptación del padecimiento, responsabilizándose, así como llevar una vida con sus inconvenientes y beneficios, viviendo con expectativas. Es lógico que en los diabéticos y sus parientes se presenten distorsiones de pensamientos, hasta alcanzar el equilibrio con la aprobación del padecimiento. Las habilidades más significativas en esta circunstancia son: la información para el conocimiento de la enfermedad y las habilidades para el dominio de este mal. (Salud, 2009).

1.7.1. Negación

La negación acontece como un mecanismo de defensa y consiste en enfrentar los conflictos negando su existencia. Al rechazar se protege el individuo de ser afectado por una depresión, que en ocasiones incapacita a la persona para actuar. El proceso de la negación, se da paso por paso, hasta llegar a la aceptación, apoyando para no percibirse agobiado y poder desafiar a este padecimiento.. (Touchette N. y Robles V., 2001).

1.7.2. Temor

El terror se hace presente inmediatamente cuando alguien comenta sus experiencias que vivieron con familiares diabéticos y como estos terminaron con resultados trágicos debido a la diabetes. (Duran L., Bravo P., Hernández M. y Becerra, J., op. cit.).

1.8. Actitud del diabético ante su padecimiento

En ciertas personas la diabetes suele ser un ataque o agresión. Un acontecimiento para corregir o reformar una condición imperfecta, proceder con desafío y conseguir altos porcentajes de vida saludable. Hasta hoy la mejor actitud que puede asumir el diabético es aprender a controlar su afección, y la manera más eficaz de lograrlo es conociendo su enfermedad con detalle por medio de información práctica sobre los principales aspectos de la diabetes mellitus, el régimen alimenticio que debe mantener, los tipos de ejercicio que puede practicar, los exámenes médicos a que necesita someterse para controlar su enfermedad, los medicamentos indicados, el manejo del estrés y cómo reconocer las urgencias médicas. Esto con el propósito de concientizar acerca de los riesgos que representa este padecimiento cuando no se le trata adecuadamente. (Duran L., Bravo P., Hernández M. y Becerra, J., 2002).

1.8.1. Guardar en secreto el padecimiento

Los diabéticos, con ayuda y entendimiento de su familia y amigos, son las personas idóneas para el buen funcionamiento y desafío de la diabetes. A

su vez, Dares M. en el 2009, argumenta que algunos diabéticos suelen guardar en secreto su padecimiento a los familiares, pues se imagina que se volverá un pesar para sus seres queridos, y toman la decisión de ocultarlo. Después de algún tiempo, esto deteriora su padecimiento también y también el aspecto emocional. La manera de dar la cara a la diabetes favorece al buen control de la glucosa.

1.8.1.1. Argumentos para no revelar el padecimiento

La argumentación del diabético para no revelar su enfermedad suele basarse en que esto que le está pasando es espantoso y nadie debe saberlo, aún los familiares más cercanos. En otras circunstancias suelen ser los mismos familiares quienes comentan a la persona con diabetes que no lo debe saber nadie. Esto puede ocasionar el fracaso en el padecimiento, encierro e incomunicación con los demás y un sobrepeso que llevar a cuesta. La forma de proceder frente a la enfermedad puede ocasionar más quebranto que la misma diabetes; sostén y tolerancia son esenciales para desafiarla. (Dares M., 2009).

1.9. El rol de la familia

La labor que desempeñan los familiares, camaradas y cuantos convivan con la persona diabética es de suma importancia para lograr el éxito en el padecimiento, y en lo que respecta a la enseñanza también. Todos los miembros involucrados requieren de auxilio y soporte por especialistas de la salud, en caso de que llegara a presentarse alguna emergencia. (Guerrero E., 2005).

1.9.1. Familia: Homeostasis amenazada

Osorno (2009) sostiene que la presencia de un diagnóstico perturbarte ante la diabetes, asume responsabilidades en cada miembro de una familia, cambios en conductas y costumbres. La familia activa las herramientas necesarias para recobrar su equilibrio en riesgo de romperse. Algo esencial en

estas circunstancias es el requerimiento de la familia en el acomodo a una condición de cambio y recurre a nuevas conductas y roles.

1.9.2. La familia y la educación en la diabetes

La familia completa y el diabético requieren de información y enseñanza para llevar a cabo las indicaciones necesarias para la obtención del control adecuado de la persona diabética así como apoyo preciso. Es significativo que cada integrante de la familia, que conviva con el diabético, pueda entender sus necesidades y la atención que conlleva este padecimiento. Cada uno de los integrantes de la familia se vuelve guía del padecimiento, motivando con actitud positiva cuando lo demande y siendo cuidadoso de no criticar. (Osorno., 2005).

1.10. Apoyo psicológico y social

En la diabetes no podemos pasar por alto la cuestión psicológica de la persona, tanto emocional, conductual y social. Es una perturbación crónica en la cual el individuo cambia su pensamiento, el modo de ver la vida y la manera de afrontar las adversidades al igual que su trato con los demás, que es de suma importancia para el buen funcionamiento sobre su padecimiento. (Salud, 2009).

La principal característica que identifica a la diabetes mellitus es que es una enfermedad crónica, y por lo tanto incurable, cuyo tratamiento y evolución dependen en gran medida del paciente. Al ser diagnosticado con diabetes, en ese momento la persona se convertirá más que nunca en el auténtico responsable de su salud y de la calidad de vida que tenga.

CAPÍTULO 2

EFFECTOS DE LAS EMOCIONES EN EL CURSO DE LA DIABETES MELLITUS

Cualquier persona se comporta distinta en cada circunstancia de la vida, lo cual se debe a la manera en que actuamos emotivamente y la afrontamos. Algunas impulsan a moverse, mientras que otras, por el contrario, se retrasan originando cambios (fisiológicos y cognoscitivos) y modificando por completo el entorno del individuo. La persona que se deja llevar por sus sentimientos no consigue ser racional y congruente. Las razones de las que se vale para respaldar sus argumentos persisten sobre la melancolía, el regocijo, rencor o la ira. Sin embargo, cuando la voz o expresiones del rostro manifieste abiertamente el sentimiento del sujeto, no tiene conexión con el suceso. Las emociones protegen y auxilian, sobre todo al dirigir las de manera conveniente y equilibrada. Por lo que concierne con lo racional aumenta la oportunidad de conseguir el éxito. (Arias N., 2008).

Las emociones de todos los días influyen en los niveles de azúcar en la sangre, según el manejo emocional y la afectación y su forma de actuar ante cualquier circunstancia. Apoyar a los diabéticos a mantener en equilibrio sus emociones en el cuidado de sus enfermedades, obtiene el beneficio de mejorar la calidad de vida en la diabetes. Lo cual, al instruirse en la educación de la diabetes en todo lo referente al padecimiento y las emociones, es de suma importancia ya que de esta forma se hace frente a la situación y se actúa de una manera más adecuada a cada circunstancia que se presente. También detectar las emociones para dirigir las de forma apropiada y que estas puedan favorecer la salud del diabético, haciendo frente a la enfermedad, poniendo todo el potencial necesario para convivir con la diabetes. (Dares, 2009).

2.1. Etimología de las emociones

Una emoción es un movimiento del alma o del ánimo, algo que nos sacude o nos mueve. La palabra aparece registrada en español desde el siglo XIX. El verbo francés émouvoir, que denotaba emocionarse o conmoverse,

pero en realidad su uso no se generalizó hasta el siglo XIX. El verbo francés provenía del latín *emovere* formado por (*hacia fuera*) y *movere*, que significaba remover, sacar de un lugar, retirar, pero también sacudir, como suele hacer la emoción con nuestro ánimo. (Lyons W., 1993).

2.2. Concepto de emociones

Sentimientos internos de duración breve y de aparición normalmente abrupta acompañada de síntomas físicos, donde podemos identificar componentes psíquicos, somáticos y conductuales que se relacionan con el afecto y con el estado de ánimo. (Vallejo R., 2006).

2.2.1. Función de las emociones

El objetivo de las emociones es entender los sucesos y como estos se dan. Los acontecimientos más graves aumentarán el interés, mientras que otras situaciones no lo tienen o pasan desapercibidas. Estar atentos a lo que pueda ocurrir, ayuda para auxiliarnos a asegurar una maniobra adecuada al evento. Una respuesta fisiológica, contribuye a lograr que una emergencia logre su objetivo o se mantenga alerta. En un suceso sin aviso, el individuo que lo vive no tiene la oportunidad de pensar o actuar convenientemente para su protección y supervivencia. En esta circunstancia la persona se conducirá a ciegas y no sabrá como reaccionar ante un hecho inesperado. (Ortony A., Clore L. y Collins A., 1996)

2.2.2. Importancia de las emociones

Las emociones son indispensables. Primordial en la vida de las personas. No es algo pasajero y sin importancia. Es trascendental para nuestra existencia. Sin embargo, aunque son elementales, no se les da el interés que requieren. La formación que se recibió en lo que respecta a las emociones cuando se trata de controlarlas y manejarlas, todo es inútil. (Caruso R., y Salovey, 2006).

2.3. Las emociones como medio de comunicación

Si bien no platicamos de las emociones propias, casi todas las personas que nos rodean se dan cuenta de qué nos esta pasando. Esto es debido a las emociones y los cambios de euforia, primordialmente en las que se muestran y revelan en los gestos de expresión, en la forma física, volumen de voz, conducta y semblante. Los cambios fisiológicos y de comportamiento, manifestados en un acontecimiento de temor, ira, tristeza, gozo y rechazo, son iguales en cualquier tipo de civilización. (Boec K. y Martín D., 1993).

2.3.1. Expresar las emociones

Algunos individuo esconden, contienen y guardan sus emociones y sentimientos, lo cual los mantiene bloqueados totalmente y llenos de amargura, tristeza y dolor. El ser humano que logra comprender y manifestar sus emociones, aprecia y siente la alegría por vivir y disfrutar de las cosas que lo rodean, comparte con los demás lo que esta experimentando. (Yepes D. y Correa V., 2007).

2.4. La inteligencia emocional

El conocimiento emotivo comprende atributos tales como: percepciones convenientes propias y emocionales, habilidad o empatía de estar en la misma condición de la otra persona así como el dominio de las emociones para desarrollar una mejor calidad de vida. Solo aquel que sabe cómo se siente y por qué se siente, hace frente a sus emociones, las controla y dirige de modo inteligente. Conoce sus emociones como: miedo, tristeza e ira, elementos de preservación que son parte elemental de nosotros. (Goleman, D., 1995).

2.5. Emociones y enfermedad

Casi todas las enfermedades están relacionadas con la emoción (ulceras, colitis, padecimientos de la epidermis como urticaria, problemas circulatorios como hipertensión, trastornos de las vías respiratorias como asma, malestar de cabeza como migraña, son ocasionados por la ira) conectados con los impulsos que tiene la persona al hacer frente a la vida. (Sperling P., 2004).

2.6. Emoción y pensamiento.

Pensamiento y emoción están íntimamente ligados a través de las redes nerviosas y funcionan como una unidad para enriquecer el conocimiento. Si al pensamiento le quitamos la emoción, lo que queda es, tan sólo, un pensamiento totalmente impreciso. Las emociones son inseparables del pensamiento y están, asimismo, vinculadas. La emoción alimenta el pensamiento y ayuda a definirlo. Esto significa que, en esencia, uno no sólo piensa sino también siente. (Hannaford C., 2009).

2.6.1. Las emociones: Una ayuda al tomar decisiones

La vida esta llena de decisiones: que oficio aprender, a dónde ir de vacaciones, con quién casarse, cómo invertir el dinero, o si se esta listo de aceptar determinada tarea. Cuando más variadas son las posibilidades de elección, menos ayuda la lógica formal por sí sola. En algunas ocasiones una sensación en el estómago nos ayuda más a tomar la mejor decisión que todas las reflexiones racionales. Sin embargo, en determinadas circunstancias pueden tener consecuencias desastrosas. Las emociones asumen dos importantes tareas: moderar nuestras reacciones emocionales para no entrar en conflicto consigo mismo y desarrollar planes de actuación concretos convenientes para la realización del objetivo de la persona. (Boec K. y Martín D., 1997).

2.7. Conspiración del silencio

A muchos diabéticos les da miedo que se enteren de su enfermedad. Les angustia el hecho que se conozca su afección y los efectos que estos tengan al saberlo. Teme al rechazo de las amistades y como lo vean los demás. Suele apartarse y encerrarse en su mundo, empeorando sus emociones y frustrándose. Teme ser ridiculizado y despreciado. Se preocupa al ser auxiliado por personal médico, compañeros o seres queridos, aunque el no lo haya manifestado. Si se entera de lo que puede acontecer, se interna en sí mismo y utiliza su rabia para defenderse. (Duran L., Bravo P., Hernández M. y Becerra, J., 2002).

2.8. Trastornos psíquicos en la diabetes

A consecuencia de tensión en la que se encuentra la persona con diabetes, ocasionadas por las presiones alimentarias, circulatorias, preocupación y temor de agravar la enfermedad, se originan trastornos de disfunción eréctil, no provocados por la diabetes sino por la perturbación psíquica. El estrés liberó una diabetes que permanecía sin manifestarse. Una vez instalada la diabetes, la persona temerosa por el descubrimiento del padecimiento, se dedica a empeorar la diabetes, ocasionando una discapacidad sexual (solo causa esto a nivel psíquico). (Kusnetzoff C., 2003).

2.8.1. Los diabéticos se vuelven más sensibles

La persona con diabetes se muestra con una mayor sensibilidad emocional ante todo su entorno, especialmente con las personas más cercanas a ella. Siempre estará deseando afecto, cariño y amor de los demás, sobre todo de sus seres queridos. (Duran L., Bravo P., Hernández M. y Becerra, J., 2002).

Numerosas transformaciones emocionales y de conducta comienzan en el diabético cuando obtiene el resultado de su padecimiento, lo cual incluye admitir el mal y hacer frente a la diabetes:

- Negativa y oposición al padecimiento.
- Emociones e ideas de fallecer.
- Problemas de inferioridad y autonomía.
- Discapacidad sexual.
- Desafío
- Tensión
- Abatimiento.
- Impresiones de persecución.
- Exceso de protección.
- Inapetencia.
- Atracónes.
- Sumisión.
- Control.

- Irritabilidad.
- Negligencia.
- Castigo.
- Pensamientos de incapacidad.
- Temor de estar solo.
- Reservado- ermitaño.
- Descuido personal.
- Inadecuada autoestima.
- Negligente
- Urgencia de amor y cariño.

De manera sencilla se hace presente la desolación, el miedo y la tensión y frecuentemente se concentra en su deceso. Hay quienes piensan que es hora de disfrutar la vida a costa de lo que sea. (Duran L., Bravo P., Hernández M. y Becerra, J., op. cit.).

2.8.2. La diabetes afecta el humor

La diabetes trastorna las emociones en la persona que la presenta. Padece transformaciones de índole emocional y conductual cuando los niveles de azúcar bajan, se presentan desequilibrios como: agotamiento, abatimiento y nerviosismo. La mayoría manifiesta un aumento de irritabilidad. (Sperling A., 2005).

2.8.3. Tensión emocional

Las alteraciones emocionales y muy específicamente el estrés, son vinculados con trastornos como gastritis y úlceras. Los estados emocionales pueden ocasionar señales de anorexia, náuseas y dolor al deglutir, que cambian la falta de alimentación y obstaculizan una digestión adecuada. El desequilibrio de emociones suele ocurrir debido a causas de estrés laboral, según el seguimiento que se le da al padecimiento, y el miedo a terribles desenlaces. (Cavero O., 2003).

2.8.4. Estrés

Demasiadas tensiones emocionales afectan a las personas, aunque en los casos con diabetes esto puede resultar grave por los incrementos de glucosa que se ocasionan, además de desencadenar serias dificultades (amputaciones, hospitalizaciones) en el padecimiento. (Duran L., Bravo P., Hernández M. y Becerra, J., 2002).

2.8.5. Depresión

La persona que padece diabetes se vuelve más sensible a la depresión. Suele ser más frecuente y permanecer por más tiempo en personas con este padecimiento. La depresión normalmente se hace presente posteriormente a la negación y coraje, o seguido después de haber hecho frente a la enfermedad durante varios años. No se sabe todavía porque las personas con diabetes tienen más inclinación a caer en depresión, quizás sea por las condiciones y presiones del padecimiento a las que tienen que hacer frente, o tal vez sea el sentirse menos y diferentes de los demás o tiene que ver con el sistema fisiológico que va deteriorando los nervios que regulan los estados emocionales. (Touchette N., 2001).

2.8.6. Ansiedad

La ansiedad es una reacción a una manifestación normal a un acontecimiento angustioso. Responde como protección para sobrevivir cuando se esta en peligro, haciendo que la persona este alerta para cualquier imprevisto en riesgo, lo cual es un comportamiento natural y en algún momento cualquiera ha padecido ansiedad. Sin embargo, la ansiedad puede ser peligrosa si se transforma en una disfunción por permanecer un lapso de tiempo. En el caso de la persona diabética no puede ver más allá de sus preocupaciones actuales para disfrutar de las cosas que alguna vez le parecieron placenteras. (Touchette N., op. cit.)

2.9. Ajuste emocional en la diabetes

Es indispensable que todos apoyen al diabético en lo que respecta a su padecimiento. Si algo le incomoda es preciso manifestarlo para disminuir su estado emocional alterado. No es recomendable callar lo que se siente a familiares y amigos. Mostrar los sentimientos que atormentan ayuda a una mejor comprensión, fortalece a la familia y servirá para no guardar sentimientos hostiles en el diabético. Mientras más comunicación haya en relación a la diabetes y la incertidumbre que ocasiona a todos, beneficiará y auxiliará en la vigilancia de la diabetes. (Touchette N., op. cit.)

2.9.1. Choque emocional ante el diagnóstico

Un fuerte impacto en el diabético es recibir la noticia sobre su padecimiento irreversible, en el cual se presentan alteraciones conductuales y emocionales:

- Temor
- Ira
- Negligencia
- Desconsuelo
- Abatimiento
- Admitir

Es indispensable y necesario hacer frente al padecimiento para un control emocional y lograr niveles de glucosa adecuados. (Duran L., Bravo P., Hernández M. y Becerra, J., 2002).

En numerosos enfermos, el dictamen de diabetes suele ser el comienzo de la identificación de conflictos de comportamiento, sentimientos y de pensamiento, al igual que las reacciones de desconfianza y cólera, huída o escapatoria. Existen pacientes que esconden su enfermedad, disimulan sus emociones y presentan comportamientos de agresión. Además, hay quien consigue instruirse sobre su padecimiento con el propósito de disminuir la angustia y el desánimo.

El individuo que tiene un padecimiento irreversible sufre un cambio en el aspecto emocional:

- Desánimo
- Frustración
- Angustia
- Temor
- Aislamiento
- Emociones que se transmiten hacia todas las personas cercanas (Duran L., Bravo P., Hernández M. y Becerra, J., op. cit.).

2.9.2. Bloqueo emocional

El páncreas es la glándula que está conectada en el medio energético del plexo solar. Cualquier trastorno en esta glándula muestra la presencia desequilibrada en lo referente a las emociones. Este eje de fuerza dirige los sentimientos, ambiciones y la psique. El diabético es sensible y frecuentemente tiene anhelos. Es la clase de sujeto que tiene ambiciones y las comparte con los que ama. Aunque siente envidia cuando otro tiene más que él.

En conclusión el diabético suele ser solícito y con demasiadas esperanzas. Se conduce como mamá (papá) y se siente mal, si sus anhelos para los que ama no se cumplen. Piensa demasiado en sus deseos y es perseverante hasta cumplirlos. El tener demasiadas aspiraciones, oculta una desolación interna en busca de afecto y ternura que jamás se ha saciado. (Bourbeau L., 2008).

2.10. Factores emocionales

Cuando el estado emocional (ansiedad, angustia) es demasiado, bloquea la capacidad para asimilar alguna enseñanza. Se ha reconocido una cantidad de emociones que se originan con la aparición de un padecimiento permanente. La mayoría de los sujetos presentan una perturbación, escepticismo y posiblemente enojo, vergüenza, desolación y pérdida de la independencia. Ciertamente la persona llega a sentir que ha fallado. Ahora

tiene que hacer frente al padecimiento junto con el temor de un nuevo estilo de vida diferente, con responsabilidades para poder sobrevivir dignamente. (Federation Diabetes Internacional, 1996).

2.10.1. Importancia del control

Es importante dominar las emociones y la diabetes y no permitir que la diabetes y las emociones gobiernen primero al diabético. Los cambios emocionales no son muy importantes en la manifestación de la diabetes aunque una vez declarada la enfermedad, se vuelve totalmente lo contrario, ahora requiere una atención y cuidado primordial todos los días. (Association Diabetes American, 2004).

No obstante, las emociones no son las causantes de la diabetes, pero una vez que se hace presente la enfermedad, ejercen mucho dominio sobre ella y también en su óptimo desarrollo. (Sperling P., 2004).

CAPÍTULO 3

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA

El concepto de adherencia hace referencia a una gran diversidad de conductas, las que transitan desde formar parte en un programa de tratamiento para los enfermos crónicos degenerativos, y en particular los diabéticos, y continuar con el hasta desarrollar un comportamiento saludable, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales de salud. (Martín, A., 2003).

3.1. Adherencia terapéutica deficiente

En el caso de los diabéticos la adherencia terapéutica incorrecta es la causa primordial de que no se consiga aprovechar el sistema médico de salud, lo que ha causado dificultades físicas, perjudicando la condición de vida de la persona y aumentando el precio de la asistencia hospitalaria.

La complicación de una deficiente adherencia al procedimiento médico o psicológico, tiene que ver indudablemente con el asunto del agravamiento del padecimiento.

La adherencia y sus problemas pueden ocurrir por ausencia, exceso o defecto en el seguimiento de la recomendación, antes, al inicio, durante o al finalizar. Incluso la persona puede adherirse a ciertos aspectos de la prescripción, pero no a todos o en algunos momentos o circunstancias, pero no en otros. (Núñez O., 2005).

3.1.1. Causas del fracaso terapéutico

El inadecuado seguimiento al tratamiento puede estar influenciado por el descuido de una carencia de indicaciones precisas y claras no descritas por el doctor, como también los síntomas adversos de los medicamentos. Para evitar las recaídas es fundamental que los profesionales: (Palacios S., 2001).

- Acremente el entusiasmo en la persona
- Avive la colaboración en una agrupación terapéutica de autoayuda
- Promueva la creación de una corporación de unión con camaradas
- Organice funciones que aprueben instrumentos para optimiza los roles, familiares, sociales y laborales
- incite la investigación para desarrollar nuevos patrones de conducta (Zarate A. y Ortiz, 2010).

3.2. Adherencia

Aprobación del enfermo a seguir un tratamiento proporcionado por profesionales, lo que responsabiliza llegar a un acuerdo entre facultativo y afectado. Trátese de una dosis tomada, una transformación en alguna conducta, costumbre o procedimiento psicológico. (Zarate A. y Ortiz, op. cit.).

3.2.1. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento

La persona con ciertas especificaciones estadísticas (años, género, linaje, educación, labor, estudios, nivel social), no son un elemento desencadenantes de una mala adhesión. Aunque se ha visto que a mayor edad, mejor adherencia, con una distinción de mayores de 75 años, en el cual el padecimiento crónico agrava el desempeño terapéutico.

3.2.1.1. Factores psicológicos

El elemento de tipo psicológico interviene de igual forma en el acatamiento de las instrucciones terapéuticas. La angustia y abatimiento agravan la adhesión. La conducta y juicios de las personas en lo referente al tratamiento, al padecimiento y a la unidad médica, son componentes indispensables en la toma de adherirse al procedimiento indicado y cumplido adecuadamente.

3.2.1.2. Servicios de salud

La poca promoción y disposición de ciertas asociaciones involucradas con los servicios de salud son implicadas como causantes que conducen a dejar el tratamiento.

La desorganización de los servicios de salud es otro elemento que ocasiona el abandono debido a que se toma largo tiempo en la espera a ser atendido, el precio alto de una consulta, los inconvenientes para seguir el tratamiento, el trayecto que se recorre de un extremo a otro a la clínica y el tiempo que se toma en llegar.

El trato cordial y amable ante el paciente, por parte del personal médico, es muy importante para que surja una atmósfera de armonía y confianza que beneficie la adherencia terapéutica.

La variabilidad en itinerarios de consulta, un ambiente agradable y confortable en el lugar de asistencia médica, ha dado una mejoría en la adhesión.

3.2.1.3. Régimen terapéutico

Se ha comprobado que la adherencia a un tratamiento médico, reduce al incrementarse la dosis médica, también se presenta en la manifestación de síntomas desagradables y cuando hay un largo tratamiento.

3.2.1.4. Factores socioeconómicos

La decadente carencia económica, la ignorancia, la deficiente educación, la falta de trabajo y ayuda gubernamental eficaz, el alza de los precios y servicios básicos, las distancias largas de los centros de salud, las medicinas caras, las condiciones climáticas, la cultura y las creencias en lo referente al padecimiento y un ambiente disfuncional familiar, son factores inadecuados en el tratamiento. (Núñez O., 2007).

3.2.1.5. Factores de riesgo implicados en la enfermedad

Dentro de ellos se reconocen las creencias del paciente asociadas a la percepción de amenaza a la salud ocasionadas por una enfermedad, la

representación mental acerca de su enfermedad, sus expectativas, la motivación por su salud, los conocimientos acerca de la enfermedad, los afrontamientos y el apoyo social, entre otros.

Este no es un fenómeno unitario, sino múltiple y complejo por los numerosos factores implicados como determinantes de la conducta de cumplimiento, entre los que se incluyen los aspectos psicosociales del paciente, que intervienen en la eficacia de los afrontamientos, la diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto, el nivel cultural e intelectual, en general las características personales (resistencia personal, autoestima), las características propias de la enfermedad, así como su valoración social y el apoyo social. (Núñez O., op. cit.).

3.2.2. Adherirse al tratamiento tiene sus ventajas

Cuando el enfermo presenta una serie de trastornos a causa del padecimiento y una mejoría de las manifestaciones al hacer adhesión al tratamiento, existe una mayor probabilidad de apego a la prescripción médica, mientras que sucede todo lo contrario al no presentar síntoma alguno, pues no se cuenta con una detección sintomática apropiada para continuar un tratamiento. (Núñez O., op. cit.).

3.2.3. Intervenciones psicológicas para facilitar la adherencia terapéutica

- Respiración Diafragmática
- Tensión-Relajación
- Meditación
- Reestructuración cognitiva
- Técnica de la relajación pasiva

3.2.3.1. Respiración diafragmática

El entrenamiento respiratorio diafragmático se utiliza para corregir la respiración inadecuada. Disminuir la exhalación acelerada, regulando el aumento y descenso del diafragma, optimizando la oxigenación.

Objetivos de los ejercicios respiratorios:

- Optimizar la exhalación
- Evitar anomalías pulmonares
- Aumentar la energía y regular las vías respiratorias
- Aumentar y desarrollar la función de la caja torácica y columna dorsal
- Reparar las conductas respiratorias inadecuadas
- Intensificar la relajación
- Educar en el control emocional
- Incrementar la habilidad integral de la persona

Precaución:

La respiración siempre será tranquila y pausada

Enseñanza de ejercicios respiratorios:

- Elegir preferentemente un sitio calmado y en silencio donde el paciente y el instructor puedan interactuar sin distracción alguna.
- Se aclarará al paciente el propósito y el argumento de las instrucciones respiratorias
- El paciente sobre una posición conveniente y armoniosa, con ropa cómoda y suelta para hacer movimientos
- Estar pendiente de la respiración del paciente, esta tiene que estar en completa tranquilidad
- Se revelará al paciente la forma de respiración anhelada
- El paciente se ejercitará con la respiración adquirida

Procedimiento:

- Se colocará al paciente en un punto (reclinado) de relajación para adiestrar en la respiración diafragmática.

- El paciente ubica sus manos encima del abdomen para sentir el sube y baja de la respiración diafragmática adecuada.
- Se solicita al paciente que respire tranquilamente y profundamente por la nariz. El paciente conservar los hombros relajados y el tórax calmado, dejando que suba y baje el abdomen.
- Se demanda al paciente que deje salir el aire pausadamente con una respiración dirigida.
- El paciente se ejercita tres o cuatro veces y después se relaja, sin permitir que se sofoque.
- La mano del paciente se levantará en la respiración y bajará con la exhalación.
- En cuanto el paciente comprenda la respiración y la utilice con una técnica diafragmática, respirará por la nariz y espirará por la boca.
- Se practicará la respiración diafragmática en una serie de distintas formas (sentado, de pie) y en el ejercicio (caminando y subiendo escaleras). (Kisner C. y Colby L., 2005).

3.2.3.2. Técnica de tensión y relajación

El movimiento musculoso va seguido de estremecimientos frágiles que no se alcanzan a sentir. Para optimizar las sensaciones en lugares tensos de la musculatura del cuerpo se necesita concentración en estas partes. Al darse cuenta de esta contracción, será más factible movilizar y destensar. Aun los tendones en completa placidez, se encuentran en encogimiento ligero y mantenido.

Tensar y relajar los músculos uno por uno para relajar y tensionar. Tensar y relajar los músculos provoca un efecto de alivio. Un sentir de

descanso y de sensaciones en los músculos. Estas percepciones nos dicen que existe tensión en esta parte del cuerpo y se empezará a trabajar para lograr una distensión.

Ejercicios

- Respiración
- Brazo: Mano araña
- Pierna: Doblar el pie hacia arriba y hacia abajo.
- Flexión de las puntas de los pies: Doblarlos hacia abajo y hacia arriba.
- Respiración (2)
- Tensado de la musculatura abdominal.
- Tonificación de los hombros.
- Encogimiento de los hombros.
- Presión de la cabeza hacia atrás.
- Parte superior de la cara: levantar las cejas, fruncir el entrecejo, ejercicio con los ojos.
- Parte inferior de la cara: mandíbula, labios y lengua.

Tiempo máximo de los periodos:

De 5-10 segundos para tensar y 30-40 segundos para relajar.

Realizar la orden (tensar) de ahora. Liberar la tensión a la voz de “relajar”. En las órdenes el tono de voz puede cambiar de autoritario al “tensar” a “pacífico” al relajar. Se puede permanecer con los ojos cerrados o abiertos.

Posición cómoda, tomar un tiempo para normalizar la respiración en forma normal. Después de dos minutos, retener la respiración y en seguida suelte el aire lentamente, dejando ir junto con el aire toda la tensión retenida, regresar a su respiración normal.

Aguardar a la palabra “ahora” para ejecutar la acción.

Se supone que toda tensión muscular va adherida con lo cognitivo y toda tensión influye en la mente. Si la tensión almacenada sale, se producirá una paz y liberación.

Precaución:

Las instrucciones de tensar y relajar no son apropiadas para individuos que padece de alucinaciones, delirios u otros síntomas psicóticos, ya que este ejercicio puede alterar las sensaciones extracorpóreas. (Payne R., 1999)

3.2.3.3. Meditación

Una herramienta indispensable para bajar el estrés es la “meditación”, centrada en el ser y toma de conciencia. Ejercitando la mente para lograr el dominio en la atención, esclarecer ideas y movilizar los causantes del estrés. La meditación incita la relajación y libera las causas fisiológicas que afectan del estrés.

Pasos para una meditación:

- Elegir un aposento agradable y placentero, silencioso y apacible (apagar teléfonos).
- Tiempo máximo recomendado de 15 minutos, dos veces al día. No intentar relajarse de forma consciente, intentar con una actitud pasiva y concentrarse en la respiración.
- Ponerse cómodo en una silla, un sitio tranquilo, cuerpo recto, manos relajadas sobre el regazo o en los brazos de la silla. Ojos cerrados, concentración en la respiración. Dejar que el cuerpo se relaje lo más que sea posible.
- Consentir que el cuerpo inspire sistemáticamente, pronunciar la palabra “uno” a la vez que inhala y la palabra “dos” al exhalar. Concentrarse en

estas dos órdenes ayuda a liberar los pensamientos nocivos que causan estrés.

- Seguir la respiración por 15 minutos.

Precaución:

Como lo importante en la respiración es que se lleve a una relajación, no es recomendable utilizar reloj o timbre para saber cuando terminan los 15 minutos del ejercicio. Si esto llega a pasar, la alarma, activará el estrés y todo el ejercicio habrá sido inútil.

Al poner en práctica este ejercicio continuamente, se hará más fácil la meditación en algún otro espacio. (Oblitas G., 2006).

3.2.3.4. Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva es una habilidad para conocer, examinar y cambiar el raciocinio distorsionado invirtiendo este por uno más recomendable y congruente. Los pasos a seguir son:

3.2.3.4.1. Identificación de pensamientos

La mayoría de las ideas nacen de algún modo involuntarias, sin ser consciente de ellas. Luego entonces una forma de conocerla es hacerla conciente, describiendo paso a paso los acontecimientos y puntualizando que es lo que se especulo al respecto.

El siguiente paso sería tomar nota de las ideas existentes de la forma más realista permisible. Se han de comprobar los conceptos antes y después de una condición problemática.

3.2.3.4.2. Análisis de pensamientos

Se aplica para descubrir el sentido equivocado, que no concuerda con el verdadero propósito. Primero se realiza un estudio en la observación y adhesión en que los conceptos son nada más que suposiciones y no la realidad de la situación presente.

Los pasos a seguir en el análisis son:

- a) Sistematizar las ideas (inadecuadas, incorrectas o imparcial).
- b) Establecer el valor del juicio de las especulaciones. Para eso se emplea un escalafón numérico (usualmente del 0-9).
- c) Examinar las ideas, comenzando con la menos imperceptible.

Esta investigación se basa en tres razones esenciales: validación, eficacia y resultados; lo cual acontecería si lo que se especula existiera.

3.2.3.4.3. Modificación de pensamientos

Se basa en suplir las ideas inadecuadas irreales por unas verdaderas y realistas. Es indispensable encontrar conceptos variados que auxilien a concebir una mejoría y pueda seguir a la perfección con sus funciones cotidianas. (Novel M., Lluch, Canut M. y Vergara L., 2005).

La técnica de relajación pasiva utilizada por Wchwratz y Haynes (1974) consiste en:

- Permanecer cómodamente, descansando con los ojos cerrados, cada uno de los miembros del cuerpo son agradablemente recostadas en un asiento de tal manera que no sobrevenga apresuramiento por contraer la musculatura.
- Abandonarse para poder conseguir una emoción de tranquilidad y alivio.
- Enfocar la atención en la musculatura de la mano derecha, se va aflojando continuamente poco a poco.

- De esta manera el terapeuta sigue disminuyendo y suavizando todo el cuerpo, parte por parte. Al finalizar la relajación, hace una evocación de lo anterior.
- Lo siguiente es enfocado en los brazos, cara, cuello y hombros. Poner interés en cada una de las partes del cuerpo, tomar nota de cómo se va sintiendo la musculatura, como se va debilitando la retención y congestión del músculo.
- Inicio de relajación de músculos.

“Terapeuta” cuando se esta profundamente tranquilo, se percibe el cuerpo pesado en los músculos y un calidez ligera. Permitir que esa emoción se adentre. Es un signo de que los músculos se están relajando.

De aquí en adelante se escucharán solo palabras de índole de alivio para relajar los músculos.

“Terapeuta” soltar los músculos para que se sientan cada vez mas pesados, tibios y ligeros. Poner atención en las emociones que traen el alivio. Si se pierde la referencia, incorporarla nuevamente a la impresión. Permitir que la relajación llegue y se logre un alivio .y tranquilidad. Los pies...las piernas...los muslos...el estómago...el pecho...la espalda...los hombros...los brazos...la cara...el cuello, completamente relajados, los músculos ligeros, abandonados; muy livianos. Soltar el aliento bajo su propio vaivén suave...en un momento completamente de relajación. Todo el cuerpo y cada una de sus partes están muy relajados, hay una tibieza. No hay movimiento, sólo dejarse conducir, consentir que la respiración continúe su cadencia apacible. Permitir una completa relajación continua, armoniosa y saludable.

Las explicaciones tardan 20 minutos, durante el transcurso la voz del terapeuta sólo se detiene en unos momentos muy breves. La voz es suave, cálida y lenta. (Caballo E., 1991).

De todo lo anterior se encontró que la “técnica más funcional” para pacientes diabéticos es la respiración diafragmática, por la rapidez en la que se obtiene la relajación, de acuerdo a la evidencia clínica propia con pacientes diabéticos.

3.1.1.1.2. Intervención de refuerzo conductual

Se puede llevar a cabo un programa de retroalimentación para que el diabético se apegue a la adherencia terapéutica, que es segura para identificar los continuos niveles de glucosa, esto se plantea para ser ejecutado por medio de Internet.

Entonces la intervención proporciona el beneficio a los pacientes “con acceso a Internet” a los archivos clínicos del profesional médico donde se les deja mandar correos electrónicos.

Así el programa facilita la retroalimentación de los niveles de glucosa en la sangre, un lugar con aplicación ilustrativa en lo referente a la diabetes con un registro de guía nutricional, ejercicios y tratamiento farmacológico.

La intervención es dominada por contestaciones fisiológicas, frecuencia cardiaca, comportamiento de la piel, temperatura cutánea, actividad muscular para instruir al diabético a equilibrar de manera consciente todo este desarrollo.

También los diabéticos hacen ejercicios de relajación y algunas otras habilidades conductuales para aminorar riesgos en la aceleración fisiológica. (Schweiz G., 1988).

3.2.3.5.1. Biorretroalimentación

Habilidad para vigilar y suministrar información detallada respecto a causas fisiológicas internas, respecto al ritmo cardiaco, presión sanguínea, para instruir a las personas y lograr el autocontrol.

La labor de Miller (1982) impulsó el inicio de la indagación del transcurso de la biorretroalimentación. Miller fabricó una máquina con electrodos sensibles adheridos a una pantalla en donde el paciente podía

observa el funcionamiento de la temperatura de la piel, instruyendo a sus pacientes a relajarse y poner atención para lograr que, al relajarse los músculos de los vasos sanguíneos periféricos, bajará la temperatura de la piel.

Procedimiento en el que un individuo se instruye para optimizar su salud, en como ejercer en relación a una causa inconsciente del organismo, al recoger una investigación fisiológica de una máquina que vigila constantemente a ciertas medidas fisiológicas.

Prototipo de enseñanza con el que se puede llegar a dominar de una manera responsable las secuencias biofísicas, usualmente se cree que están muy lejos de las disposiciones juiciosas, sin la administración de fármacos.

La biorretroalimentación educa a las personas a lograr y llegar a una fase de relajación, representado por una influencia parasimpática y opuesta a una norma de emoción fisiológica mostrada en escenarios vinculados con el estrés. Toda variación fisiológica va junto con un periodo emocional (tensión muscular, sudoración, presión sanguínea y respiración acelerada) y mental. La biorretroalimentación se emplea como una habilidad en el campo médico y psicológico en procedimientos como fobias, depresión, ansiedad e insomnio. (Rubio L., 2008).

Con el estrés se llevan acabo ejercicios de respiración para controlar respuestas corporales inadecuadas que en ocasiones terminan en adicciones como: depresión, gripe, colitis, diarrea, dolor de cabeza, desórdenes alimenticios, trastornos de sueño, lesiones cerebrales y enfermedades crónicas (diabetes, epilepsia, etc). Por último, se hace un diagnóstico sobre el padecimiento y un esquema individual para que el paciente tenga autoridad mental sobre sus conflictos y así quitar los causantes de estrés. (Taylor R., 2006).

Desde una observación psicológica se ha fundamentado que la familia y los amigos, como soporte social alientan, estimulan, abrigan y cuidan a la persona de influencias negativas que perjudicarían su padecimiento y lo

tendrían todo el tiempo en una situación de estrés. Mientras exista más apoyo familiar y social, el paciente estará tranquilo con disminución de emociones nocivas y autoestima inadecuada. En la diabetes, el apoyo familiar está sumamente ligado a tener una mejor adherencia al tratamiento. Disponer de un lugar fijo para vivir y un soporte social con familia estructurada y amigos es un factor que facilita la adherencia. (Denman C., 1993).

3.2.3.6. Intervenciones con dinámica de grupos

Un grupo procura soporte, energía, emociones y disciplina, desarrolla la fuerza de la persona, facilita el apoyo de los demás, implanta reglas, instruye a sus compañeros a cooperar e invierte periodos de tiempo para auxiliar a personas que necesitan salir de los conflictos (sustituyéndolas por tareas) que los mantenían dominados.

También en un grupo se ofrece soporte emocional, enseñanza en la práctica, cambios de conducta, instruirse, aprender a comunicarse con los demás, socialización, rompimiento defensivo, apoyo psicológico, discusiones abiertas y confrontaciones. (Gracia F., 1997).

3.3. La empatía en la relación médico-paciente

Los enfermos requieren afecto y comprensión por parte de su médico durante la etapa del padecimiento y, mayormente, en los momentos donde el padecimiento avanza. El médico es un apoyo para el paciente en su tratamiento, cuando la sola figura del médico es continuamente eficaz y beneficiosa para el enfermo. Es básico que el médico se de cuenta de las emociones que sus pacientes pueden llegar a sentir sino se sienten aceptados por su médico. Es substancial que el clínico reconozca estos sentimientos y pueda hablar de ellos a sus pacientes con una capacidad de empatía, obtenida a través de sus años de práctica. (González S., 2003).

CAPÍTULO 4

PROPUESTA

4.1. Justificación de la propuesta

Este manual estará enfocado en la labor del psicólogo con la intención de introducir habilidades adecuadas en la aplicación de una intervención en crisis con diabéticos, ampliando la acción psicológica, que de manera habitual se lleva a cabo. La intención es que el psicólogo apoye al paciente a ordenar su vida de manera distinta y de forma que resulte más eficaz en su nuevo estilo de vida. Lo importante es que el psicólogo inmediatamente haga un ajuste en el funcionamiento de la persona diabética a determinados fines favorables convenientes a su padecimiento para que vuelva a desempeñar labores y tareas de uso diario que anteriormente realizaba.

La importancia de hacer un manual para personas diabéticas es debido a que, algunos psicólogos, no tienen la experiencia ni los conocimientos sobre este padecimiento. También de cómo realizar una intervención en crisis cuando la persona recibe por primera vez el diagnóstico de padecer diabetes mellitus, y este a su vez, entra en un conflicto emocional posiblemente pensando que va a morir, cuando en realidad ha perdido la salud.

4.2. Objetivos

4.2.1. Objetivo general

El objetivo de una intervención en crisis es que el psicólogo disminuya la fuerza de las emociones en el diabético sufridas por una situación dolorosa, y estas se equilibren y sucesivamente el conflicto emocional no vaya en aumento. (Valero V., 2007).

4.2.2. Objetivo particular

Propiciar que el psicólogo logre que el paciente diabético mejore su estilo de vida, controle sus niveles de glucosa, desarrollando un adecuado equilibrio emocional y una adherencia terapéutica exitosa.

4.2. Manual de intervención en crisis dirigido a psicólogos profesionales de la salud mental para trabajar con pacientes diabéticos



MANUAL DE INTERVENCION EN CRISIS
DIRIGIDO A PSICOLOGOS PROFESIONALES DE LA SALUD
MENTAL PARA TRABAJAR CON PACIENTES DIABETICOS.

Francia L. Bustamante Gutiérrez

I N D I C E

INTRODUCCIÓN

1.1. Definición de crisis

1.1.1. ¿Qué es una crisis?

1.1.2. Aspectos importantes que se consideran al definir una crisis

1.2. ¿Qué es una intervención en crisis?

1.2.1. Metas de la intervención en crisis

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

1.3.2. Objetivos específicos

1.4. La intervención

1.- Realizar contacto psicológico

2.- Analizar el problema

3.- Favorecer la expresión

4.- Analizar las posibles soluciones:

5.- Ejecutar la acción concreta:

1.5. Diseño de las sesiones de intervención en crisis

1.6. Reestructuración cognitiva

1.7. Respiración diafragmática

1.8. Tensar y relajar

1.9. Imaginería

Lo fundamental en una intervención inicial psicológica es restaurar el potencial de la persona para hacer frente a la realidad y solucionar contrariedades a la brevedad posible. El inconveniente es que el diabético se percibe como un inepto para solucionar los acontecimientos que le crean conflicto en lo presente. Lo elemental es que el psicólogo apoye a la persona diabética en la toma de decisiones para atreverse a desafiar su enfermedad que lo mantiene en una disyuntiva, la cual contiene el control de emociones y la solución de dificultades. (Egozcue M, 2005).

1.1. Definición de crisis

La raíz etimológica de la palabra crisis proviene de la palabra griega crisis que significa “decisión” y deriva de “krimo” (yo decido, separo, juzgo). (Rodríguez M., 2003).

1.1.1. ¿Que es una crisis?

Una crisis es una condición perturbadora y conflictiva que permanece por algún tiempo corto en el individuo. Se identifica por la inhabilidad para hacer frente a un acontecimiento no resuelto. El estrés que ocasiona este evento, trastorna y acrecienta la incapacidad de la persona, desequilibrando su estado emocional. (Slaikeu, K., 1988).

La crisis psicológica hace mención a un cambio donde la persona acrecienta, hay una energía por ajustarse, que puede ser el medio para

desencadenar el ingreso a conductas no adaptativas en un periodo de tiempo, surgiendo desequilibrio y trastornos psicológicos, o todo lo contrario, el crecimiento propio del individuo. (Rodríguez M., 2003).

En el transcurso de la crisis la persona tiene mayor facultad para el desarrollo de enseñanza, emotiva y cognoscitiva, como consecuencia ante esta sensibilidad, siente la necesidad de solicitar apoyo. El individuo, en estas circunstancias, se vuelve apto para que alguien pueda ejercer poder sobre él que en mejores tiempos de ecuanimidad. Una intervención, pequeña y fuera del ámbito familiar, puede llegar a tener una grandiosa transformación en un breve tiempo. Lo cual no sucede en un estado idóneo. (Vergara de L. y Dolores M., 2005)

Aspectos importantes que se consideran al definir una crisis:

- Se produce un acontecimiento impactante en la persona, lo cual provoca un desequilibrio emocional.
- Es un acontecimiento sorpresivo. Aumenta la tensión.
- La homeostasis se pierde por completo, hay un caos emocional en todos los miembros de la familia y en el afectado también.
- Hay dolor, frustración, incapacidad de hacer algo, incertidumbre, ira, culpabilidad.
- Hay transformaciones. La persona busca la manera de resolver el problema y regresar a un estado de armonía. (Vergara de L. y Dolores M., 2005).

Manifestaciones que acompañan a una situación de crisis:

- Manifestaciones emocionales: Suelen estar presentes conductas emocionales como insensibilidad, abatimiento, incomunicación, desamparo y culpabilidad.

- Manifestaciones cognitivas: La presencia de síntomas de confusión y problemas de indecisión.
- Manifestaciones fisiológicas: Crisis, taquicardia, sudoración y agotamiento.
- Manifestaciones conductuales: Sollozos, lamentos, agresividad y desolación. (Rodríguez M., 2003).

1.2. ¿Qué es una intervención en crisis?

La intervención en crisis es un grupo de técnicas dirigidas a ayudar a la persona a recobrar el control emocional sobre una situación en crisis. Ayuda de manera inmediata a restaurar el equilibrio y haciendo conexión con los individuos afectados inmediatamente después de los acontecimientos. Orientada la intervención a disminuir las alteraciones psicológicas y emocionales. (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Los primeros auxilios psicológicos

Al comentar sobre primeros auxilios psicológicos y emocionales, se concierne al apoyo rápido que se recibe ante una intervención que acontece en una emergencia a personas perturbadas, introduciendo varias habilidades para salir adelante y hacer frente de manera más conveniente ante la situación conflictiva. Esto se lleva a cabo cuando se presenta una crisis, los mecanismos de ajuste en la persona se bloquean cuando pasa por un evento que no entiende y se vuelve perturbador en su existencia.

La inhabilidad para cambiar un suceso ante el riesgo aumenta la tensión, suscitando alteraciones emocionales de ofuscación y exasperación, que irán desapareciendo apresuradamente. El individuo rebasado en su potencial de decisión se percibe nervioso, imposibilitándolo para resolver una dificultad. Por lo cual, cada intervención que se lleve a cabo se inclinará a encontrar el equilibrio emocional. (Núñez O., 2005).

1.2.1. Metas de la intervención en crisis

- Restaurar la homeostasis de la persona y corregir la discapacidad de funcionamiento cognitivo para desafiar la situación en la que se encuentra.
- Prevenir inconvenientes imprevistos, (amputaciones, hospitalizaciones).
- Recuperar el nivel cognitivo y reajustar al individuo a diferentes circunstancias a la brevedad posible. (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

1.3. Objetivos

Ofrecer un manual como guía sobre la intervención en crisis con pacientes diabéticos, con el fin de minimizar los posibles efectos emocionales que conlleva este padecimiento.

1.3.1. Objetivo general

Que el psicólogo que trate pacientes diabéticos cuente con este manual para realizar una intervención psicológica adecuada a la crisis, derivada de este padecimiento.

1.3.2. Objetivos específicos

Propiciar que el psicólogo logre que el paciente diabético mejore su estilo de vida, controle sus niveles de glucosa, desarrollando un adecuado equilibrio emocional y una adherencia terapéutica exitosa.

1.4. La intervención

1.- Realizar contacto psicológico

El experto de la salud mental se mantendrá en todo momento interesado en los sucesos, iniciará una plática amable y con respeto, observando a los ojos, y lograr una empatía con la persona.

2.- Analizar el problema

Averiguará lo sucedido y que ocasionó la alteración emocional de la persona y sus necesidades básicas a solucionar.

3.-Favorecer la expresión

Estimulará a que el diabético hable sobre lo acontecido, manifieste sus sentimientos lo cual le producirá un alivio y descanso.

4.- Analizar las posibles soluciones:

Investigar que ha hecho la persona para salir adelante en la situación que se encuentra. Hacer una evaluación sobre sus convenios y sugerir alternativas para evaluar sus acuerdos y replantear algunas opciones para el restablecimiento emocional.

5.- Ejecutar la acción concreta:

Auxiliar a la persona a concretar una transformación que le sea benéfica y lograr seguir adelante. (Mauren, I., 2010).

1.5. Diseño de las sesiones de intervención en crisis

- Modificar las funciones de pensamiento para hacer correcciones a nivel cognoscitivo.
- Examinar la alteración que muestra la persona con la cual se identifica ella misma, la de su propia imagen que ve en los demás y el concepto que tiene de su futuro incierto.
- Instruir en la rectificación de una dificultad.
- Educar en la ejecución de iniciativa y elección.
- Iniciar técnicas para el autocontrol.
- Adiestrar en métodos para el dominio de prevención en el estrés.

- Coordinar lo cognoscitivo con lo emocional acorde con lo lógico.
- Adquisición de cambios conductuales
- Explicar los conflictos de la realidad actual.
- Identificar disyuntivas interpersonales y de autoimagen en su labor social. (Valero V., 2007).

Reestructuración cognitiva

La modificación cognoscitiva es una habilidad con la que se puede reconocer, examinar y cambiar los pensamientos irrazonables e incoherentes, invirtiéndolos en ecuánimes y lógicos. La importancia que tienen los pensamientos, en comportamiento y emoción, se analizan en circunstancias o condiciones que no obedece en lo referente al escenario como de la versión que el individuo manifiesta en lo concerniente a ideas y emociones. (Vergara de L., 2005).

Respiración diafragmática

Una buena inhalación de aire, permite conversar con desenvoltura y serenidad sin braveza en la voz, debilidad o en peligro de quedar afónico. El individuo se le oirá y percibirá apacible, sin agotamiento, sin pasar por alto la comprensión de los estados emocionales. Su respiración se escuchará natural y serena. (Lorente, F., Font S. y Villar, E., 2005).

Tensar y relajar

Presionar y suavizar cierta parte del cuerpo, auxilia a percibir mejor las emociones, resaltando, si en el movimiento existe presión y molestia. Cualquier rigidez a nivel muscular es ocasionada por si mismo así como el malestar físico. Al concentrarse en el ejercicio, después de pocos minutos, observará la persona como se hace daño ella misma y se hará consciente de lo que esta provocando así como de sus secuelas. (Caballo, E., 1991).

Imaginería

La comprensión que se deriva de la representación apoya para formar una fantasía interiormente, conducida para hacer transformaciones en un nuevo estilo de vida. La imaginación se utiliza en el entendimiento del alcance profundo de un padecimiento o herramienta para acrecentar el transcurso beneficioso. Por medio de las pruebas imaginativas se suscitan nuevos comportamientos. (Oblitas G., 2006).

Considero que todas estas habilidades mencionadas anteriormente pueden reducir los conflictos que genera el padecimiento de la diabetes, apoyen al psicólogo en la realización de una intervención psicológica breve y concisa. La utilización de estas técnicas pueden ser vitales para el padecimiento; al utilizarlas, el paciente se nutre de enseñanzas que le aportarán apoyo para asumir su responsabilidad y tomar conciencia sobre su enfermedad e identificar sus esfuerzos para un crecimiento saludable.

CONCLUSIONES

El presente trabajo se hace con el fin de analizar y reflexionar, si es un mito o una realidad, que las emociones afectan al paciente diabético, resaltando la importancia del manejo de las mismas. Se considera que un estudio de la adherencia tendrá como finalidad poner el tratamiento a favor del paciente, motivo por lo cual se elaboró un manual de intervención en crisis como herramienta que coadyuve en una intervención inicial psicológica, con el fin de restaurar el potencial de la persona para solucionar las contrariedades propias de la enfermedad a la brevedad posible.

La mayoría de las veces el paciente diabético, debido a la información sobre su padecimiento o información discordante sin fundamento médico científico, le provoca comportamientos erróneos y riesgosos para su rehabilitación. Esta enfermedad es crónica degenerativa, si no es controlada y el paciente no se siente convencido de este, como su nombre lo indica, augura una calidad de vida diferente y el incremento de factores de riesgo que propician un deterioro cada vez mayor.

Es necesario que el diabético se integre, tome conciencia de su enfermedad, cambie de actitud para lograr adherirse al tratamiento, modifique el comportamiento para enfrentar la diabetes y tener éxito en el manejo y control de la misma y asuma la responsabilidad en la toma de decisiones. El proceder del diabético es decisivo para mantenerse sano y reconocer que se está enfermo y en circunstancias de riesgo, por lo que tiene la responsabilidad de buscar apoyo, se informe acerca de su mal para aprender y comprender lo que le esta pasando. Cooperar para recuperarse lo antes posible y tener por objetivo central mantenerse saludable con la mayor independencia posible para el nuevo estilo de vida y prevenir futuras complicaciones.

La finalidad de todo lo anterior, es que el diabético aprenda a controlar sus emociones y afronte las consecuencias de estas de la mejor forma posible para que pase de la etapa de la negación de la enfermedad a la etapa de afrontarla de la manera más razonable.

Por lo que concluyo de todo este trabajo, es que el paciente diabético informado apegado a un tratamiento médico y con el aprendizaje de cómo manejar sus emociones, me atrevo a pensar que tendrá una mejor calidad de vida y un pronóstico saludable que si no tuviera estas herramientas.

Sugerencias y delimitaciones a considerar en el tratamiento de la diabetes y que no se incluyo en la tesina. “Relación Médico-Paciente” ya que también influye en el estado emocional del paciente en como se da esta relación entre ambos, es muy significativa para el diabético como método terapéutico, por tanto de esta depende gran parte la motivación para seguir el procedimiento médico. Es indispensable que el diabético se sienta una persona importante para el médico, pues la sola evidencia de lo contrario, sería emocionalmente perjudicial para él y para el apego al tratamiento.

En beneficio del paciente y obtención del éxito en el tratamiento y la diabetes, la empatía que surja entre el médico y el paciente, facilitará la comunicación entre ambos, habrá instrucciones claras y precisas, un trato cordial, amistoso y más humano.

REFERENCIAS

American Diabetes Association (2009). **Cuando usted se enferma**. Tomado de la página: <http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2/inquietudes-habituales/cuando-usted-se-enferma.html>, consultada el día 23 de Marzo de 2009.

Arias N. (2008). **Las emociones en el cuerpo**. México: Pax.

Boec, Karin k y Martín, D., (1993). **EQ : Qué es inteligencia emocional**. España: Edaf.

Bonafonte R. y Sergio G. (2006). **Retinopatía Diabética**. España: Elsevier.

Caballo E. (1991). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo veintiuno.

Caruso R. y Salovey P. (2006). **Directivo emocionalmente inteligente**, Ed. España: Algaba.

Bourbeau L. (2008). **Obedece a tu cuerpo, amate**, Ed. España Sirio, 380 pp.

Caballo, E (1991). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo veintiuno.

Calero R., Martínez V., Aguilar V. (1997). **Nuevas perspectivas en el tratamiento de la diabetes tipo II**. España: Universidad de Castilla.

Cavero O. (2003). **Enfermería médico quirúrgica necesidad de nutrición y eliminación**. México: Masson.

Cloherty J. (2005). **Manual de cuidados neonatales**. México: Masson.

Dares, M., (2009). **Tu puedes hacer mucho por la salud de tu ser querido.** Tomado de la página: <http://diabetesactual.blogspot.com/2009/01/tu-puedes-hacer-mucho-por-la-salud-de.html>, consultada el día 23 de Enero de 2009.

Duran L., Bravo P., Hernández M. y Becerra, J. (2002). **El diabético optimista: manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud.** México: Trillas.

Egozcue M. (2005). **Primeros auxilios psicológicos.** México: Paidós.

Federation Diabetes Internacional (1996). **Educación sobre la diabetes: Disminuyamos el costo de la ignorancia.** Estados unidos: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Figuerola D. (2003). **Diabetes.** España: Masson.

Fisher R. y Shapiro D. (2007). **Las emociones en la negociación: cómo ir más allá de la razón en la planificación y desarrollo de las negociaciones.** España: Granica.

Flores A., (2009). La diabetes y sus síntomas. **El mundo de la Diabetes.** 30, 2-4.

García B. (2002). **Manual de nefrología clínica.** España: Masson.

Gracia F. (1997). **El apoyo social en la intervención comunitaria.** España: Paidós.

Gómez C. (2005). **Diabetes: Un mal de nuestro tiempo.** España: Fapa.

González S. (2003). **La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud.** España: Paidós.

Guerrero E. (2005). **Vivir con diabetes.** Argentina: Gidesa.

Kisner C. y Colby L. (2005). **Ejercicio terapéutico.** España Paidotribo.

Kusnetzoff C. (2003). **El hombre sexualmente feliz.** México: Granica.

Lorente, F., Font S. y Villar, E. (2005). La formación en primeros auxilios psicológicos y emergencias en el título de grado en psicología. **Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia**, 1, 26-28.

Lyons W. (1993). **Emoción**. España: Anthropos.

Martín A., (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. **Revista Cubana Salud Pública**, 29, 3-6.

Maisto A. (2005) **Introducción a la Psicología**. México: Pearson Educación.

Masison, J. (2008). **Gánale la batalla a la diabetes. Cuando la diabetes se instala en la vida del diabético**, Ed. Panorama, México.

Mauren, I. (2005). **Intervención Psicológica en situaciones de crisis**, tomado de la página: <http://www.apacp.org.br/art158.html>, consultado el día 12 de Marzo del 2010.

Maya L. (2007) Insulina, **Yo con Diabetes**, 5,33-38.

Morales N. (2006). Diabetes. **El mundo de la Diabetes**, 2, 26-29.

Novel M., Lluch C. y Vergara L. (2005). **Enfermería psicosocial y salud mental**. España: Elsevier Masson.

Núñez O. (2005). **Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales**. Argentina: Dunken.

Oblitas G. (2006). **Psicología de la salud y calidad de vida**. México Thonson.

Organización Panamericana de la Salud (2002). **Protección de la salud mental en situaciones de desastre y emergencias**. Estados Unidos: Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.

Ortony A., Clore L. y Collins A., (1996). **La estructura cognitiva de las emociones**. España: Siglo veintiuno.

Osorno (2005). **Apoyo o desaliento para el paciente diabético**. Tomado de la página:

http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf, consultada el día 20 de Marzo 2009.

Palacios S. (2001). **Salud y Medicina de la mujer**. España: Harcourt.

Pasten P. y Téllez A. (2006). Su función. **Diabetes Hoy**, 5,9-14.

Payne R. (1999). **Técnicas de relajación**. España: Paidós.

Rivera A. (2001). **Diabetes mellitus: Programa completo para su tratamiento dietético**. Ed. México: Pax.

Rodríguez M. (2003). **Intervención psicológica en situaciones de crisis y emergencia**. España: Dykinson.

Roszler J., Polonsky W. y Edelman S. (2004). **Los secretos para vivir y amar con diabetes**. México: Panorama.

Rubio L. (2007) **Biorretroalimentación y discriminación**. México Pax.

Rubin R., Arsham F. y Rubin H., (2004). **101 tips para adaptarse a la diabetes**. México: Diana.

Salud, "Apoyo Psicológico y social. Guía para personas con diabetes y sus cuidadores". 2008 Tomado de la página:

http://www.feaed.org/materialeducativo/cache/fo/gui/fo_guia_016.pdf,

consultada el día 25 de Marzo 2009.

- Slaikeu K. (1988). **Intervención en crisis**. México: Manual Moderno.
- Schweiz G. **Convivir con la diabetes: todo lo que necesita saber para hacerse cargo de su salud y vivir mejor**. México: Pax.
- Sperling A. (2005). **Diabetes mellitus en la infancia**. España: Masson.
- Sperling P. (2004). **Psicología simplificada**. México: Cia. General de Ediciones.
- Stoelting R. y Dierdorf S. (2003). **Anestesia y enfermedad coexistente**. España: Elsevier.
- Touchette N. (2001). **Todo y más sobre la diabetes**. México: Printice Hall.
- Valero V. (2007). **Profesionales de la psicología ante el desastre**. España: Universidad Jaume.
- Vergara de L. y Dolores M. (2005). **Enfermería Psicosocial y Salud Mental**. España: Elsevier Masson.
- Weineck J. (2005). **Alteraciones Vasculares. El infarto de miocardio puede ser el final de una vida de estrés prolongado**. España: Paidotribo.
- Yepes D. y Correa V. (2007). **Conozca sus emociones y sentimientos**. Colombia: San Pablo.
- Zarate A. y Ortiz (2010). **Patología Dual**. España: Elsevier Masson,
- Zavala E. (2006). Diabetes. **El mundo de la Diabetes**, 2,10-12.