



**UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO**  
"EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO"

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO CLAVE DE INCORPORACIÓN 8858-25

**"PROGRAMA DE INTERVENCIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO  
MOTIVACIONAL, COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA PARA  
LOGRAR EL CONTROL METABÓLICO Y FORTALECER LA  
AUTOESTIMA, EN LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN  
LA UMF No. 9 DEL IMSS".**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
**VANNESSA DEL ROCÍO HERNÁNDEZ MANZANAREZ**

DIRECTOR DE TESINA:  
PSIC. ADRIANA GÓMEZ DÍAZ

ACAPULCO, GRO., MAYO 2012





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.

UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESINA

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN Y APOYO  
PSICOLOGICO MOTIVACIONAL, COMO ESTRATEGIA  
TERAPEUTICA PARA LOGRAR EL CONTROL  
METABOLICO Y FORTALECER LA AUTOESTIMA, EN  
LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2  
EN LA UMF No. 9 DEL IMSS**

Vannessa del Rocío Hernández Manzanarez  
Septiembre 2009

## **Dedicatoria**

El presente proyecto lo dedico a Dios, gracias por otorgarme la vida, la sabiduría y la salud para lograrlo.

A mi familia y amistades, quienes me ayudaron con su apoyo incondicional a ampliar mi conocimiento y estar más cerca de mis metas como profesional.

A mis profesoras consejeras y asesoras Julieta Álvarez y Rocío Legorreta.

A mis compañeros y amigos, gracias por los intercambios y exposiciones de ideas durante el proceso de la investigación.

A todos los interesados en el proceso de investigación sobre psicología y a muchas otras personas que aunque no aparecen por su nombre, con su actuar contribuyeron para que el presente trabajo se pudiera concretar

## **Agradecimientos**

A Dios por mantenerme unida en el amor por mi carrera que es la psicología.

A las profesoras Julieta Álvarez y Rocío Legorreta por su asesoría científica y su estímulo para seguir creciendo intelectualmente.

A los profesores que me han impartido clases a lo largo de la carrera, por todas las enseñanzas y conocimientos que me dieron, gracias a ellos, tanto por las clases impartidas, como las experiencias que nos compartieron.

A mis compañeras de clase, por su compartir, por su amistad y lazos que se fueron creando a lo largo de estos 4 años y medio, la confianza, discreción, empatía, por compartir parte de su vida conmigo. Les agradezco el trabajo realizado en cada sesión de clase, el empeño puesto y, especialmente por nuestro compañerismo y amistad.

A mi familia por el apoyo brindado en la elaboración del presente trabajo.

## Introducción

El aumento de los casos de Diabetes Mellitus tipo 2, sin lugar a dudas, es uno de los principales retos que preocupan a las instituciones de salud de nuestro medio y a toda la sociedad.

Partiendo de las premisas aportadas por la medicina psicosomática se puede postular que las personas diabéticas cursan con un sinfín de situaciones vinculadas a su esfera emocional y psicológica. Uno de esos aspectos es el relacionado con el nivel de autoestima que tienen desde el inicio de su diagnóstico, y que les va a permitir hacer frente a todos los aspectos terapéuticos que les proporcione el campo médico.

En síntesis se acepta que el recibir un diagnóstico de una enfermedad que afecta, o puede afectar seriamente nuestra salud e incluso poner en riesgo nuestra vida, va a modificar el nivel de autoestima en cada uno de los pacientes.

Es por eso que en este trabajo, se propone la realización de un taller con actividades diversas, para ayudar a los pacientes diabéticos a elevar su nivel de autoestima, que les permita hacer frente de un modo mejor todo el proceso terapéutico, y que esto se traduzca en un mejor control metabólico, cuya disfunción caracteriza a esta enfermedad.

Para ello se propone en un primer momento, seleccionar a un grupo de pacientes, de los que acuden al Módulo Diabetimss de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS, para hacerles una medición inicial del nivel de autoestima, antes de iniciar con las actividades que comprende el Módulo Diabetimss, y de las actividades del Taller que se propone.

Se considera que si se logra elevar los niveles de autoestima de estos pacientes, mediante un programa de intervención con técnicas y actividades validadas por otros estudios de investigaciones anteriores, esto les permitirá mejorar su situación metabólica.

Esta intervención se propone realizarla en un lapso de seis meses, incluyendo una evaluación inicial del nivel de autoestima, las actividades del taller y una evaluación final y comparar al mismo tiempo estos últimos resultados con los indicadores biomédicos del control de la diabetes, para corroborar el control de la enfermedad.

# Índice

Dedicatoria .....	3
Agradecimientos .....	4
Introducción .....	5
Capítulo 1 .....	9
La Autoestima .....	9
1.1 ¿Qué es autoestima?.....	9
1.2 Componentes de la autoestima. ....	12
1.2.1 Concepto propio.....	13
1.2.2 Amor propio .....	14
1.2.3 Tres consecuencias de tener alta la autoestima: .....	16
Primera consecuencia. Aceptación de sí.....	16
Segunda consecuencia. Respeto hacia sí .....	17
Tercera consecuencia. Formación personal.....	18
Capítulo 2 .....	21
Diabetes Mellitus: .....	21
2.1 ¿Qué es la Diabetes Mellitus? .....	21
2.2 Tipos de Diabetes .....	31
2.3 La importancia de un buen control de la diabetes .....	32
2.4 La obesidad y la diabetes en niños.....	34
2.5 Diabetes y ejercicio .....	35
2.6 Intervención en grupos de ayuda mutua .....	37
Capítulo 3 .....	44
Diabetimss.....	44
3.1 ¿Qué es Diabetimss? .....	44
3.2 ¿Qué tipo de pacientes son enviados al Módulo Diabetimss? .....	45
3.3 Actividades de la Trabajadora Social.....	46
3.4 Actividades de la Enfermera General.....	47
3.5 Actividades del Médico Familiar .....	49
3.6 Actividades de la Nutricionista Dietista .....	50
3.7 Actividades del Estomatólogo .....	51



3.8 Actividades del Psicólogo Clínico .....	51
3.9 Temas del Módulo Diabetimss .....	52
Conclusión .....	54
Taller:.....	55
4.1 Introducción. ....	55
4.2 Población de estudio, población objetivo o población blanco. ....	55
4.3 Taller para elevar la Autoestima .....	56
4.3.1 Introducción. ....	56
4.3.2 Objetivo .....	56
4.3.3 Dirigido a .....	56
4.3.4 Número de participantes .....	56
4.3.5 Duración del taller .....	56
4.3.6 Metodología .....	57
4.3.7 Temario General.....	57
4.3.8 Material Requerido .....	57
4.3.9 Propósitos.....	58
4.3.10 Lugar.....	58
4.3.11 Forma de Evaluación General. ....	58
4.4 Talleres Grupales para elevar la autoestima.....	59
4.4.1. Sesión # 1 .....	59
4.4.2. Sesión # 2 .....	60
4.4.3. Sesión # 3 .....	61
4.4. Sesión # 4 .....	62
4.4.5. Sesión # 5 .....	63
4.4.6. Sesión # 6 .....	64
Anexos.....	65
Test de Rosenberg.....	65
Fuentes Bibliográficas .....	66

# Capítulo 1

## La Autoestima

### 1.1 ¿Qué es autoestima?

La autoestima es definida como "Una seguridad y satisfacción de uno mismo". En el campo de la psicología, la autoestima es nuestra autoevaluación general, la suma de todos nuestros esquemas y posibles yos<sup>1</sup>. Por lo tanto, la autoestima comprende la aceptación, el respeto, la confianza y la creencia en uno mismo.

Cuando una persona se acepta y se respeta a sí mismo, esa persona se siente cómoda con ella misma. De esta manera puede vivir su vida con sus fortalezas y debilidades, sin necesidad de criticarse continuamente. Esa persona honra y valora su propia dignidad y se valora como un ser humano único. Entonces esa persona comienza a tratarse a sí mismo de la misma manera que ella trataría a alguien a quien ella respeta<sup>2</sup>.

En este sentido, Nathaniel Branden expresa: "Hay una abrumadora evidencia que cuanto más alto es el nivel de la autoestima, es más probable tratar a otros con respecto, amabilidad, y generosidad."

Diversos estudios muestran que nuestra maquinaria cognoscitiva requiere de un motor motivacional. Entre más motivación y activación fisiológica tengan las personas después de un fracaso, mayores son las posibilidades de que justifiquen esta situación con atribuciones autoprotectoras<sup>3</sup>.

Es por eso que uno de los propósitos de este trabajo es ayudar a los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al módulo Diabetimss de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS en Guerrero, a ubicar donde están ahora con

---

<sup>1</sup> G. Mayers, David, Psicología Social, 8ª. Edición, 2005, Mc Graw Hill, México, p. 62.

<sup>2</sup> Branden, Nathaniel, "La autoestima hoy", <http://www.laautoestima.com/ejercicios-, autoestima.htm>, Consultado en 2010.

<sup>3</sup> G. Mayers, David, Psicología Social, Op. Cit p. 63.

respecto a su nivel de autoestima, trabajar con ellos, mediante sesiones y talleres mensuales enfocados a elevar la autoestima, y de ese modo crearles un nivel de autoestima más alto que les permita enfrentar y controlar mejor esta enfermedad.

La autoestima es adquirida a través de la familia, maestros, amigos y la sociedad en general. Es determinada por la manera en que se interactúa con otras personas, en la vida en general.

La autoestima se basa en como una persona ve sus habilidades y su dignidad como persona. La autoestima se concentra en cómo se siente acerca de uno mismo.

Las personas con baja autoestima se sienten negativos con respecto a ellos mismos, por lo tanto, frecuentemente viven ansiosos y deprimidos. Por otro lado, las personas con alta autoestima se sienten muy bien acerca de ellos mismos y son frecuentemente seguros de ellos mismos. Ellos saben claramente la importancia de cuidarse a ellos mismos.

En relación con la autoestima, se deben recordar los siguientes puntos de vista:

- La baja autoestima se alimenta de mensajes negativos y pensamientos negativos. Por lo tanto se le debe sugerir a las personas que no se critiquen más a ellos mismo. Que cuando un pensamiento de crítica aparezca en su mente, cambie la atención y piense en otra cosa. Que la persona deje de lastimarse a sí mismo con su crítico interior.
- La baja autoestima se alimenta del miedo a ser rechazado, por lo tanto, las personas no deben tratar de complacer a todo el mundo todo el tiempo, para poder sentirse aceptado o amado. Las personas deben recordar que lo que ellos sienten es tan importante como lo que los demás sienten. Sugerirles que no se nieguen a sí mismo.
- La baja autoestima se alimenta en la inseguridad, por lo tanto, las personas no deben tratar de parecerse a otra persona. Las personas deben recordar

que ellos son únicos, que tiene talentos únicos y maneras únicas de hacer las cosas. Si cada uno de nosotros es único, la persona no puede ser otra persona. Se le debe sugerir que trate de hacer lo mejor que ella pueda, sin compararse con los demás.

- La baja autoestima se alimenta del miedo, por lo tanto, se debe sugerir a las personas que no se tomen a ellos mismo tan en serio. Se debe recordar que el fracaso no existe. Lo que las personas llaman fracasos, es simplemente una manera de no volver a repetir las cosas. Se debe lograr que las personas piensen que los llamados fracasos deben ser tomados como un aprendizaje.

Para Francisco Massó<sup>4</sup>, La autoestima comprende dos elementos psíquicos:

1. La consciencia que cada uno tiene acerca de uno mismo, de cuáles son los rasgos de nuestra identidad, cualidades y características más significativas de la forma de ser. Este grado de consciencia se le llama autoconcepto.

2. El segundo componente es un sentimiento: El aprecio y amor que se experimenta hacia la propia persona, la consideración que se mantiene hacia los intereses, creencias, valores y modos de pensar.

La autoestima es una necesidad psicológica básica que se debe cubrir para alcanzar un desarrollo armónico con la personalidad.

Como necesidad psicológica, la autoestima ayuda a seguir adelante con los planes y proyectos, porque hace crecer la imagen interna, da fuerzas, mantiene la motivación ante fracasos y fallos y ayuda a fijar metas y aspiraciones posteriores.

---

<sup>4</sup> Massó, Francisco, "Autoestima", [http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/lguianorexia\\_4.pdf](http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/lguianorexia_4.pdf), Consultado en 2010.

La salud psíquica depende en gran medida de la autoestima o regulador interno, que mantiene el tono de la conducta ante la incertidumbre de los retos nuevos, el riesgo del desánimo y los desgarros que se debe afrontar en la vida diaria.

Como deber personal, la autoestima es una obligación radical, básica, igual que respirar, alimentarnos bien y dormir suficiente. Es el deber que se tiene de aceptarse, conocerse y quererse como se es.

El ser humano es el único animal con consciencia de sí; conoce aspectos de sí mismo: aptitudes, cualidades, intereses, valora positiva o negativamente tales rasgos, reconoce su competencia para resolver problemas, asume la responsabilidad de su propio desarrollo personal, se acepta, respeta y se quiere, reconoce su condición social y el valor de la convivencia.

La adquisición de la consciencia de sí es una actividad agradable que atañe a elementos corporales, psicológicos y sociales. Esta consciencia es orientativa. Hace estar disconformes con ciertos rasgos, carencias y limitaciones; esto alienta el desarrollo posterior, para superar tales características. Además, indica en qué circunstancias y áreas se puede ser útil a las demás personas.

La autoestima es un proceso psíquico mixto, que incluye de pensar y sentir, repercute en satisfacer correctamente las necesidades y funciones corporales y psicológicas así como los compromisos de nuestra proyección social.

## **1.2 Componentes de la autoestima.**

Se acepta que la autoestima tiene dos dimensiones:

### **1.2.1 Concepto propio**

La idea que se tiene acerca de quiénes somos o cual va a ser nuestra identidad, se fabrica mediante la conducta. Cualquier comportamiento, hasta el más trivial, induce a efectuar una valoración subjetiva. Esta valoración se puede hacer de manera consciente o casi sin darse cuenta. Sobre ella, va a incidir la valoración que también hacen los demás, que han sido observadores o receptores de los efectos y consecuencias de esa acción.

Así pues, se acumulan dos tipos de valoración: la propia y la ajena. Ambas son subjetivas y, por tanto, relativas; pero las dos son necesarias e importantes. La valoración ajena es tan subjetiva como la que puede hacer la propia persona sobre la acción de la que se es protagonistas.

Muchas veces, los observadores son jueces más benévolos que la propia persona y, en otros momentos, sus juicios están sesgados y son deformes. Por lo que se debe tener cuidado, y no dar por buena cualquier valoración ajena; pero, en cualquier caso, muchas valoraciones sirven para contrastar las propias y algunas son aceptables.

En nuestro marco cultural, reina una idea básica negativa sobre el ser humano, que predispone a percibir los defectos antes y mejor que los valores. La crítica se debe atender y escuchar siempre.

La crítica siempre pone en pista sobre cuales puedan ser los retos inmediatos. En otras ocasiones, la crítica destaca aspectos de la realidad que habían pasado desapercibidos. En otras circunstancias, la crítica advierte sobre cuáles son los límites de la persona.

En cuanto a las críticas mal intencionadas, destructoras, que sólo buscan disminuir la autoestima, se debe aprender a valorarlas sin más importancia, aunque puede ser de interés darlas a conocer a la otra persona.

### **1.2.2 Amor propio**

Es el significado más directo de la palabra *auto* (sí mismo/a) *estima* (amor, aprecio). Quererse a sí mismo/a, ni es egoísmo, ni es enfermizo; es un sentimiento fundamental.

Para poder amar a otros, se necesita amarse primero la persona, sentir aprecio y orgullo por ser como se es, y contener los valores, cualidades y capacidades que se han desarrollado.

El amor propio es un sentimiento legítimo que motiva a fijarse objetivos y metas. Así como a procurar ser eficaces en la resolución de los problemas y a establecer alianzas y vínculos sociales sanos.

En muchos casos se ha documentado que los pacientes diabéticos o en general los portadores de enfermedades crónico degenerativas, tienen problemas iniciales para definir, entender y aceptar ese amor propio, y por eso no les parece importante el cuidarse, no invierten todo su potencial encaminado a su propio cuidado, etc.

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas ante la enfermedad, puede desempeñar un papel importante en su evolución, y en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida, aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución.

En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, y este tiene una autonomía considerable e su manejo, lo cual constituye un serio problema, y a veces un aumento innecesario del costo de la atención.

Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas, cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de incumplimiento es más elevada. Se estima que muchos pacientes solo aceptan parcialmente las indicaciones y además no se perciben ellos mismos como incumplidores<sup>5</sup>, y muchos de estos hallazgos tienen relación con el nivel de autoestima bajo que muestran los pacientes.

Cuando una persona se ama a sí misma, se hace amar por las demás personas, porque le luce usar sus cualidades, hace gala de sus aptitudes, disfruta de ello, se emplea a fondo y obtiene éxito. Quienes observan tal comportamiento experimentan simpatía, les agrada observar o beneficiarse de tanto empeño y quedan dispuestos a otorgar sus reconocimientos y aplauso.

Así, un paciente diabético que muestre estas cualidades, impactará de manera positiva y motivadora ante el mismo, ante sus familiares y ante sus compañeros de grupo, beneficiando en general a toda persona que se encuentre cerca de él y sirviendo como ejemplo para otros.

Con amor propio se pueden acrecentar las habilidades, disfrutando del proceso, sin la desesperación de ir al último, ni la angustia de ser el segundo o el miedo a perder el primer puesto. Se pueden ir todos juntos, cada uno, a su ritmo y compás, sin echar zancadillas ni alentar el rencor.

---

<sup>5</sup> Martín Alfonso Libertad, Grau Abalo Jorge, La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicología y Salud, enero – junio 2004, vol.14, número 001, Universidad Veracruzana, Xalapa, México, pp. 9-99.



Por tanto, el amor propio no es competitividad, sino estar a gusto contigo por hacer lo que se hace; es un estado de conformidad íntima que mantiene el interés por continuar con un proyecto o un empeño.

El amor propio es garantía de: Un cuidado personal sano, desarrollo personal armónico, nuevas experiencias interesantes y curiosas y relaciones alegres y útiles, y eso es precisamente lo que se pretende lograr en los pacientes diabéticos del Modulo Diabetimss.

### **1.2.3 Tres consecuencias de tener alta la autoestima:**

En términos generales, se acepta que las personas que muestran niveles altos de autoestima, tienen las siguientes características:

#### **Primera consecuencia. Aceptación de sí**

Aceptar cuanto se va descubriendo acerca de quién y cómo se es, es como una moneda con dos caras: Una cara refleja el calor valía y poder personal; la otra determina el compromiso que se adquiere para desarrollar las potencialidades, sin ambas condiciones no podemos hablar de aceptación auténtica.

En el caso de los pacientes diabéticos, es muy importante que cada uno de ellos asuma que independientemente de su enfermedad, son personas valiosas, capaces de resolver cualquier problema que involucre su salud y tener éxito, educando sus cualidades.

El paciente diabético debe entender que aceptarse es asumir el deber de trabajar con ellos mismos, para desarrollar sus posibilidades.

Se puede ir adelante, marchando con seguridad, si cada persona acepta lo que es y tiene, incluidos los defectos. Todos los defectos son relativos, según la cultura y el momento histórico que se considere. De manera que las valoraciones vergonzantes de los defectos han de ser matizadas convenientemente.

Si alguna persona detecta en ella un defecto, una vez que lo ha aceptado, no malgasta energías en producir desvalorizaciones y se puede convertir en reto a superar, trabajando la propia persona, asumiendo el compromiso de desarrollar alguna habilidad que neutralice los efectos del defecto. Aceptar las cualidades personales y los defectos es una condición previa para evolucionar.

Todos los seres humanos, incluyendo los pacientes diabéticos, tienen más cualidades que defectos. Las cualidades son recursos positivos que sirven para muchas aplicaciones, entre otras, superar los defectos.

Todos deben valorar sus cualidades, porque ello acrecienta el poder de cada uno. Todos los seres humanos tienen derecho a tener defectos, pues son parte de la naturaleza humana y configuran la personalidad de cada uno.

## **Segunda consecuencia. Respeto hacia sí**

El respeto es consecuencia del valor que cada quien se reconoce, o la estima que se tenga hacia la propia persona y la dignidad que se pide que les otorguen las demás personas.

La persona que se respeta “controla” cuáles son los límites de cada situación y circunstancia, dónde y con quienes quiere estar en cada momento.

Y sobre todo para los pacientes diabéticos, este controlar, en este sentido significa:

- Que hagan valer sus necesidades físicas de alimentación, descanso y ejercicio físico, en lugar de seguir cualquier moda.
- Que expresen libremente sus opiniones, ideas y creencias, aunque sean discrepantes de la mayoría.
- Que atiendan sus necesidades afectivas (novio /novia, amigos/amigas, padres/madres, hermanos/hermanas), mejor que el desapego individualista.
- Que cuiden su espacio, sea habitación, casa, ciudad, planeta. Todo está a su servicio, para su uso y comodidad.

### **Tercera consecuencia. Formación personal**

El cerebro funciona como otros órganos del cuerpo: cuanto más funcionan, más se desarrollan, mientras que el desuso los hace languidecer, se atrofian y rinden menos.

¿Por qué unas personas explotan sus posibilidades y otras no lo intentan?

La respuesta es simple y sencilla: formación. Quien dedica tiempo con generosidad a formarse, va a desarrollar su cerebro. La inteligencia es fruto del trabajo del cerebro y puede crecer a medida que se ejercite más.

Estos aspectos son importantes para que los pacientes diabéticos se empoderen de ellos, ya que deben entender que no importa la edad que tienen al momento de la diabetes, nunca es tarde para aprender, para iniciar un proceso de ejercitar su cerebro ejercitándolo con la llegada de nuevos conocimientos, sobre todo los relacionados con su enfermedad y la mejor manera de controlarla.

En ciertos casos, el cerebro es dañado por:

- Falta de oxígeno.
- Intoxicación por drogas, alcohol, tabaco o la combinación de todos los tóxicos.
- Alimentación insuficiente o descompensada.

Evidentemente, en estos casos, el rendimiento del cerebro será inadecuado.

En otros casos, el rendimiento del cerebro depende del empeño que ponga la persona por formarse. Esto es:

- Enseñar a trabajar al cerebro, darle método de trabajo.
- Suministrarle información, que es su herramienta de trabajo.
- Hacerle trabajar todos los días, mantenerlo en forma.

La autoestima es como el lubricante de un círculo beneficioso que facilita el funcionamiento correcto de todo el organismo.

La autoconsciencia del yo y el amor propio consolidan la Autoestima. Esta genera aceptación, respeto hacia uno mismo e interés por el desarrollo personal. Al final, como fruto de todo el proceso existe el proyecto de vida que abre al futuro y a las demás personas.

Se debe insistir en los pacientes diabéticos en que como parte de la elevación de su autoestima, debe diseñar un plan de vida, que le permita ubicar a su padecimiento en su contexto real, pero visualizando otras facetas de su vida, que le permitan avanzar y vivir con calidad.

El proyecto de vida propio se asienta en las consecuencias inmediatas de la autoestima. El proyecto o plan de vida es como el crédito que cada persona se da para vivir y usar su poder.

El plan de vida es saber a qué le interesa dedicar su tiempo, qué tiene que hacer hoy, según la meta que persiga, le orienta y da sentido a su esfuerzo. Un plan viable ha de ser flexible. Aprendiendo a hacer ajustes, no trampas, en la vida.

Cada paciente diabético debe aprender a caminar en zigzag, a sabiendas de adónde va y qué quiere conseguir.

Saber:

- Qué quiere, en función de sus intereses y aficiones.
- Qué le conviene, a tenor del aprecio y respeto que tenga por el mismo.
- Qué puede hacer según sean su competencia, habilidades y formación.

Son tres condiciones sencillas para esbozar un plan que habrán que revisar todos los días, con objeto de acelerar o frenar la marcha, fijarse un objetivo más ambicioso o más modesto, recurrir a estos medios o pedir tal o cual ayuda, contar con estas personas o aquellas.

El plan de vida es un generador de estabilidad, que repercute en:

- La seguridad y confianza en la propia persona.
- La eficacia en las tareas.
- La cultura del logro.

En cuanto a los tiempos, es suficiente anticipar, el logro a conseguir la semana que viene, dentro de un mes o un año. Es todo cuanto cada paciente diabético necesita para comenzar el camino, aunque desconozca todo lo demás<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Massó, Francisco, "Autoestima", [http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/lguianorexia\\_4.pdf](http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/lguianorexia_4.pdf), Consultado en 2010.

## Capítulo 2

### Diabetes Mellitus:

#### 2.1 ¿Qué es la Diabetes Mellitus?

La diabetes es el desenlace de un proceso iniciado varias décadas antes del diagnóstico. La mayoría de los individuos con diabetes tiene otros miembros de su familia con la misma enfermedad. A menudo tuvieron bajo peso al nacer y un aumento de peso mayor al normal durante la adolescencia. Casi todos ellos acumulan la grasa en el abdomen, un alto porcentaje sufre de hipertensión arterial, concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y ácido úrico antes de la aparición de la hiperglucemia.

Con el tiempo, la concentración de la glucosa aumenta, al principio solo después de ingerir alimentos, y años después aun en estado de ayuno. El conocimiento de esta secuencia permite identificar a los sujetos en riesgo de convertirse en diabéticos y es la base para el diseño de programas preventivos.<sup>7</sup>

La esperanza de vida de los mexicanos se ha incrementado progresivamente. Si, en 1940, era de 41 años, se elevó a 53 años en 1953 y a 70 años en 1990. En 1997, llegó a 74 años. Este aumento espectacular se debe a las medidas preventivas y sobre todo a la disminución de la mortalidad infantil.<sup>8</sup>

Este aumento en la expectativa de vida ha tenido implicaciones importantes para los sistemas de salud en el ámbito mundial. Las proyecciones señalan que, entre

---

<sup>7</sup> Aguilar Salinas CA, Mehta R, Rojas R, Gómez Pérez FJ, Obiz G, Rull JA. Management of the metabolic syndrome as a strategy for preventing the macrovascular complications of type 2 diabetes: controversial issues. *Curr Diab Rev* 2005;1: 145-158.

<sup>8</sup> Kumate Rodríguez J. Atlas de la salud. 1a impresión 1993. pp 39 y XI.

1980 y el año 2050, la expectativa de vida para las personas mayores de 60 años aumentará 77%.<sup>9</sup>

Con ello se incrementarán las enfermedades asociadas con la edad, los crónicos degenerativos y las relacionadas con el deterioro cognoscitivo, que afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor y determinan un mayor uso de los servicios de salud.<sup>10</sup>

En La actualidad, las enfermedades crónicas se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes, debido a los altos costos de su tratamiento y de la prevención de sus complicaciones. Los cambios en el comportamiento humano y los estilos de vida en el último siglo han provocado un gran incremento de la incidencia mundial de diabetes, sobretodo de tipo 2<sup>11</sup>.

La diabetes es una de las enfermedades crónicas degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en la población mundial, al grado de ser considerada una pandemia con tendencia ascendente.

En la actualidad, de acuerdo a la OMS, se estima que existen alrededor de 171 millones de personas con Diabetes Mellitus en todo el mundo, y se espera que esta cifra se eleve a 366 millones en el año 2030<sup>12</sup>. El aumento será del 40% en los países desarrollados y 70% en los países en vías de desarrollo.

De acuerdo con publicaciones científicas de la Organización Panamericana de la Salud, la diabetes es la causa más frecuente de polineuropatía, y alrededor del 50% de las personas con diabetes mellitus, presentan alteraciones neuropáticas

---

<sup>9</sup> Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington: Oxford University Press, 1994.

<sup>10</sup> Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs R, Morris JC, Rabins P, *et al.* Current concepts in mild cognitive Impairment. Arch Neurol 2001;58: 1985-1992.

<sup>11</sup> Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. Nature 2001; 414: 782-778.

<sup>12</sup> Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27: 1047-1053.

en los 25 años siguientes al diagnóstico. La diabetes es responsable de poco más del 905 de todas las amputaciones no traumáticas, mientras que, la nefropatía diabética se ha convertido en la primera causa de insuficiencia renal terminal y de ceguera en el adulto<sup>13</sup>.

En estudios realizados durante la década pasada se previó que la prevalencia se encontraba entre 8 y 9 % en la población mexicana<sup>14, 15, 16</sup>, y se calcula que podría llegar a 12.3% en el año 2025<sup>17</sup>.

En 1995, México contaba con 3.8 millones de adultos con Diabetes Mellitus, y ocupaba en noveno lugar entre los países con mayor número de personas con diabetes; para el año 2025 se prevé alcancen los 11.7 millones y pase a ocupar el séptimo lugar en orden de frecuencia. En América latina existen 20 millones de personas con diabetes mellitus<sup>18</sup>.

En México, desde 1940 la diabetes ya se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2 por 100 000 habitantes. Pese a ello, se la consideraba una enfermedad poco frecuente (1% de la población adulta). Las consecuencias de la enfermedad crecieron a partir de 1970, cuando la diabetes ocupó el 15° lugar como causa de muerte. Diez años después ocupó el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general<sup>19</sup>.

---

<sup>13</sup> Beaulieu, Marie- Dominique, Detección Sistemática de la Diabetes Mellitus en los Adultos. Con excepción de las mujeres embarazadas. En: Prevención Clínica, Guía para Médicos OPS, 1998.

<sup>14</sup> Aguilar Salinas CA, Vázquez Chávez C, Gamboa Marrufo R, García Soto N, Ríos González JJ, Holguín R, *et al*, Prevalence of obesity, diabetes, hypertension and tobacco consumption in an urban adult mexican population. Arch Med Res 2001; 32:446-453. .

<sup>15</sup> Posadas Romero C, Yamamoto Kimura L, Lerman Garber I, Zamora González J, FAjardo Gutiérrez A, Velázquez L, *et al*. The prevalence of NIDDM and associated coronary risk factors in Mexico City. Diabetes Care 1994; 17 (12): 1441-1448.

<sup>16</sup> Lerman Garber I, Rull Rodrigo JA. Epidemiology of diabetes in Mexico and associated coronary risk factors. Isr Med Assoc J. 2001; 3(5): 369-373.

<sup>17</sup> King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025. Diabetes Care 1998; 21:1414-1431.

<sup>18</sup> Zimmet, P, Mc, Carty, D. "Diabetes 1994 to 2010: Global Estimates and Projections. 1994; (International Diabetes Institute, a WHO Collaborating Center for diabetes Mellitus).

<sup>19</sup> Secretaría de Salud (SSA). Compendio Histórico. Estadísticas Vitales 1893-1995.



La diabetes cambió de ser una enfermedad poco frecuente en México en los años 50's para convertirse, y desde el año 2000, en el principal problema de salud.<sup>20, 21, 22</sup>

Los avances en el conocimiento científico en general y de la medicina en particular nos han enseñado que las principales causas de muerte por diabetes son las enfermedades cardíaca (ateroesclerótica) en el 50% de los casos; cerebrovascular en el 12% y renal en el 10%. En conjunto, las enfermedades vasculares producen la muerte de casi el 72% de los diabéticos. En el resto de los casos, el 10% fallece por cáncer, el 6% por infecciones respiratorias y renales, el 1 % por coma diabético y el 11 % por otras causas.<sup>23</sup>

En 1981, se sugirió explicar los daños crónicos producidos por la diabetes mediante mecanismos bioquímico-moleculares. Se pudo observar que estos daños son similares a los que produce el envejecimiento,<sup>24</sup> al grado que se consideró la diabetes mellitus como una forma de envejecimiento acelerado. De igual forma, las causas de muerte, debido a la diabetes y a la vejez son las mismas, así como los mecanismos bioquímico-moleculares que explican los daños ocasionados por la enfermedad o el envejecimiento.<sup>25</sup>

La diabetes es la enfermedad que más mata a las mujeres y la segunda causa de muerte en los hombres. Además, es un determinante negativo de la calidad de

---

<sup>20</sup> Rull JA, Aguilar Salinas CA, Rojas R, Ríos Torres JM, Gómez Pérez FJ, Olaiz G. Epidemiology of type 2 diabetes in Mexico. *Arch Med Res* 2005; 36: 188-96.

<sup>21</sup> Aguilar-Salinas CA, Velazquez Monroy O, Gómez-Pérez FJ, Gonzalez Chávez A, Lara Esqueda A, Molina Cuevas V, Rull Rodrigo J, Tapia Conyer R for the ENSA 2000 Group. Characteristics of the patients with type 2 diabetes in Mexico: results from a large population-based, nation-wide survey. *Diabetes Care* 2003; 26: 2021-6.

<sup>22</sup> Aguilar-Salinas CA, Rojas R, Gómez-Pérez FJ, Garcia E, Valles V, Ríos-Torres JM, Franco A, Olaiz G, Sepúlveda J, Rull JA Early onset type 2 diabetes in a Mexican, population-based, nation-wide survey: *Am J Med* 2002; 113: 569-74.

<sup>23</sup> Brownlee M, Cerami A. The biochemistry of the complications of diabetes mellitus. *Ann Rev Biochem* 1991;50:385-432.

<sup>24</sup> Monnier VM, Cerami A. Nonenzymatic Browning in vivo: Possible Process for Aging of Long-Lived proteins. *Science* 1981;211:491-493.

<sup>25</sup> Brownlee M. Advanced Glycation End products in diabetes and ageing. *Ann Rev Med* 1995;46:223-234.

vida. Es la causa más frecuente de ceguera, amputaciones no traumáticas, uremia e incapacidad prematura.<sup>26</sup>

A partir del año 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, después de la cardiopatía isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la diabetes<sup>27</sup>. Durante los años 2002 y 2003, la tasa de mortalidad por diabetes aumentó; en mujeres la tasa se incremento 17.1% y en hombres 22.2%. En el 2003, la diabetes representó 12.6% de todas las muertes ocurridas en el país y la edad promedio al morir fue de 66 años<sup>28</sup>. Considerando que aproximadamente la mitad de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son asintomáticos, existe una alta probabilidad que de no implementarse medidas en intervención para anticiparse a la aparición del daño, el número de casos se duplicará en los próximos diez años<sup>29</sup>.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar, y en el primer lugar en la consulta de especialidades, con un importante incremento en el otorgamiento de días de incapacidad temporal, así como de pensiones por invalidez; es también una de las principales causas de ingreso y egreso hospitalario<sup>30</sup>.

La diabetes mellitus, genera muchos gastos, como dato de comparación y análisis, en el año 2002, el gasto total en servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue de 84 875 millones de pesos (contra 78 538.4 millones en 2001). En ese año, 48 % del presupuesto destinado a la atención médica se

---

<sup>26</sup> Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2003. *Salud Pública de México* 2005; 47: 171-88.

<sup>27</sup> Secretaría de Salud (SSA). Estadísticas de mortalidad en México: Muertes registradas en el año 2000. *Salud Publica Mex* 2002; 44:266-282.

<sup>28</sup> Secretaría de Salud (SSA). Estadísticas de mortalidad en México: Muertes registradas en el año 2002 y 2003. *Salud Publica Mex* 2004; 46:169-185.

<sup>29</sup> King H, R, Diabetes and the World Health Organization: Progress towards, prevention and control. *Diabetes care*, 1993; 16: 387-390.

<sup>30</sup> Dirección de Finanzas y Sistemas. División de Sistemas de Informática Médica y Proyectos Especiales. Instituto Mexicano del Seguro Social 2009.

empleó en atención hospitalaria (40 560 millones de pesos), es decir, casi uno de cada dos pesos se erogó para la atención de camas de los hospitales (IMSS, 2003).

De hecho, la atención hospitalaria de los padecimientos calificados de alto impacto económico y clasificados como riesgos institucionales en 2002 (diabetes e hipertensión arterial) consumió 6.7 % del presupuesto hospitalario del Instituto, porcentaje que sumado a la atención ambulatoria alcanzó 12.7 %<sup>31</sup> en 2003. La atención hospitalaria de estos padecimientos consumió 6.5 % del presupuesto hospitalario, porcentaje que representa 13.7% si se le suma la atención ambulatoria.<sup>32</sup>

Por ello, a fin de planear adecuadamente el gasto y el financiamiento futuros, es necesario llevar a cabo un monitoreo por grupos de edad, particularmente entre los adultos mayores (60 años y más), de aquellas patologías que representen ya sea la mayor demanda (motivo de atención), o bien los mayores costos (por su complejidad y el tipo de tratamiento que requieren). Dentro de estas patologías se encuentran la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la insuficiencia renal crónica, el cáncer cervicouterino y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida).<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/nr/imss/informes/ejecutivo/CAPITULO1.pdf>

<sup>32</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2004.

<sup>33</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Planeación y Finanzas, Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales. Informe a la XCI Asamblea General de la Evaluación de Riesgos Contenidos en el Programa de Administración de Riesgos 2002. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2002. Disponible en [www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS\\_INF/2002/ejecutivo.htm](http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_INF/2002/ejecutivo.htm)

La diabetes genera un enorme impacto a los sistemas de salud. El costo de su atención será de 317 millones de dólares durante el 2005.<sup>34</sup> Desafortunadamente, 70% se utilizará para cubrir el tratamiento de las complicaciones crónicas, las incapacidades y las muertes, en vez de aplicarse a acciones preventivas. Por lo anterior, la diabetes debe ser considerada como una prioridad nacional.

Es por eso que en nuestro país se han realizado esfuerzos importantes para atender esta pandemia, como la Declaración de Acapulco que exhorta a la sociedad mexicana para detener la epidemia creciente de diabetes. Este documento resume acciones que potencialmente resultan en un estilo de vida saludable, dentro la que destaca la creación de una cultura alimentaria en la infancia, el aumento de la actividad física de la población, el entrenamiento del médico de primer contacto y la adecuación de los programas de las facultades de Medicina. Son acciones que pueden ser realizadas a bajo costo, para que tenga éxito se requiere del convencimiento de las personas y la voluntad política para combatir la diabetes. Concluye este documento alertando que si no iniciamos, en pocos años no habrá recursos suficientes para continuar tratando pacientes con complicaciones crónicas.<sup>35</sup>

La diabetes es la causa más frecuente de ceguera, insuficiencia renal terminal, amputaciones no traumáticas e incapacidad prematura, en México y en la mayoría de los países<sup>36</sup>.

En un estudio realizado para analizar las cinco enfermedades más frecuentes atendidas en el IMSS y su impacto económico, reportó que en total, las cinco entidades abordadas dieron lugar a 139 634 egresos hospitalarios 5.27 % del total

---

<sup>34</sup> Arredondo A, Zúñiga A. Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle income countries. *Diabetes Care* 2004; 27: 104-9.

<sup>35</sup> Aguilar Salinas Carlos Alberto, Gómez Pérez Francisco Javier, Declaración de Acapulco: propuesta para la reducción de la incidencia de la diabetes en México, *Revista de Investigación Clínica*, Vol. 58, Núm. 1. Enero-Febrero 2006, pp 71-77.

<sup>36</sup> Secretaría de Salud. Estadística de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud 2000. *Salud Pública Mex* 2001;43:494-510

de egresos), de los cuales 54 277 ocurrieron por diabetes mellitus (38.8 % entre los riesgos institucionales y 2.04 % del total de egresos), 12 237 (8.7 % y 0.46 %), por hipertensión arterial, 62 739 (44.9 % y 2.16 %), por insuficiencia renal crónica, 6285 (4.5 % y 0.23 %), por cáncer cervicouterino y 4096 (2.9 % y 0.15 %) se debieron a VIH/sida.

Del gasto total estimado dedicado a la atención de la diabetes en el nivel hospitalario en 2002; el 55.16 % se destinó a la atención del grupo de pacientes mayores de 60 años, grupo que también ocasionó el mayor número de egresos (54.8 %).

En 2002, los padecimientos que agruparon el mayor número de egresos o el mayor gasto por diabetes y sus complicaciones fueron: 114, “Amputación de miembro superior y dedos pies por trastorno circulatorio”; 285, “Amputación de miembro inferior por trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos”; 131, “Trastornos vasculares periféricos sin complicaciones”; 294, “Diabetes edad > 35”; 295, “Diabetes edad 0-35”; 332, “Otros diagnósticos de riñón y tracto urinario edad > 17 sin complicaciones”.<sup>37</sup>

La mayor parte de las enfermedades crónicas y degenerativas resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales. La predisposición para padecer el trastorno sólo se hace evidente cuando el individuo tiene un estilo de vida propicio. En los últimos cincuenta años, la población mexicana se concentró en grandes centros urbanos. El porcentaje de la población que vive en las áreas rurales se redujo de 57.4 en 1950 a 25.4 en 2000.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Marcela Zambrana, Beatriz Zurita, Teresita de Jesús Ramírez, Irma Coria. Gasto hospitalario de cinco patologías de alto impacto económico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (1): 43-50

<sup>38</sup> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo Nacional de Población. Tabulados Básicos Tomo I. México: INEGI, 2001.

Sus costumbres alimenticias se modificaron, con incremento del consumo de calorías, azúcares simples y grasas. Al migrar los individuos de un área rural a una urbana, el consumo de grasa aumenta y disminuye el de carbohidratos complejos. Por el contrario, el consumo de azúcares simples se incrementa o se mantiene sin cambios. Por otra parte, la actividad física de un alto porcentaje de esta población se reduce al mínimo. El resultado es un incremento del contenido energético de la dieta y una reducción del gasto de energía por medio del ejercicio.<sup>39</sup>

En México, la diabetes afecta a uno de cada cuatro individuos mayores de 60 años. La elevada prevalencia justifica el escrutinio sistemático de la diabetes en este grupo de edad. El porcentaje creciente de mexicanos que superan los 60 años hace necesaria la creación de programas de tratamiento adaptados a sus peculiaridades. Por ejemplo, en este grupo, la frecuencia y severidad de los factores de riesgo cardiovascular es mayor que en el resto de la población.

En ellos, la diabetes interactúa con otros procesos degenerativos que aumentan el riesgo de caídas, deterioro cognitivo, ceguera y otras complicaciones que causan invalidez y pérdida de la independencia.

En contraste, el espectro clínico de la diabetes en México se extiende a los menores de 40 años. Aunque la frecuencia es relativamente baja en este grupo de edad, la existencia de casos de diabetes tipo 2 de aparición temprana es una prueba de la susceptibilidad de la población, ya que esta variante de la enfermedad se observa de modo preferencial en las poblaciones con prevalencia muy alta de diabetes tipo 2. La baja prevalencia en adultos jóvenes subestima la importancia de la diabetes de aparición temprana, ya que en cifras absolutas el número de individuos afectados es similar al del grupo con la mayor prevalencia (mayores de 60 años) debido a que la población mexicana se compone en su mayoría de adultos menores de 40 años.

---

<sup>39</sup> Aguilar Salinas CA. Promoción de la salud para la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas vinculadas con la alimentación y el estilo de vida. En: García-Viveros M, ed. Salud comunitaria y promoción de la salud. España: ICEPSS, 1999.

La diabetes de aparición temprana representa un reto para su atención, toda vez que las personas tienen una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones crónicas debido a que la enfermedad casi siempre es más grave y el tiempo de exposición a la hiperglucemia es mayor. Por último, el predominio de la enfermedad en grupos con bajos recursos económicos y baja escolaridad obliga a la creación de medidas que faciliten el acceso al tratamiento. La educación y los medicamentos de bajo costo deben ocupar un lugar preponderante en dichos programas.<sup>40</sup>

Todas las instituciones de salud, enfrentan el reto de incidir en el alto costo que representa la creciente demanda de atención a la diabetes mellitus tipo 2 y en lograr la disminución del impacto de este padecimiento en la vida de las personas.<sup>41, 42</sup>

Si bien es ampliamente aceptado que el control de la glucemia es una forma para incidir en este panorama, también existe el consenso de que se requiere algo más que la adherencia a las indicaciones médicas y a la terapéutica farmacológica.<sup>43</sup> 3

Por todo lo anterior, el IMSS ha considerado la atención a la diabetes mellitus como una prioridad institucional, en la que es necesario llevar a cabo acciones integrales y específicas, que eviten o retarden su aparición y modifiquen en lo posible la magnitud de las complicaciones agudas y crónicas<sup>44</sup>.

Es un desorden del metabolismo, del proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. La insulina es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor

---

<sup>40</sup> Gustavo Olaiz-Fernández, MC, MSP, Rosalba Rojas, MC, PhD, Carlos A Aguilar-Salinas, MC, Juan Rauda, MC, MSP, Salvador Villalpando, MD, Ph D. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud Pública de México / vol.49, suplemento 3 de 2007, 331-337

<sup>41</sup> Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: SSA; 2001.

<sup>42</sup> Encuesta Nacional PREVENIMSS. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003.

<sup>43</sup> Libertad-Martín A, Grau A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de psicología de la salud. Psicología y Salud 2004; 14(1):89-99.

<sup>44</sup> Alpízar Salazar M, Sotomayor Gallardo A, Castro Ramos MA, Zárate Aguilar A, Madrazo Navarro M. Diabetes Mellitus, Prioridad Institucional. Revista de Salud Comunitaria, IMSS 1998; 2 (1): 31.35.

fuelle de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás y debajo del estómago<sup>45</sup>.

En personas con diabetes, una de dos componentes de este sistema falla:

- El páncreas no produce, o produce poca insulina (Diabetes Tipo I); o
- Las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce (Diabetes Tipo II).

## **2.2 Tipos de Diabetes**

Hay dos tipos principales de diabetes Mellitus: La Diabetes Mellitus tipo I, la que depende de la insulina, a veces se le llama diabetes juvenil, porque normalmente comienza durante la infancia.

Como el cuerpo no produce insulina, las personas con diabetes del tipo I deben inyectarse insulina para poder vivir. Menos del 10% de los afectados por la diabetes padecen el tipo I.

En el tipo II, que surge en adultos, el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien, no produce suficiente, o no puede aprovechar la que produce. La insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células. El tipo II suele ocurrir principalmente en personas a partir de los cuarenta años de edad.

---

<sup>45</sup> Fitz – Patrick, David, M.D., “Diabetes”, <http://www.endocrinologist.com/Espanol/diabetes.htm>. Consultado en 2010.



## 2.3 La importancia de un buen control de la diabetes

Este defecto de la insulina provoca que la glucosa se concentre en la sangre, de forma que el cuerpo se ve privado de su principal fuente de energía. Además los altos niveles de glucosa en la sangre pueden dañar los vasos sanguíneos, los riñones y los nervios.

No existe una cura para la diabetes. Por lo tanto, el método de cuidar su salud para personas afectadas por este desorden, es controlarlo: mantener los niveles de glucosa en la sangre lo más cercanos posibles los normales. Un buen control puede ayudar enormemente a la prevención de complicaciones de la diabetes relacionadas al corazón y el sistema circulatorio, los ojos, riñones y nervios.

Un buen control de los niveles de azúcar es posible mediante las siguientes medidas básicas: una dieta planificada, actividad física, toma correcta de medicamentos, y chequeos frecuentes del nivel de azúcar en la sangre.

La diabetes es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, con grados variables de predisposición hereditaria. Se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los carbohidratos, proteínas y grasas.

Los principales síntomas de la hiperglucemia son la poliuria, polidipsia, pérdida de peso, algunas veces polifagia y visión borrosa. Actualmente, la diabetes se considera una pandemia con tendencia ascendente<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> Guzmán-Juárez N, Madrigal-Bujaidar E. Revisión de las características clínicas, metabólicas y genéticas de la diabetes Mellitus. *Bioquímica* 2003; 28 (2): 14-23

La afección se relaciona con daños de la microcirculación, los cuales se pueden manifestar como nefropatía, neuropatía y retinopatía, así como daño macrovascular que se manifiesta en enfermedades cardiovasculares vinculadas a un estado de aterosclerosis acelerada y un mayor riesgo de trombosis.

En la actualidad, el conocimiento del genoma humano ha impulsado el estudio de diferentes enfermedades con etiología genética. En el caso de la diabetes se estudian diversos genes de susceptibilidad, relacionados con la codificación de la insulina y de sus receptores, además, se evalúa la relación de dichos genes con los factores ambientales y nutricionales que desencadenan la enfermedad. Una búsqueda específica se encamina a interpretar la relación entre los genes y las señales que controlan la producción de glucosa.

La diabetes mellitus tipo 2 es un trastorno metabólico que representa una de las principales causas de consulta en medicina familiar y es un reto su tratamiento, dada su complejidad, la dificultad de su control y las complicaciones que se producen cuando este control no se logra.

La hiperglucemia crónica de la diabetes se acompaña en el largo plazo de daño, disfunción e insuficiencia de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Todas las instituciones han realizado esfuerzos por poder ofrecer estrategias que ayuden a estos pacientes a mejorar y controlar su diabetes. Se han realizado guías que proponen acciones para la detección, el diagnóstico, el tratamiento no farmacológico y farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2, así como la identificación precoz de las complicaciones de la enfermedad en el primer nivel de atención, sin embargo los resultados aún no son alentadores<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Oviedo MMA, Espinosa LF, Reyes MH, Trejo y PJA, Gil VE. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2003; 41 (Supl 1):27-46

Para la elaboración de estas guías se seleccionan las mejores evidencias de los estudios exitosos de investigación, las bases de datos *Cochrane Library* y *Medline*, las guías clínicas publicadas con anterioridad, se aplican los criterios propuestos por *American Diabetes Association*, adaptados a los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Incluso como resultado de esta preocupación por el control de la diabetes, se consultó el proyecto de modificación de la norma oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Y en todas estas propuestas, se enfatizan en las recomendaciones del plan de alimentación y de ejercicio físico como parte fundamental en el tratamiento integral del paciente diabético, pero sigue quedando fuera la intervención psicológica, la cual consideramos, que debería ser junto con el cambio de dieta y la actividad física, otro de los pilares en la atención integral del paciente.

## **2.4 La obesidad y la diabetes en niños**

La obesidad es uno de los grandes problemas actuales en el mundo. Además, la obesidad se está presentando con mayor frecuencia en niños y adolescentes. En esta edad, la obesidad se presenta con graves complicaciones y severas alteraciones psicológicas. La más importante de la asociación con diabetes mellitus tipo 2, que cada vez se presenta con mayor frecuencia, siendo de 45% su presentación en esta edad.

El riesgo de presentar diabetes mellitus tipo 2 en el joven obeso, es mucho mayor cuando existe historia familiar o bien en grupos étnicos como son los afro-americanos o hispánicos (México-americanos). La diabetes en esta edad, se presenta frecuentemente sin los síntomas clásicos de la enfermedad denominados polis, siendo el incremento de peso lo que permite estar alerta de la presentación

de la diabetes, muchas veces con la presencia de acantosis nigricans que sugiere resistencia a la insulina.

El tratamiento de la obesidad en el niño o en el adolescente es uno de los grandes desafíos de este nuevo milenio, ya que la experiencia en el pasado es muy pobre.

Por lo tanto el cambio de estilo de vida y el apoyo familiar son fundamentales. En el caso de niños o jóvenes obesos con diabetes mellitus tipo 2, la metformina es el medicamento de primera elección para apoyar el ejercicio y las conductas alimentarias.

Las autoridades de salud y toda la sociedad, deberán de participar en los programas de educación tanto en el ámbito público como privado, promoviendo los cambios en el estilo de vida para revertir esta alteración y sus comorbilidades.<sup>48</sup>

## **2.5 Diabetes y ejercicio**

En general, se acepta y ha quedado demostrada la importancia de la actividad física para el control de la diabetes Mellitus. Al respecto, se realizó un estudio prospectivo y autocontrolado, para determinar las modificaciones metabólicas en pacientes con sobrepeso (GS) u obesidad (GO) y diabetes mellitus tipo 2 (DM), con ejercicio aeróbico submáximo (EASM) de 6 meses de duración.

En esta investigación, participaron 31 personas con DM tipo 2 con x de evolución de 8 años y variación de 3 a 15; edad x y DE de 55 años  $\pm$  6.3; género femenino (n = 27) 87% y masculino (n = 4) 13% utilizando hipoglucemiantes bucales y dieta, divididos en 2 grupos. (GS: n = 18 y GO: n = 13).

---

<sup>48</sup> Violante ORM. Obesidad y diabetes tipo 2 en el niño. Una nueva epidemia. Rev Endocrinol Nutr 2001; 9 (2): 103-106.

A estos pacientes se les realizaron las siguientes mediciones: Peso corporal, cálculo de peso ideal, índice de masa corporal, determinaciones iniciales y finales de: glucosa, colesterol, triglicéridos, hemoglobina glucosilada (Hb. glu) y cambios en TA, FC.

En el estudio se hizo una intervención de ejercicio aeróbico submáximo mediante el uso de la bicicleta con 10 minutos iniciales, con carga de 50 watts e incremento de 5 minutos semanales.

Los resultados observados fueron una disminución entre 5 y 10% de peso corporal en ambos grupos; la disminución de cifras de colesterol, triglicéridos, glucosa y Hb glucosilada resultaron estadísticamente significativos ( $p = 0.01$ ), con mayores cambios en el Grupo de sobrepeso; las modificaciones en la Tensión Arterial y en la Frecuencia Cardíaca fueron similares en ambos grupos sin diferencia entre ellos y con diferencia de mediciones iniciales de las finales ( $p = 0.05$ ); el gasto calórico fue mayor en el GO.

En este estudio se concluyó que el ejercicio aeróbico submáximo realizado en programas de mediana a larga duración como parte del tratamiento en DM es más benéfico en pacientes con sobrepeso ya que auxilia en la mejoría de los parámetros metabólicos, no obstante, mejora la condición física general en ambos grupos<sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup> Domínguez CLG, Arellano AG. Efectos del ejercicio aeróbico submáximo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y obesidad o sobrepeso. Act Med Gpo Ang 2004;2 (4): 227-233

## 2.6 Intervención en grupos de ayuda mutua

A lo largo de la historia el papel del médico como intermediario para lograr el alivio de las enfermedades, restableciendo la calidad de vida y la capacidad laboral perdida, ha sido apreciado sin distinción por todas las sociedades.

Sin embargo, aunque esa labor sigue siendo importante, las últimas décadas han visto como, cada vez más, la tarea del médico se ensancha al asumir funciones activas en prevención y promoción del cuidado de la salud. Los beneficios en todas las áreas han sido evidentes pero, sin duda, existen algunos campos en donde su aplicación cobra especial importancia.

México está sufriendo una transición demográfica y epidemiológica que lo ha llevado a una mayor esperanza de vida al nacer de la población, hoy en día es de 75.0 años y se espera esta cifra se eleve a 78.8 años para el año 2025.

También destaca un crecimiento acelerado en la población de la tercera edad, en quienes el riesgo de padecer y morir por enfermedades crónico degenerativas se incrementa. Se estima que este ritmo en el crecimiento del número de ancianos, se mantendrá por lo menos durante los próximos 50 años.

El Centro de Vigilancia Epidemiológica, a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano, promocionó desde 1995 los "Grupos de Ayuda Mutua", también denominados "Clubes de diabetes" cuyos principales objetivos han sido:

1. Garantizar que cada uno de los pacientes reciba la capacitación (conocimiento, habilidades y destrezas) indispensable para el buen control de la enfermedad.
2. Contribuir a la prevención y manejo de la diabetes e hipertensión arterial.
3. Favorecer la reducción de la morbilidad y mortalidad prematura en enfermedades crónicas degenerativas, principalmente diabetes e hipertensión arterial.

A este respecto, se han realizado estudios de investigación sobre la importancia de pertenecer a un grupo de ayuda mutua y los resultados son alentadores. Uno de ellos se realizó en 15 estados de la República con un total de 6,162 pacientes, en un período de seis meses (enero a junio de 1999)<sup>50</sup>.

A estos pacientes se les aplicó el cuestionario de "Detección integrada de diabetes e hipertensión arterial". Se incluyeron pacientes mayores de 25 años de edad, de ambos sexos, sin antecedentes de diabetes y/o hipertensión arterial.

Para esta evaluación, se tomaron los registros de las metas de tratamiento del mes de junio de 1999, se incluyeron 15 estados de la República; con un total de 6,162 sujetos, encontrándose que de ellos el 62% (3,820) fueron de sexo femenino y 38% (2,342) de sexo masculino.

Se les determinó glucemia capilar encontrando con glucemias menores a 110 mg/dL al 22% (1,356) de los casos, de 110-126 mg/dL 22% (1,356), y mayores de 126 mg/dL 56% (3,450).

En cuanto a toma de presión arterial se encontró que el 47.5% (2,927) tuvo una tensión arterial menor a 140/90 mmHg; de 140/90 a 160/95: 28.7% (1,769); y mayor a 160/95: 23.8% (1,466).

Se determinó el Índice de Masa Corporal encontrando que el 17.2% (1,060) se encontraron con un índice menor a 25; 30% (1,848) entre 25 y 27; y 52.8% (3,254) mayor a 27.

Se encontró además que el 68.8% (4,239) realizaban actividad física y 31.2% (1,923) eran sedentarios. Se dividió a los pacientes en tres grupos, evaluando

---

<sup>50</sup> Velázquez MO, Lara EA, Martínez MMY, Tapia OF et al. Evaluación de clubes de ayuda mutua. Rev Edocrinol Nutr 2001; 9 (3): 126-132

parámetros como: sexo y glucemia, glucemia e IMC, presión arterial y niveles de glucosa; glucemia capilar y ejercicio físico.

Se concluyó que los Grupos de Ayuda Mutua constituyen un instrumento de gran valor para la prevención de la diabetes entre los familiares de los pacientes ya que tales individuos se encuentran en riesgo de desarrollar esta enfermedad.

Es un mecanismo por el cual las personas que tienen diabetes o hipertensión arterial, de ahí que se les instruya para que participen continuamente en el tratamiento no farmacológico de estas enfermedades.

Por lo que la educación de las personas que tienen estas enfermedades y la capacitación en el personal de salud son elementos básicos para el control metabólico de la diabetes y la hipertensión arterial.

Los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. Su sólo diagnóstico implica la pérdida del estado de salud, además de la puesta en marcha de cuidados y nuevas rutinas que permitan seguir las instrucciones del equipo de salud. En el caso de los diabéticos se han informado mayores niveles de depresión (hasta seis veces más alta que en el resto de la población), ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía<sup>51</sup>

En virtud de que un ingrediente medular de dicho deterioro lo constituye el comportamiento humano (Knight y Camic, 1998; Sánchez-Sosa, 2002), el tratamiento psicológico de las áreas afectadas por el proceso de enfermedad deberá permitir al paciente la restauración y/o mejora de su adherencia

---

<sup>51</sup> Bradley, 1997; Velasco y Sinibaldi, 2001. Citados por Angélica Riveros. Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad y condición médica de pacientes diabéticos de hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005, Vol 5, No. 3. pp- 445-462.



terapéutica, bienestar y calidad de vida<sup>52</sup>. Los resultados de éstas y muchas otras investigaciones demuestran que la prevención es factor fundamental para el mantenimiento de un buen estado de salud.

El cambio de mentalidad no es responsabilidad sólo del profesional de la medicina. Deben participar de él todas las esferas de la sociedad y en especial, las instituciones educativas que a la postre son las encargadas de moldear y liderar los patrones de conducta que rigen a la comunidad.

La hiperglucemia crónica de la diabetes se relaciona con daño a largo plazo, disfunción y falla de varios órganos, especialmente los ojos, riñones y los vasos sanguíneos. También se sabe que las complicaciones a largo plazo de la diabetes mellitus se relacionan con síntomas de depresión.<sup>53</sup>

La experiencia práctica sugiere la necesidad de cuidar la integridad neuropsiquiátrica del paciente, además del conocimiento de sus rasgos personales<sup>54</sup> y la formación de un equipo multidisciplinario para su atención, con el propósito de fomentar el autocuidado, el apego al tratamiento y los cuidados preventivos.<sup>55</sup> La diabetes tiene un gran impacto psicológico, como lo demuestran los numerosos estudios que reportan incremento en la morbilidad psiquiátrica entre quienes la padecen.

El diagnóstico psiquiátrico más común en los pacientes con diabetes es la depresión. Los reportes de pacientes adultos muestran una prevalencia de casi 15%. El diagnóstico de trastorno depresivo sigue siendo clínico y se subestima

---

<sup>52</sup> Riveros *et al.* Intervención cognitivo-conductual en pacientes diabéticos e hipertensos esenciales Int J Clin Health Psychol, Vol. 5, Nº 3

<sup>53</sup> Vileikyte L, Leventhal H, Gonzalez JS, Peyrot M, et al. Diabetic peripheral neuropathy and depressive symptoms. Diabetes Care 2005;28(10):2378-83.

<sup>54</sup> Lane JD, McCaskill CC, Williams PG, Parekh PI, et al. Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes. Diabetes Care 2000;23(9):1321-5.

<sup>55</sup> Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Rutter C, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Diabetes Care 2004;27(9):2154-60.

debido a interrogatorios insuficientes, falla en la consulta con un familiar de respaldo, etc.<sup>56</sup>

Se mencionan múltiples factores que vinculan a la depresión con la diabetes tipos 1 y 2. Según Engum, estos factores no son diferentes a los de la población en general; sin embargo, las comorbilidades crónicas se relacionan con depresión en pacientes con diabetes tipo 2; sin la comorbilidad no hay diferencia con la población en general.<sup>57</sup>

Esta enfermedad se manifiesta, predominantemente, en mujeres diabéticas o no. Un factor pronóstico mayor es el peso corporal. En los hombres, los diabéticos tienden más a la depresión que los normoglucémicos.<sup>58</sup>

Un análisis realizado en el año 2001 por Anderson demuestra que la diabetes duplica la prevalencia de depresión, considerando ambos tipos de diabetes. Predomina la comorbilidad de depresión en mujeres en 28%, contra 18% de los hombres.<sup>59</sup>

Un estudio efectuado en mexicoamericanos mayores de 65 años<sup>60</sup> demostró que la depresión incrementa la incidencia de macro y microvasculatura y aumenta la frecuencia de discapacidad en actividades de la vida diaria. Añade que, como consecuencia, hay mayor demanda de servicios y se gasta más tiempo en la atención a estos pacientes, lo que repercute en la economía.<sup>61</sup>

---

<sup>56</sup> Geffken GR, Ward HE, Staub JP, Carmichael S, Evans D. Psychiatric morbidity in endocrine disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1998;21(2):473-89.

<sup>57</sup> Engum A, Mykletum A, Midthjell K, Holen A, Dahl AA. Depression and diabetes: a large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005;28(8):1904-9.

<sup>58</sup> Nichols GA, Brown JB. Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(3):744-9.

<sup>59</sup> Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24(6):1069-78.

<sup>60</sup> Black SA, Markides KS, Ray LA. Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican-Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(10):2822-8.

<sup>61</sup> Finkelstein EA, Bray JW, Chen H, Chen H, et al. Prevalence and costs of major depression among elderly claimants with diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(2):415-20.

Por su parte, Egede<sup>62</sup> encontró que los menores de 65 años, las mujeres y los solteros se deprimen con más frecuencia. Otro análisis que incluyó a diabéticos más jóvenes, se relacionó significativamente a la depresión con complicaciones crónicas de la diabetes.<sup>63</sup>

La coexistencia de la diabetes mellitus tipo 2 y depresión pone de manifiesto la menor actividad física, la baja autoestima, un menor seguimiento de la dieta y menor apego al tratamiento antihipertensivo, antilipémico e hipoglucemiante; sin embargo, el cuidado en casa, las medidas preventivas y el cuidado de la retinopatía y micro albuminuria es igual entre pacientes deprimidos y no deprimidos.<sup>64</sup>

Ciechanowski relaciona estos hallazgos con el grado de depresión medido por cuestionario.<sup>65</sup> En otro estudio ese autor hace una distinción entre el descontrol metabólico vinculado con depresión en diabéticos tipo 1 pero no en los tipo 2.<sup>66</sup>

Brown evaluó a diabéticos de reciente diagnóstico y encontró una incidencia de depresión similar a la población general; sin embargo, en presencia de comorbilidades se incrementó la incidencia de depresión.<sup>67</sup>

Otro estudio establece la relación entre el descontrol metabólico y el grado de depresión en pacientes diabéticos de cinco años de diagnóstico, sin comorbilidades agregadas. Sin embargo, es importante aclarar que el hecho de que no exista diferencia significativa de glucemia entre los grupos con depresión leve y sin depresión nos permite conocer las limitaciones del instrumento diagnóstico para distinguir entre la depresión leve y el humor deprimido frecuentemente encontrado ante el diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa.

---

<sup>62</sup> Egede LE, Zheng D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002;25(3):464-70.

<sup>63</sup> De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001;63(4):619-30.

<sup>64</sup> Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Rutter C, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004;27(9):2154-60.

<sup>65</sup> Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Arch Intern Med* 2000;160(21):3278-85.

<sup>66</sup> Ciechanowsky PS, Katon WJ, Russo JE, Hirsch I. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self care and glucose control in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25(4):246-52.

<sup>67</sup> Brown LC, Majumdar SR, Newman SC, Johnson JA. Type 2 diabetes does not increase risk of depression. *CMAJ* 2006; 175(1).

Por supuesto que el estudio incide en el abordaje clínico y el tratamiento del paciente diabético tipo 2, ya que obtiene relevancia el reconocer los síntomas depresivos y la depresión misma, debido a su vínculo con aspectos clínicos en el cuidado, como el reporte de síntomas, el apego al autocuidado y al tratamiento dietético y farmacológico para disminuir las concentraciones de glucosa y, por ende, las complicaciones agudas y crónicas, así como la mortalidad causada por las mismas o por enfermedad cardiovascular, concluyendo que existe relación entre el grado de depresión y el descontrol metabólico en los pacientes diabéticos tipo 2 sin comorbilidades.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> César Escobedo Lugo, Norma Angélica Díaz García, José Juan Lozano Nuevo, Alberto Francisco Rubio Guerra, Graciela Varela Gutiérrez. Descontrol metabólico relacionado con depresión según el inventario de Beck en pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico. Medicina Interna de México Volumen 23, Núm. 5, septiembre-octubre, 2007. 385-390.

## Capítulo 3

### Diabetimss

#### 3.1 ¿Qué es Diabetimss?

Diabetimss es un programa del Instituto Mexicano del Seguro Social, que fue creado en el año 2008, en el mes de septiembre se capacitó al personal de las diferentes delegaciones para que conocieran esta nueva propuesta preventiva y de control de la diabetes; y se inició a aplicar en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 en el mes de octubre del 2008<sup>69</sup>.

Forma parte del Programa Institucional para la Prevención y Atención de la Diabetes, el cual fue elaborado con el objetivo de mejorar las acciones de prevención y atención integral de la diabetes que se realizan en los tres niveles de atención del IMSS.

Diabetimss es un programa para la atención de la diabetes, y este programa se concibe como un sistema integrado y coordinado en el que todos los participantes, incluyendo al paciente y familia, trabajen en equipo, conozcan, acepten y se identifiquen con las metas, y que se atiendan las necesidades e intereses del paciente con medidas y procedimientos que sean útiles y trascendentes para su bienestar.

A esta forma de organización y vinculación entre los pacientes y el equipo de salud se le ha denominado “Módulo Diabetimss”.

El Módulo Diabetimss, se implantó como una estrategia para mejorar las acciones de prevención y atención integral de la diabetes en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS.

Los objetivos de Diabetimss son:

---

<sup>69</sup> Guía Clínica para la Operación de Módulos Diabetimss. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, 2008.

- Proporcionar servicios de atención médica en Medicina Familiar con calidad que atiendan a pacientes con factores de riesgo y mejoren las condiciones de salud del paciente diabético y su familia.
- Proporcionar atención médica, de rehabilitación anticipatoria con el fin de promover, proteger y restaurar la salud, que permitan disminuir la incidencia de diabetes, mejorar el control metabólico y prevenir o retrasar la aparición de complicaciones.
- Fomentar la corresponsabilidad del paciente, su familia con el equipo de salud, para la prevención, tratamiento, control y rehabilitación.

### **3.2 ¿Qué tipo de pacientes son enviados al Módulo Diabetimss?**

- Paciente que padezca Diabetes de cualquier tipo.
- Paciente que autorice su referencia al módulo con carta de consentimiento informado.
- De cualquier edad y sexo.
- Con menos de 10 años de evolución.
- Sin deterioro cognitivo, psicosis o farmacodependencia.
- Sin complicaciones crónicas de su padecimiento.
- Con compromiso de red de apoyo familiar o social.
- Sin problemas para acudir una vez al mes a una sesión con una duración de 2.5 hrs.

El módulo Diabetimss, tiene una estructura definida para lograr sus objetivos. Funciona en 2 turnos y cuenta con un área para actividades educativas del grupo. El equipo de salud que atiende el Módulo Diabetimss, se divide en un equipo básico, en quien recae la responsabilidad de la atención y de operar las recomendaciones de atención a la salud, y está formado por: 2 Médicos Especialistas en Medicina Familiar, 2 Enfermeras Generales, 2 Trabajadores Sociales, uno por cada turno.

Existe además un equipo adicional que realiza intervenciones programadas de tiempo parcial y son el Estomatólogo, la Nutricionista Dietista y el psicólogo.

### **3.3 Actividades de la Trabajadora Social<sup>70</sup>.**

- Es quien recibe al paciente y familiar acompañante, referido por el médico familiar del consultorio de adscripción.
- Realiza la entrevista diagnóstica, identificando las necesidades de atención social y redes de apoyo que requiere para integrarse al Módulo de Diabetimss.
- Proporciona al paciente y familia toda la información necesaria sobre el programa para su integración al módulo de Diabetimss.
- Aclara dudas y verifica que la información se haya recibido correctamente, por el paciente y su familia.
- Elabora el “Consentimiento Informado” y recaba firma del paciente.
- Sensibiliza al paciente y familiar sobre la importancia de asistir a la consulta y a las 12 sesiones educativas de Diabetimss.
- Registra en la agenda del grupo la cita correspondiente.
- Informa al paciente o familiar, la fecha, horario y lugar para la sesión.
- Requisita los datos generales del paciente en el “carnet Diabetimss”, (Nombre, No. seguridad social, domicilio y consultorio adscripción) y le explica al paciente la utilidad del mismo, por lo que es necesario que lo presente todas las ocasiones que acuda a consulta médica o a actividad grupal.
- Registra en el carnet la cita en mutuo acuerdo con el paciente.
- Informa al paciente que el día de la sesión recibirá consulta con el médico familiar del módulo.
- Registra sus acciones e intervenciones en la “Nota de Trabajo Social”
- Elabora en coordinación con la enfermera el calendario de sesiones, con fechas y ponentes.

---

<sup>70</sup> Guía Clínica para la Operación de Módulos Diabetimss. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, 2008.

- Elabora en coordinación con la enfermera el programa de sesiones.
- Utilizará el Programa de Educación en Diabetes, que servirá de apoyo para el autoaprendizaje del paciente.

### **3.4 Actividades de la Enfermera General<sup>71</sup>**

- Elabora en coordinación con la trabajadora social el calendario de sesiones, con fechas y ponentes.
- Elabora en coordinación con la trabajadora social el programa de sesiones.
- Conduce al grupo y las sesiones educativas de cada consulta
- Organiza las actividades del grupo.
- Asigna sesiones a los distintos miembros del equipo de salud y ofrece orientación a los pacientes y apoyo terapéutico para el logro de sus metas.
- Asegura de que los materiales didácticos estén disponibles y funcionando.
- Da la bienvenida.
- Recomienda que el paciente acuda al módulo desayunado, así como haber administrado sus medicamentos.
- Mide la Tensión Arterial, el Peso, la talla, determina el IMC (índice de masa corporal) circunferencia abdominal y glucemia capilar, registra en el carnet Diabetimss.
- Enseña a los pacientes a tomar somatometría y supervisa que lo realicen a partir de la segunda sesión.
- Entrega el carnet Diabetimss al médico familiar, al inicio de la consulta.
- Desarrolla los temas educativos.
- Participa en reuniones periódicas con el resto del equipo, para ajustar los procedimientos técnicos médicos, de información, comunicación y educación para asegurar su correcto funcionamiento.
- Establece coordinación con el equipo multidisciplinario para identificar pacientes que no acuden a la sesión y/o requieren de la participación familiar.

---

<sup>71</sup> Guía Clínica para la Operación de Módulos Diabetimss. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, 2008.



- Establece coordinación directa con trabajo social para la reconquista de pacientes y verifica la inclusión a los grupos de sesiones educativas.
- Sensibiliza y orienta al paciente y familiar sobre la importancia de asistir a su cita médica y a la sesión grupal programada.
- Orienta al paciente y familia respecto a que la indicación del ejercicio debe ser progresiva de acuerdo a la Guía
- Orienta al paciente y familia en forma individual o grupal sobre los beneficios de cumplir con un plan alimentario.
- Evalúa el IMC y en su caso lo deriva al Médico Familiar.
- Realiza acciones de educación para la salud encaminada a que la paciente asuma su responsabilidad relacionada con la medicación prescrita.
- Identifica el nivel de conocimiento del paciente relacionado con la medicación prescrita.
- Instruye al paciente reconocer las características distintivas de los medicamentos prescritos.
- Orienta al paciente acerca del propósito y acción de los medicamentos prescritos.
- Realiza la demostración de la preparación de los medicamentos para evitar la contaminación de los mismos.
- Enseña al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de administrarse los medicamentos (medición de la presión arterial, medición de glucosa capilar y comparar el nivel de glucosa.)
- Informa al paciente lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Enseña al paciente la toma de la tensión arterial, glucosa capilar, colesterol y sus fracciones, triglicéridos y microalbuminuria.
- Informa al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Capacitar a la paciente y familia sobre las acciones a efectuar en caso de hiper o hipoglucemia.

- Enseña al paciente a prevenir/aliviar los posibles efectos secundarios de los medicamentos.
- Enseña al paciente a manejar, guardar y conservar correctamente los medicamentos.
- Ayuda al paciente a desarrollar un horario de administración de medicamentos.
- Advierte al paciente acerca de los riesgos asociados a la administración de los medicamentos caducados.
- Advierte al paciente contra la administración de medicamentos prescritos por otras pacientes.
- Orienta sobre los mitos y tabús de la premedicación con fármacos o métodos naturistas
- Realiza revisión de medicamentos (prescritos, automedicados), con el propósito de identificar las posibles interacciones medicamentosas, así como posibles duplicaciones del tratamiento
- Evalúa en cada consulta los resultados de las acciones realizadas por el paciente, considerando los criterios siguientes; de los valores límites de glucemias y cifras tensionales, de medicamentos prescritos y descripción del procedimiento para realizar el autoanálisis de la glucemia.
- Favorece la participación de la familia en la adherencia de los medicamentos
- Propicia el seguimiento de las actividades educativas en el domicilio, para ser evaluadas en la próxima sesión

### **3.5 Actividades del Médico Familiar<sup>72</sup>**

- Recibe de la enfermera la Cartilla de salud y citas médicas, así como el “carnet Diabetimss” de los pacientes citados.
- Accede a la agenda de grupo del SIMF registrados por la trabajadora social para identificar a los pacientes citados del día y organiza la secuencia de la consulta.

---

<sup>72</sup> Guía Clínica para la Operación de Módulos Diabetimss. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, 2008.

- Informa a la enfermera y la trabajadora social la secuencia en que pasaran los pacientes a consulta.
- Coordina al equipo de salud para comentar casos especiales
- Verifica en el expediente electrónico: nota de referencia, historia clínica completa, con resultados de laboratorio realizados previos a la cita en el Módulo.
- Identifica las necesidades y demandas del paciente mediante el interrogatorio, en forma directa o a través de su acompañante, de acuerdo al proceso de atención médica de diabetes.
- Registra en la nota médica, padecimiento actual, los datos que se generan de la consulta como antecedentes del padecimiento actual.
- Revisa los resultados de laboratorio y en su caso registra la glucosa y realiza análisis de los mismos.
- En caso de que requiera hacer alguna exploración física al paciente, le solicita a la enfermera que lo asista, informando el tipo de exploración a realizar para que prepare al paciente.
- Al terminar la exploración física ayuda al paciente para que pueda continuar con la consulta.

### **3.6 Actividades de la Nutricionista Dietista<sup>73</sup>**

- Coordina y acuerda con el Médico Familiar, Enfermería y Trabajo Social la programación de sesiones grupales sobre alimentación.
- Brinda apoyo al equipo multidisciplinario para proporcionar educación y orientación en la sesión grupal de alimentación para pacientes del modulo de Diabetimss.
- Recibe de la Enfermera el calendario de las sesiones grupales en las que participa con los temas de su competencia.

---

<sup>73</sup> Guía Clínica para la Operación de Módulos Diabetimss. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, 2008.

- Participa a demanda de acuerdo a necesidades explícitas o implícitas del equipo de salud o del grupo de pacientes.
- Utiliza el Programa de Educación en Diabetes, como apoyo para el autoaprendizaje del paciente.
- Participa en las sesiones en forma secuencial y de acuerdo al Manual del Aplicador del Módulo Diabetimss.
- Otorga plan nutricional individual a petición del médico familiar de acuerdo a la detección realizada en el grupo durante la sesión educativa
- Consulta y aplica la antropometría, realiza y determina los requerimientos energéticos y el plan alimentario.
- Otorga orientación individual para la orientación nutricia.
- Aclara dudas al paciente sobre su tratamiento nutricional.
- Otorga plática en sesión grupal sobre: Plato del bien comer, cuenta de carbohidratos, conteo de grasas, lectura de etiquetas.

### **3.7 Actividades del Estomatólogo<sup>74</sup>**

- Recibe pacientes derivados del Médico Familiar del Modulo Diabetimss.
- Otorga citas en forma semestral una vez que este haya sido dado de alta en la Atención Estomatológica Integral.

### **3.8 Actividades del Psicólogo Clínico<sup>75</sup>**

- Coordina y asesora a la enfermera y trabajadora social para planear la dinámica de los grupos.
- Participa en el adiestramiento al equipo de salud sobre elección y aplicación de técnicas de modificación de conducta.
- Participa en reuniones periódicas para la intervención en sesiones de terapia conductual.

---

<sup>74</sup> Guía Clínica para la Operación de Módulos Diabetimss. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, 2008.

<sup>75</sup> *Idem*

- Participa en reuniones periódicas con el resto del equipo, para ajustar los procedimientos a las condiciones locales y para asegurar su correcto funcionamiento.
- Otorga atención psicológica a pacientes en los que se detecten problemas emocionales.
- Realiza la intervención, evaluación y seguimiento a los pacientes identificados.
- Retro informa al paciente sobre la evolución de su patología.

En este punto del programa, vemos que si bien está considerada la participación del psicólogo de la Unidad Médica, su papel girará en torno al trabajo en dinámicas de grupo, terapias conductuales y situaciones emocionales, pero no se menciona la medición y elevación de la autoestima, de ahí la importancia de nuestro proyecto.

### 3.9 Temas del Módulo Diabetimss

Los temas que se analizan en el Módulo Diabetimss en un lapso de 12 meses, con una periodicidad de una sesión mensual son:

Mes	Tema	Subtemas	Actividad de Aprendizaje
1	¿Que sabes acerca de la Diabetes?	Presentación Los tipos de diabetes. Consecuencias de la Diabetes. ¿Quiénes pueden tener diabetes?	Reflexión de mi vida.
2	Mitos y Realidades acerca de la diabetes	¿Qué hay acerca del tratamiento de la diabetes?. Decálogo de la persona Medicamentos para el tratamiento de la diabetes tipo 2. Establece metas en tu tratamiento.	La diabetes en mi vida Tarea para llevar a casa

3	Auto-monitoreo	¿Cómo checar tu azúcar en sangre? Llevar registros para un mejor control.	Formato para registros, Tarea para llevar a casa.
4	Hipoglucemia e hiperglucemia y su tratamiento	¿Qué hacer cuando baja el azúcar? ¿Qué hacer cuando sube el azúcar? Botiquín para días de enfermedad.	Tarea para llevar a casa. ¿Qué hacer en los días de enfermedad?
5	El plato del bien comer	Selección saludable de alimentos. ¿Cuánto comer? ¿Estoy comiendo demasiado?	Tarea para llevar a casa.
6	Las calorías y las grasas	Conteo de carbohidratos. Aprender a leer etiquetas Endulzantes con y sin calorías. Conteo de grasa.	Tarea para llevar a casa.
7	Técnica de modificación de conducta.	Aprende a solucionar tus propios problemas	Tarea para llevar a casa.
8	Técnica de modificación de conducta	Prevención exitosa de recaídas. Enfrenta el estrés saludablemente. El estrés puede controlarse.	Tarea para llevar a casa.
9	Actividad física y diabetes.	Situaciones que limitan temporalmente la actividad aeróbica. Precauciones al iniciar tu actividad física.	Tarea para llevar a casa.
10	Cuídate	Cuida tus pies. Cuida tus dientes. Las vacunas y tu salud.	Tarea para llevar a casa
11	Tu familia y tú diabetes.	Involucra a tu familia	Tarea para llevar a casa.
12	La sexualidad y la diabetes.	La sexualidad en el paciente diabético. Las emociones en el paciente diabético.	Tarea para llevar a casa.

## Conclusión

La diabetes mellitus es una enfermedad especial por todo lo que se ha analizado, e implica todo un abordaje interdisciplinario si se quiere obtener buenos resultados en cuanto a prevención, tratamiento y control de la misma; para poder evitar las temibles complicaciones a largo plazo que a larga son las que acaban con la vida de los pacientes.

En el Instituto Mexicano del Seguro social se ha intentado este abordaje interdisciplinario, sin embargo se ha intencionado más el quehacer terapéutico médico y se ha dejado de un lado o con poco peso en el proceso terapéutico, la ayuda que puede proporcionar un especialista en el área de la salud mental.

Se deberá actuar rápido y pronto, si se quiere que las predicciones de los daños, que causará la diabetes en nuestra población en los próximos años, no sea una realidad, y se considera que una de las áreas que puede aportar mucho, pero que lamentablemente no está bien explotada es la de la esfera psicológica del paciente.

Se Parte de la idea de que una persona diabética con baja autoestima, tendrá un pobre desempeño en las acciones que le permitan lograr un papel activo en el control de la misma; mientras que una persona diabética con alta autoestima, realizará acciones tendientes a cuidar su salud, su cuerpo y si vida, logrando con ello mantener mejores niveles de salud, y alejando o retrasando la aparición de las complicaciones de la diabetes.

Para ello se ha diseñado este taller que busca elevar la autoestima de los pacientes diabéticos que participan en el Módulo Diabetimss de la Unidad de Medicina Familiar, buscando con ello lograr el objetivo antes expuesto.

## **Taller:**

Propuesta de taller grupal para elevar la autoestima en los pacientes diabéticos que acuden al modulo Diabetimss de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS.

### **4.1 Introducción.**

El abordaje que implica la atención de la diabetes Mellitus se ha intentado de diversas formas y maneras, en base a estos planteamientos se sugieren intervenciones multidisciplinarias en las que juegan un papel destacado el cambio de dieta y la modificación del sedentarismo por actividad física. Pero tristemente observamos que la intervención psicológica en estos pacientes sigue estando ausente.

Por eso se propone realizar un programa de intervención psicológica de tipo motivacional que fortalezca aspectos fundamentales de la persona diabética como su autoestima, la revalorización de la salud positiva, el apego al tratamiento, el replantear la función corporal que aún tienen y de esta manera evitar las complicaciones de la diabetes al asumir una mejor actitud ante su enfermedad.

Por lo anterior, el problema que se plantea es: ¿podrá la aplicación de un programa de intervención psicológica motivacional para elevar la autoestima, en un grupo de paciente con diabetes Mellitus tipo 2, contribuir a un mejor control metabólico de la enfermedad y por ende de la disminución de sus complicaciones?

### **4.2 Población de estudio, población objetivo o población blanco.**

Serán pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, derechohabientes del IMSS, que acudan al Módulo Diabetimss de la Unidad de Medicina Familiar No. 9. Los rangos de edad serán de 35 a 60 años de edad, de ambos sexos.



## **4.3 Taller para elevar la Autoestima**

### **4.3.1 Introducción.**

Este taller de seis sesiones se propone para elevar la autoestima en los pacientes Diabéticos que acuden al Modulo Diabetimss de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS, se realizará una actividad cada mes, durante un periodo de 6 meses, las actividades son las siguientes:

### **4.3.2 Objetivo**

Que los pacientes Diabéticos que acuden al módulo realicen actividades diversas encaminadas a elevar su nivel de autoestima, para contribuir con ello a un mejor control de su enfermedad.

### **4.3.3 Dirigido a**

Pacientes diabéticos integrantes del modulo Diabetimss.

### **4.3.4 Número de participantes**

Para la eficiente realización del taller y el logro de sus objetivos, se requiere un mínimo de 20 participantes y un máximo de 50 participantes diabéticos tipo 2 cada mes, que acepten voluntariamente participar en este proyecto. Los pacientes se agruparán en dos grupos de 25 personas cada uno. O bien de acuerdo al número de personas que acudan a su sesión de Diabetimss, hasta completar 50 pacientes en el mes, los cuales serán los mismos que participen en los meses siguientes.

### **4.3.5 Duración del taller**

Debido a los contenidos que se abarcan en el taller, se realizará una actividad cada mes ya que el grupo acude mensualmente a su Modulo Diabetimss, y se utilizará el día de su visita para hacerlos participar en estas actividades con una

duración entre 45 minutos. Debido a que se considera un periodo de tiempo de seis meses, se realizarán seis talleres.

#### **4.3.6 Metodología**

Para lograr el objetivo de este taller se utilizarán diversas técnicas y métodos que faciliten la comprensión del material del curso, entre los que están: láminas, dinámicas grupales y plenarias.

#### **4.3.7 Temario General**

- Acentuar lo positivo
- Alabanzas
- Concepto positivo de sí mismo
- Jactándose
- Ronda de caricias
- Una alegre y larga vida

#### **4.3.8 Material Requerido**

- Hojas
- Lápices
- Rotafolio
- Marcador

### **4.3.9 Propósitos.**

Elevar su nivel de autoestima, para contribuir con ello a un mejor control de su Diabetes tipo 2.

### **4.3.10 Lugar.**

Los talleres se realizarán en el aula Diabetimss, donde los pacientes acuden mensualmente a participar en actividades grupales y médico farmacológicas que ayudan al control metabólico de su enfermedad.

### **4.3.11 Forma de Evaluación General.**

- Se realizará una medición del nivel de autoestima al inicio del proceso con la escala de autoestima de Rosenberg.<sup>76</sup>
- Se tomarán las medidas de los indicadores biomédicos cada mes para ir vigilando el proceso de control metabólico.
- Se les invitará a participar mensualmente en un taller encaminado a incrementar el nivel de autoestima de los pacientes diabéticos.
- Se hará una medición final, a los seis meses, del nivel de autoestima adquirido.
- Se cruzará la información analizando el nivel inicial y final de autoestima con la escala de autoestima de Rosenberg.
- Se cruzará la información analizando las cifras de los indicadores biomédicos al inicio del trabajo y su evolución mensual hasta la toma final a los seis meses de iniciado el proyecto.

---

<sup>76</sup> [www.sicolog.com](http://www.sicolog.com)

## 4.4 Talleres Grupales para elevar la autoestima

### 4.4.1. Sesión # 1

#### TITULO: ACENTUAR LO POSITIVO

<b>Tema</b>	<b>Técnica</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Acentuar lo positivo	Identificar y compartir cualidades personales entre sí.	Mejorar el concepto de sí mismo	Después de presentarse, se les explicará que se formaran parejas al azar, para identificar y compartir sus cualidades personales entre sí. Dichas características pueden ser físicas, intelectuales o aptitudes que les agraden de ellos mismos. Todos los comentarios que harán serán positivos, no se permiten los negativos. Se les pide que inicien hablando de ellos mismos, pidiéndoles que mientras uno habla el otro escuche y después alternan los roles. No habrá límite de tiempo en sus participaciones. Al finalizar, en sesión plenaria, se les pedirá que hablen de lo que aprendieron y descubrieron; y cómo podrían adecuar lo aprendido a su vida y para enfrentar su diabetes. Se termina con un propósito personal de mejora.	Ninguno	45 min.

#### 4.4.2. Sesión # 2

##### TITULO: ALABANZA

<b>Tema</b>	<b>Técnica</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Alabanza	Reconocimiento de otros pacientes para mejorar el autoconcepto.	Que cada paciente desarrolle la conciencia de sus propios logros. Que hagan un reconocimiento público de otros pacientes, Concientizarse de sus propias respuestas en reconocimiento de otros.	Se proveerá de hojas blancas y un lápiz, se les pide que hagan una lista de cosas que hagan bien, un logro reciente y una frase que les gustaría hacia su persona. Se forman parejas para intercambiar sus listas, después elaboran un reconocimiento para su pareja, basándose en la información recibida se leerán en silencio, y reflexionar su contenido sin hablar. Después presentarán a su pareja ante el grupo, con las manos en los hombros del que está delante, después podrán aclarar cualquier información acerca de ellos. Se pide que resuman la actividad diciendo lo que sintieron en sus presentaciones, de sus cartas y del escuchar hablar de ellos. Para finalizar dirán lo aprendido acerca de ellos mismos, durante el ejercicio y cómo lo pueden aplicar para controlar la diabetes.	Hojas blancas y lápices para cada participante. Hojas de papel rotafolio y marcadores.	45 min.

### 4.4.3. Sesión # 3

#### TITULO: CONCEPTO POSITIVO DE SÍ MISMO

<b>Tema</b>	<b>Técnica</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Concepto positivo de sí mismo	Reconocimiento de otros pacientes para mejorar el autoconcepto.	Demostrar que es aceptable expresar oralmente las cualidades positivas que cada uno de nosotros posemos.	Se divide a los pacientes en parejas. Pedirá a cada persona que escriba en una hoja de papel, cuatro o cinco cosas que les agradan de sí mismas. Después se pide a cada persona que comparta con su compañero, lo que escribieron. Se les harán a los pacientes unas preguntas para su reflexión: ¿Se sintió apenado con esta actividad?, ¿Por qué?, ¿Fue usted honrado consigo mismo?, ¿Qué reacción obtuvo de su compañero de ejercicio, cuando le reveló sus puntos fuertes? Para finalizar se guiará el proceso para que el grupo analice ¿Cómo se puede aplicar lo aprendido en su vida como diabéticos	Hojas blancas. Lapiceros o lápices.	45 min.

#### 4.4. Sesión # 4

#### TITULO: JACTÁNDOSE

<b>Tema</b>	<b>Técnica</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Jactándose	Reconocimiento y compartir autoalabanzas con otros.	Ayudar a los pacientes diabéticos a identificar y compartir sus capacidades personales. Explorar sentimientos y reacciones al compartir autoalabanzas con otros. Experimentar el sentido de alabanza que tiene cada persona al expresar sus propias capacidades a otros.	Primero habrá una charla sobre identificar “lo que cada uno posee” y el compartirlas con otros. Se les dirá que hay un tabú contra el jactarse o auto alabarse, y el miedo a violarlo o de quedar en ridículo. Se formarán parejas. Primero identificarán y luego lo compartir jactándose o alardeando ante los demás miembros del grupo. Deberán compartir sus sentimientos. Los participantes caminan por el cuarto y compartan sus alardes con los otros, después se reúnan con sus parejas, y analizaran la experiencia: ¿Cómo se sintieron al compartir sus jactancias? ¿Cuáles alardes fueron más fáciles y cuales difíciles? ¿Hubo orgullo, vergüenza o gusto? ¿Cómo se sintió durante y después de la experiencia? Para finalizar se les pide que expresen lo que aprendieron y cómo el aprendizaje podría tener una aplicación práctica en el control de su enfermedad.	Ninguno.	45 min.

#### 4.4.5. Sesión # 5

##### TÍTULO: RONDA DE CARICIAS

<b>Tema</b>	<b>Técnica</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Ronda de caricias	Tocarse y hablarse para dar y recibir caricias afectivas.	Logra un sentimiento positivo de sí mismo que ayude a reforzar la autoimagen de cada paciente. Propiciar una ocasión más para mostrar las emociones y sentimientos de manera asertiva.	Los participantes de pie forman un círculo. Se les indicará que cada uno vaya pasando y dé caricias positivas a sus compañeros. Las caricias pueden ser verbales, físicas, emocionales pero siempre de manera asertiva. Después cada uno dirá como se sintió antes y después de haber recibido y dado caricias. Para finalizar se guía un proceso para que el grupo analice ¿Cómo se puede aplicar lo aprendido en su vida como paciente diabético?	Ninguno.	45 min.



#### 4.4.6. Sesión # 6

### TÍTULO: UNA ALEGRE Y LARGA VIDA

<b>Tema</b>	<b>Técnica</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Una alegre y larga vida	Reconocer y compartir con otros, en nuestra línea de la vida lo que hemos vivido, lo que nos queda, y cómo queremos vivir eso que nos queda.	Concientizar en que la vida es el aquí y ahora. Ayudar a planear el futuro e ir en busca de logros. Descubrir que la felicidad y satisfacción así como la paz interna, es una labor del propio individuo aquí y ahora.	Se les dan hojas y lápices para que tracen una línea horizontal con dos puntos a los extremos que representan la fecha de nacimiento, y la fecha de la muerte. Se debe anotar las fechas. La de la muerte depende del número de años que se crea se va a vivir. Después se pone un punto que represente donde se está ahora poniendo la fecha de hoy en este punto. Se solicita que anoten a la izquierda de hoy, una palabra que representen lo que ha logrado. A la derecha de hoy, indiquen con una o dos palabras cosas que se quieran hacer o experimentar antes de la muerte. Después en sesión plenaria comentan lo que sintieron y pensaron al realizar este ejercicio y como se puede aplicar en su vida como paciente diabético	Hojas de papel y lápices.	45 min.

## Anexos

### Test de Rosenberg

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

POR FAVOR CONTESTE A LOS SIGUIENTES ÍTEMS RODEANDO CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA QUE CONSIDERE ADECUADA.

1. – SIENTO QUE SOY UNA PERSONA DIGNA DE APRECIO, AL MENOS EN IGUAL MEDIDA QUE LOS DEMÁS.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	2	3	4

2.- ME INCLINO A PENSAR, QUE EN CONJUNTO SOY UN FRACASO.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	2	3	4

3.- CREO QUE TENGO VARIAS CUALIDADES BUENAS

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	2	3	4

4.- PUEDO HACER LAS COSAS TAN BIEN COMO LA MAYORIA DE LA GENTE.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	2	3	4

5.- CREO QUE NO TENGO MUCHOS MOTIVOS PARA SENTIRME ORGULLOSO (A) DE MI.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	2	3	4

6.- TENGO UNA ACTITUD POSITIVA HACIA MI MISMO (A)

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	2	3	4

7.- EN GENERAL, ESTOY SATISFECHO CONMIGO MISMO (A)

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	2	3	4

8.- DESEARÍA VALORARME MÁS A MÍ MISMO (A)

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	2	3	4

9.- A VECES ME SIENTO VERDADERAMENTE INÚTIL.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	2	3	4

10.- A VECES PIENSO QUE NO SIRVO PARA NADA.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	2	3	4

## Fuentes Bibliográficas

1. G. Mayers, David, *Psicología Social*, 8ª. Edición, 2005, Mc Graw Hill, México, p. 62.
2. Branden, Nathaniel, “La autoestima hoy”, <http://www.laautoestima.com/ejercicios-, autoestima.htm>, Consultado en 2010.
3. G. Mayers, David, *Psicología Social*, Op. Cit p. 63.
4. Massó, Francisco, “Autoestima”, [http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/IIguianorexia\\_4.pdf](http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/IIguianorexia_4.pdf), Consultado en 2010.
5. Martín Alfonso Libertad, Grau Abalo Jorge, La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, enero – junio 2004, vol.14, número 001, Universidad Veracruzana, Xalapa, México, pp. 9-99.
6. Massó, Francisco, “Autoestima”, [http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/IIguianorexia\\_4.pdf](http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/IIguianorexia_4.pdf), Consultado en 2010.
7. Kumate Rodríguez J. *Atlas de la salud*. 1a impresión 1993. pp 39 y XI.
8. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington: Oxford University Press, 1994.
9. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs R, Morris JC, Rabins P, *et al*. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2001;58: 1985-1992.
10. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature* 2001; 4141: 782-778.
11. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047-1053.
12. Beaulieu, Marie- Dominique, *Detección Sistemática de la Diabetes Mellitus en los Adultos. Con excepción de las mujeres embarazadas*. En: *Prevención Clínica, Guía para Médicos OPS*, 1998.
13. Aguilar Salinas CA, Vázquez Chávez C, Gamboa Marrufo R, García Soto N, Ríos González JJ, Holguín R, *et al*, Prevalence of obesity, diabetes, hypertension and tobacco consumption in an urban adult mexican population. *Arch Med Res* 2001; 32:446-453. .
14. Posadas Romero C, Yamamoto Kimura L, Lerman Garber I, Zamora González J, FAjardo Gutiérrez A, Velázquez L, *et al*. The prevalence of NIDDM and associated coronary risk factors in Mexico City. *Diabetes Care* 1994; 17 (12): 1441-1448.

15. Lerman Garber I, Rull Rodrigo JA. Epidemiology of diabetes in Mexico and associated coronary risk factors. *Isr Med Assoc J.* 2001; 3(5): 369-373.
16. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025. *Diabetes Care* 1998; 21:1414-1431.
17. Zimmet, P, Mc, Carty, D. "Diabetes 1994 to 2010: Global Estimates and Projections. 1994; (International Diabetes Institute, a WHO Collaborating Center for diabetes Mellitus).
18. Secretaría de Salud (SSA). Compendio Histórico. Estadísticas Vitales 1893-1995.
19. Rull JA, Aguilar Salinas CA, Rojas R, Ríos Torres JM, Gómez Pérez FJ, Olaiz G. Epidemiology of type 2 diabetes in Mexico. *Arch Med Res* 2005; 36: 188-96.
20. Aguilar-Salinas CA, Velazquez Monroy O, Gómez-Pérez FJ, Gonzalez Chávez A, Lara Esqueda A, Molina Cuevas V, Rull Rodrigo J, Tapia Conyer R for the ENSA 2000 Group. Characteristics of the patients with type 2 diabetes in Mexico: results from a large population-based, nation-wide survey. *Diabetes Care* 2003; 26: 2021-6.
21. Aguilar-Salinas CA, Rojas R, Gómez-Pérez FJ, Garcia E, Valles V, Ríos-Torres JM, Franco A, Olaiz G, Sepúlveda J, Rull JA Early onset type 2 diabetes in a Mexican, population-based, nation-wide survey: *Am J Med* 2002; 113: 569-74.
22. Brownlee M. Cerami A. The biochemistry of the complications of diabetes mellitus. *Ann Rev Biochem* 1991;50:385-432.
23. Monnier VM, Cerami A. Nonenzymatic Browning in vivo: Possible Process for Aging of Long-Lived proteins. *Science* 1981;211:491-493.
24. Brownlee M. Advanced Glycation End products in diabetes and ageing. *Ann Rev Med* 1995;46:223-234.
25. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2003. *Salud Pública de México* 2005; 47: 171-88.
26. Secretaría de Salud (SSA). Estadísticas de mortalidad en México: Muertes registradas en el año 2000. *Salud Publica Mex* 2002; 44:266-282.
27. Secretaría de Salud (SSA). Estadísticas de mortalidad en México: Muertes registradas en el año 2002 y 2003. *Salud Publica Mex* 2004; 46:169-185.
28. King H, R, Diabetes and the World Health Organization: Progress towards, prevention and control. *Diabetes care*, 1993; 16: 387-390.
29. Dirección de Finanzas y Sistemas. División de Sistemas de Informática Médica y Proyectos Especiales. Instituto Mexicano del Seguro Social 2009.
30. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/nr/imss/informes/ejecutivo/CAPITULO1.pdf>
31. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2004.
32. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Planeación y Finanzas, Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales. Informe a la XCI Asamblea General de la Evaluación

- de Riesgos Contenidos en el Programa de Administración de Riesgos 2002. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2002. Disponible en [www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS\\_INF/2002/ejecutivo.htm](http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_INF/2002/ejecutivo.htm)
33. Arredondo A, Zúñiga A. Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle income countries. *Diabetes Care* 2004; 27: 104-9.
  34. Aguilar Salinas Carlos Alberto, Gómez Pérez Francisco Javier, Declaración de Acapulco: propuesta para la reducción de la incidencia de la diabetes en México, *Revista de Investigación Clínica*, Vol. 58, Núm. 1. Enero-Febrero 2006, pp 71-77.
  35. Secretaría de Salud. Estadística de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud 2000. *Salud Pública Mex* 2001;43:494-510
  36. Marcela Zambrana, Beatriz Zurita, Teresita de Jesús Ramírez, Irma Coria. Gasto hospitalario de cinco patologías de alto impacto económico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (1): 43-50
  37. Aguilar Salinas CA, Mehta R, Rojas R, Gómez Pérez FJ, Obiz G, Rull JA. Management of the metabolic syndrome as a strategy for preventing the macrovascular complications of type 2 diabetes: controversial issues. *Curr Diab Rev* 2005;1: 145-158.
  38. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo Nacional de Población. Tabulados Básicos Tomo I. México: INEGI, 2001.
  39. Aguilar Salinas CA. Promoción de la salud para la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas vinculadas con la alimentación y el estilo de vida. En: García-Viveros M, ed. *Salud comunitaria y promoción de la salud*. España: ICEPSS, 1999.
  40. Gustavo Olaiz-Fernández, MC, MSP, Rosalba Rojas, MC, PhD, Carlos A Aguilar-Salinas, MC, Juan Rauda, MC, MSP, Salvador Villalpando, MD, Ph D. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Pública de México / vol.49, suplemento 3 de 2007, 331-337*
  41. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: SSA; 2001.
  42. Encuesta Nacional PREVENIMSS. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003.
  43. Libertad-Martín A, Grau A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de psicología de la salud. *Psicología y Salud* 2004; 14(1):89-99.
  44. Alpízar Salazar M, Sotomayor Gallardo A, Castro Ramos MA, Zárate Aguilar A, Madrazo Navarro M. Diabetes Mellitus, Prioridad Institucional. *Revista de Salud Comunitaria, IMSS* 1998; 2 (1): 31.35.
  45. Fitz – Patrick, David, M.D., “Diabetes”, <http://www.endocrinologist.com/Espanol/diabetes.htm>. Consultado en 2010.
  46. Guzmán-Juárez N, Madrigal-Bujaidar E. Revisión de las características clínicas, metabólicas y genéticas de la diabetes Mellitus. *Bioquímica* 2003; 28 (2): 14-23
  47. Oviedo MMA, Espinosa LF, Reyes MH, Trejo y PJA, Gil VE. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (Supl 1):27-46
  48. Violante ORM. Obesidad y diabetes tipo 2 en el niño. Una nueva epidemia. *Rev Edocrinol Nutr* 2001; 9 (2): 103-106.
  49. Domínguez CLG, Arellano AG. Efectos del ejercicio aeróbico submáximo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y obesidad o sobrepeso. *Act Med Gpo Ang* 2004;2 (4): 227-233

50. Velázquez MO, Lara EA, Martínez MMY, Tapia OF et al. Evaluación de clubes de ayuda mutua. *Rev Edocrinol Nutr* 2001; 9 (3): 126-132
51. Bradley, 1997; Velasco y Sinibaldi, 2001. Citados por Angélica Riveros. Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad y condición médica de pacientes diabéticos de hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005, Vol 5, No. 3. pp- 445-462.
52. Riveros *et al.* Intervención cognitivo-conductual en pacientes diabéticos e hipertensos esenciales *Int J Clin Health Psychol*, Vol. 5, Nº 3
53. Vileikyte L, Leventhal H, Gonzalez JS, Peyrot M, et al. Diabetic peripheral neuropathy and depressive symptoms. *Diabetes Care* 2005;28(10):2378-83.
54. Lane JD, McCaskill CC, Williams PG, Parekh PI, et al. Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000;23(9):1321-5.
55. Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Rutter C, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004;27(9):2154-60.
56. Geffken GR, Ward HE, Staub JP, Carmichael S, Evans D. Psychiatric morbidity in endocrine disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1998;21(2):473-89.
57. Engum A, Mykletum A, Midthjell K, Holen A, Dahl AA. Depression and diabetes: a large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005;28(8):1904-9.
58. Nichols GA, Brown JB. Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(3):744-9.
59. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24(6):1069-78.
60. Black SA, Markides KS, Ray LA. Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican-Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(10):2822-8.
61. Finkelstein EA, Bray JW, Chen H, Chen H, et al. Prevalence and costs of major depression among elderly claimants with diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(2):415-20.
62. Egede LE, Zheng D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002;25(3):464-70.
63. De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001;63(4):619-30.

64. Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Rutter C, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004;27(9):2154-60.
65. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Arch Intern Med* 2000;160(21):3278-85.
66. Ciechanowsky PS, Katon WJ, Russo JE, Hirsch I. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self care and glucose control in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25(4):246-52.
67. Brown LC, Majumdar SR, Newman SC, Johnson JA. Type 2 diabetes does not increase risk of depression. *CMAJ* 2006; 175(1).
68. César Escobedo Lugo, Norma Angélica Díaz García, José Juan Lozano Nuevo, Alberto Francisco Rubio Guerra, Graciela Varela Gutiérrez. Descontrol metabólico relacionado con depresión según el inventario de Beck en pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico. *Medicina Interna de México* Volumen 23, Núm. 5, septiembre-octubre, 2007. 385-390.
69. Guía Clínica para la Operación de Módulos Diabetimss. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, 2008.
70. [www.sicolog.com](http://www.sicolog.com)