



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN UNIVERSITARIOS
CON Y SIN ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS EN UN FAMILIAR
DE PRIMER GRADO (PADRES)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ELIZABETH VILLANUEVA MORALES

DIRECTORA

Mtra. Erika Gutiérrez Martínez

REVISOR

Dr. Julio Espinosa Rodríguez



MÉXICO, D.F. CIUDAD UNIVERSITARIA, 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme todas las oportunidades para desarrollarme académicamente, darme el sentido de pertenencia y el orgullo de ser parte de la máxima casa de estudios, me siento total y plenamente agradecida por haberme brindado mi formación en lo profesional y humano.

A mi Facultad de Psicología, por brindarme el espacio para mi formación académica, profesional y ética, por conjuntar la experiencia a través de sus académicos y resguardarme en sus muros durante esta etapa de formación.

A la Psicóloga Rebeca Sánchez Monroy, le agradezco el impacto que trajo a mi vida y a mi formación académica, el mostrarme el papel que desarrollaría en la psicología, por ayudarme a descubrir la pasión y la entrega a esta hermosa y noble profesión, el compromiso que uno pacta con el paciente pero sobretodo la ética que uno debe de tener para ejercer la psicología, le doy las infinitas gracias.

A la Mtra. Erika Gutiérrez, gracias por brindarme tu apoyo creyendo en mi proyecto para poder desarrollarlo, gracias por ser una amiga, pero sobretodo una maestra de vida, que me alecciono en mi formación para el desarrollo de este proyecto.

Al Dr. Julio Espinosa, recuerdo el primer día de clases en la facultad, que al llegar usted nos dio la bienvenida, hacerme sentirme orgullosa por ser de los privilegiados que formaríamos parte de ella, gracias por ser parte de mi formación académica y por compartir conocimiento y tiempo para el desarrollo de este proyecto.

A la Dra. Corina Cuevas, por brindarme su conociendo, tiempo y paciencia en la elaboración de este proyecto.

A la Mtra. María de la Vega, por ser parte de mi formación académica y brindarme su conocimiento para la mejora de este proyecto.

Al Dr. Gustavo Bacha, por brindarme tiempo y conocimientos para el desarrollo de este proyecto.

Al Programa llaves que lo integran: Luisa Juárez, Sofía Cordova, Cesar Miranda, Gabriela Jiménez y Erika López, gracias por brindarme la oportunidad de sumarme a este proyecto tan humano que me rectifica mi vocación en la psicología.

A Saíd Jiménez, David Amaya, Valentín Rojo: increíbles amigos y colegas que me brindaron sus conocimientos, experiencias y apoyo para desarrollar este proyecto.

A Gisela Conde, Zyanya López, Tania Espinoza, Paula Rodríguez, Luisa Juárez, Raquel Mondragón, Giovanna Gutiérrez, Amy Aguilar, Sinafí Meza, Laura Rodríguez, Maru Duran. Increíbles amigas que he conocido a lo largo de mi vida, que han sido confidentes, colegas, compañeras de clase pero sobretodo sentir su apoyo en los diferentes momento en la realización de este proyecto. Las quiero chicas!

A Mónica Enríquez: por brindarme la confianza de trabajar en tu proyecto de vida, por compartir experiencias y por brindarme tu apoyo para concluir este proyecto.

A Daniela Hernández: por ser una amiga incondicional estando en los mejores momentos y en los difíciles, siendo cómplice de locuras y retos de la vida, gracias por ser una amiga sensacional, te quiero.

A Andrés Zuñiga el amigo increíble que apareces cuando más necesito de su apoyo, que esta aunque no lo puedas ver, pero que cuando aparece, sin duda el tiempo no ha pasado para retomar la historia, te quiero.

A Humberto Gutiérrez un amigo fantástico que permitió que esta amistad creciera a pesar de las distancias o circunstancias de la vida, que comparte las bendiciones que la vida le brinda, pero sobretodo un amigo con el cual uno puede contar sin dudarlo, te quiero.

A Ismael Nájera el amigo más divertido, transparente y fiel a sí mismo, eres el amigo que todo mundo debería tener, gracias por compartir tanto momentos de tu vida por reír juntos a carcajadas pero sobre todo por ser una persona única, te quiero.

A Benjamín: Te amo, has estado a mi lado plenamente riendo y llorando, caminando y corriendo, en el principio y en el camino, viste crecer este proyecto dándome tranquilidad cuando más lo necesite, esto no lo hubiese logrado sin tu apoyo.

A mi mamá, Alejandra: infinitas gracias por siempre estar en el momento adecuado con las palabras adecuadas, por darme tu apoyo incondicional, por darme tanto amor y no permitirme desistir, por sembrar en mí el valor de estudiar, tú eres el pilar de que hoy yo pueda estar palpando este proyecto.

A mi papá, Javier: este proyecto fue inspirado en ti, gracias por siempre estar presente en cada momento de mi vida, por darme amor y ser un ejemplo de vida.

A mi hermana Patty: por ser mi amiga, ser un ejemplo para mí, por siempre brindarme tu apoyo, escuchándome y orientarme, por mostrarme que todo se puede alcanzar.

A mi hermano Javier: gracias por ser mi gran héroe, eres el ser más increíble, el que siempre ha estado ahí para ser un ejemplo y mostrarme cuál es el camino a seguir.

A mi hermosa sobrina Hanni, que has llenado mi vida de alegría desde el día que sabíamos que venías a nuestra familia, te dedico este proyecto, esperando poder ser un ejemplo en tu caminar.

A mi cuñado Eusebio, por brindarme tu apoyo.

A mis abuelos Eusebia † y Feliciano † por haberme dado tanto amor y ser un ejemplo de vida, los amo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
CAPÍTULO I. DIABETES MELLITUS	8
El término “diabetes mellitus”	8
Clasificación de la diabetes mellitus	8
Diabetes mellitus tipo 1	9
Diabetes mellitus tipo 2	9
Otros tipos específicos de diabetes.....	10
Diabetes gestacional.....	15
Prediabetes.....	15
Diabetes mellitus y la genética	16
Consecuencias en la salud por la diabetes mellitus.....	18
Prevención y tratamiento de la diabetes mellitus	19
CAPÍTULO II. COMPONENTES DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE	21
Calidad de vida	21
Cuidados a la salud	21
Promoción de la salud	21
Percepción sobre la salud	24
Aprendizaje significativo.....	25
Modificación del estilo de vida saludable	27
La alimentación.....	29
El ejercicio.....	31
El dormir bien	32
Conductas de riesgo	35
CAPITULO III. LA PSICOLOGIA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	39
La psicología en la salud	39
Conceptos y teorías psicológicas aplicadas a la salud.....	40
CAPITULO IV. ESTUDIOS PREVIOS	42
Primer estudio.....	42

Segundo estudio	45
Tercer estudio	48
JUSTIFICACIÓN	51
Pregunta de investigación.....	52
Objetivos general y específico	53
Hipótesis.....	53
Variables (conceptual y operacional)	54
MÉTODO.....	55
Participantes	55
Diseño	55
Instrumentos	55
Materiales	55
Procedimiento	56
Intervención grupal	57
Medición e instrumentos	61
Sistema de autoregistro conductual.....	64
Consentimiento informado	65
RESULTADOS	66
Discusión y conclusión.....	84
REFERENCIAS.....	91
ANEXOS.....	96
Anexo 1	97
Anexo 2	98
Anexo 3	101
Anexo 4	103
Anexo 5	106
Anexo 6	107

RESUMEN

El propósito del estudio es conocer las conductas de riesgo en estudiantes universitarios con y sin antecedentes de DM en un familiar de primer grado (padres), e identificar si incurren en conductas proclives a contraer la enfermedad. Participaron 177 estudiantes de licenciatura en una universidad pública, a los cuales se les aplicaron los instrumentos: DKN-A, Instrumento WHO-QOL-Breve (versión en español), además de un cuestionario de tamizaje para uno de sus padres, para saber si los participantes presentaban antecedentes de DM. El diseño pre-experimental fue de 2x2; conformándose los grupos al azar, obteniendo cuatro grupos de quince participantes. Los grupos I y II, lo integraron participantes con y sin antecedentes de DM, quienes recibieron un taller preventivo conformado por temas psicoeducativos y técnicas para modificar sus conductas de riesgo; cada participante se autoregistro conductualmente por catorce semanas. Los grupos III y IV, se integraron por participantes con y sin antecedentes de DM respectivamente, respondiendo el autoregistro conductual semanal durante catorce semanas, cumplidas éstas, se aplicó un retest a los cuatro grupos. Los datos analizados mostraron que las conductas comparadas entre grupos fueron significativas con respecto a la media. Para el instrumento DKN-A en el pretest y postest no arrojaron datos significativos, se utilizó la media de ANOVA para el Instrumento WHO-QOL-Breve pretest y postest, mostrando estadísticamente significativa en el rubro salud física. La prueba de Friedman arrojó en el grupo I, tres conductas estadísticamente significativas, grupo II, cuatro conductas estadísticamente significativas, para el grupo III son estadísticamente significativas tres conductas, y grupo IV, dos conductas significativas.

Palabras Clave: Antecedente familiar, Diabetes mellitus DM, Conductas de riesgo.

CAPÍTULO I. DIABETES MELLITUS

El término “diabetes mellitus”

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico que se caracteriza por la presencia de hiperglucemia (elevación de la concentración sanguínea de glucosa), un resultado directo de la falta de insulina o de la ineficacia de la insulina. El término “diabetes mellitus” se deriva de las voces del griego y del latín clásicos que significan “gasto de azúcar”. Los médicos griegos y romanos usaban el término “diabetes” para describir la enfermedad, que se manifestaba por estos hallazgos esenciales: gran volumen de orina de olor dulce (poliuria), sed intensa (polidipsia) y pérdida de peso a pesar de un mayor apetito (polifagia) (Holmes, Robinson y Tscheschlog, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere (2011) que la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Clasificación de la diabetes mellitus

Se reconocen cuatro categorías generales de diabetes que se basan en el mecanismo subyacente que causa la hiperglucemia. Tipo 1: denominada “diabetes mellitus” insulino dependiente (DMID) o diabetes de inicio en la infancia, que es la insuficiencia absoluta de insulina. Tipo 2: diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) o diabetes de inicio en la edad adulta, que es la resistencia a la insulina con defectos variables de la

secreción de insulina. Diabetes gravídica: forma de intolerancia a la glucosa durante la gestación. Otros tipos: debido a afecciones específicas, como defectos genéticos de las células beta (β) del páncreas, se denomina también diabetes del adulto de inicio en la juventud o MODY (maturity onset diabetes of the young) o de la acción de la insulina; así como a trastornos que afectan a la función exocrina del páncreas, trastornos endocrinos, fármacos, cirugías, mala nutrición, infecciones u otras enfermedades. La American Diabetes Association admite además una categoría distinta de diabetes denominada “prediabetes” (Holmes et al., 2007).

Diabetes mellitus tipo 1

Se caracteriza por la destrucción de las células β del páncreas, que suele llevar a deficiencias absolutas de insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre son delgados y suelen presentar un comienzo abrupto de signos y síntomas con insulino-dependencia antes de los 30 años de edad. Con frecuencia tienen cetonuria, asociada con la hiperglucemia, y dependen del tratamiento con insulina para prevenir cetoacidosis y mantener su vida. Existen dos tipos: autoinmunitaria e idiopática (Alpízar, 2008).

Diabetes mellitus tipo 2

La diabetes tipo 2 suele asociarse con una edad más avanzada; aparece normalmente después de los 40 años, pero se diagnostica también a niños y adolescentes. La obesidad, los antecedentes familiares de diabetes o la diabetes gravídica, la alteración del metabolismo de la glucosa y la inactividad física se asocian también con ese tipo de diabetes. Los pacientes no tienen tendencia a la cetoacidosis, excepto durante periodos de

estrés; si no dependen del tratamiento con insulina para sobrevivir, pueden requerirla en algunos casos para el control de la hiperglucemia (Holmes et al., 2007; Alpízar, 2008).

Otros tipos específicos de diabetes

Alpízar (2008) hace referencia a una categoría que incluye al 3 % de los pacientes con diabetes mellitus, y se divide de la siguiente forma.

Defectos genéticos en función de las células β , que comprende varias entidades:

- Cromosoma 12, HFN-1alfa (antes MODY3)
- Cromosoma 7, glucosinasa (antes MODY2)
- Cromosoma 20, HFN-4alfa (antes MODY1)
- ADN mitocondrial

En el sistema de clasificación previo se consideraba a los pacientes en la categoría MODY; esto ha desaparecido, ya que se ha identificado una serie de alteraciones genéticas, sobre todo en adolescentes y en menores de 30 años de edad, donde existe un defecto en la función de la célula β . Con una función inapropiada de la insulina, estas formas de diabetes se heredan de manera autosómica dominante, y la más frecuente se asocia con un defecto en el cromosoma 12, seguido por la alteración a nivel del cromosoma 7, caracterizado por una deficiencia de glucocinasa, una enzima que se convierte en la glucosa-6-fosfato, vía metabólica mediante la cual se estimula la secreción de insulina.

a. Defectos genéticos en la acción de la insulina

- Resistencia a la insulina tipo A: resistencia extrema a la insulina.
- Leprechaunismo: trastorno congénito muestran insulinoresistencia derivada de una mutación en el gen que codifica el receptor de insulina.
- Síndrome de Rabson-Mendennhall: trastorno hereditario autosómico recesivo poco frecuente que pertenece al grupo de los síndromes de resistencia a la insulina. Clínicamente, se manifiesta con la presencia de hiperinsulinismo.
- Diabetes lipoatrófica: trastorno de herencia autosómica recesiva, caracterizado por la ausencia casi total de tejido adiposo desde el nacimiento. Se asocia a la aparición precoz de anomalías metabólicas como resistencia a la insulina, que pueden acarrear consecuencias fatales debido al desarrollo de aterosclerosis precoz, diabetes lipoatrófica y cirrosis hepática.

b. Enfermedades del páncreas exócrino

Cualquier proceso que lesione en forma difusa al páncreas puede causar diabetes, por ejemplo:

- Pancreatitis: inflamación aguda del páncreas con respuesta inflamatoria sistémica.
- Trauma/pancreatectomía: intervención quirúrgica del páncreas
- Neoplasia: alteración de la proliferación de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor.
- Fibrosis quística: enfermedad hereditaria de las glándulas mucosas y sudoríparas. Afecta principalmente los pulmones, el páncreas, el hígado, los intestinos, los senos paranasales y los órganos sexuales.
- Pancreatopatía fibrocalculosa: anteriormente se incluía en la antigua clasificación como diabetes asociada con desnutrición, caracterizada por la presencia de dolor abdominal irradiado a la espalda y calcificaciones pancreáticas por rayos X con presencia de cálculos de calcio en los conductos pancreáticos.

c. Endocrinopatías

- Acromegalia: afección crónica en la cual hay demasiada hormona del crecimiento y los tejidos corporales se agrandan con el tiempo.
- Síndrome de Cushing: trastorno que ocurre cuando el cuerpo se expone a niveles altos de la hormona cortisol.
- Glucagonoma: tumor de las células de los islotes pancreáticos, que lleva a un exceso de la hormona glucagón en la sangre.

- Feocromocitoma: tumor del tejido de la glándula suprarrenal que provoca la secreción de demasiada epinefrina y norepinefrina, hormonas que controlan la frecuencia cardíaca, el metabolismo y la presión arterial.
- Hipertiroidismo: afección en la cual la glándula tiroides produce demasiada hormona tiroidea.
- Somatostatina: tumor neuroendocrino productor de somatostatina.
- Aldosteronoma: adenoma de la corteza suprarrenal secretor de aldosterona.

Algunas hormonas, como la del crecimiento, el cortisol, el glucagón y la epinefrina antagonizan la acción de la insulina. Cualquier exceso en la producción de estas por enfermedades como la acromegalia, el síndrome de Cushing, el glucagonoma, el feocromocitoma y el hipertiroidismo, puede causar diabetes, sobre todo en individuos con alteración preexistente de la secreción de insulina. De tal forma que, una vez tratada, llega a resolverse el problema de hiperglucemia. El somatostatina y el aldosteronoma provocan hipokalemia, y esta, a su vez, genera disminución de la secreción de insulina y, por tanto, también causa diabetes.

d. Diabetes inducida químicamente o por fármacos

Estos fármacos no causan diabetes; sin embargo, pueden precipitarla, sobre todo en individuos con resistencia a la insulina:

- Vacor: fármaco que induce la hiperglucemia
- Pentamidina: agente antiinfeccioso que ayuda a tratar o prevenir la neumonía causada por el organismo.

- Ácido nicotínico: sustancia que disminuye los niveles de grasas en la sangre.
- Glucocorticoides: estimulan la gluconeogénesis en hígado y riñón, de manera que elevan la glucemia.
- Hormonas tiroideas: tratar los síntomas del hipotiroidismo.
- Diazóxido: tratar los niveles bajos de azúcar en la sangre que son el resultado de la sobreproducción de insulina.
- Antagonistas β adrenérgicos: sustancia que ejercen los efectos similares o idénticos a los de la epinefrina (adrenalina).
- Tiazidas: fármacos que provocan la eliminación de agua y sodio en el cuerpo.
- Otros

e. Infecciones

- Rubeola: infección vírica contagiosa que produce síntomas leves, como dolor en las articulaciones y erupciones.
- Citomegalovirus: virus del tipo herpético.
- Otros

f. Diabetes poco común medida inmunológicamente

- Síndrome del “hombre rígido”: patología que se caracteriza por la rigidez muscular progresiva que afecta las extremidades, tanto superiores como inferiores provoca espasmos y mialgias.
- Anticuerpos contra el receptor de insulina: Una serie de raros desórdenes

como anomalías genéticas de los receptores de insulina anticuerpos contra los receptores de insulina pueden provocar resistencia a la insulina.

- Otros

g. Otros síndromes genéticos ocasionalmente asociados con la diabetes

- Síndrome de Down: alteración genética producida por la presencia de un cromosoma extra (o una parte de él) en la pareja cromosómica 21.
- Síndrome de Klinefelter: anomalía cromosómica con la presencia de un cromosoma X extra en un hombre.
- Síndrome de Turner: afección genética en la cual una mujer no tiene el par normal de dos cromosomas X.
- Síndrome de Wolfram: es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por diabetes mellitus, diabetes insípida, atrofia óptica y signos neurológicos.

Diabetes gestacional

Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que comienza o se detecta por primera vez durante el embarazo; suele desaparecer después del parto, pero la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus entre cinco y diez años después va del 30 al 60 %.

Prediabetes

La prediabetes es un estado metabólico que se encuentra en algún punto entre la homeostasis de la glucosa y la diabetes. Las personas con prediabetes presentan alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG), alteración de la glucemia en ayunas (ATG) o ambas, y corren un mayor riesgo de padecer diabetes, cardiopatía e ictus. Las personas con

prediabetes suelen estar asintomáticas. Se utiliza al menos uno de los siguientes criterios para ayudar a confirmar el diagnóstico de prediabetes en las personas mayores de 45 años:

- Cuando la persona pertenece a uno de los grupos étnicos de alto riesgo, es hipertensa o tiene una concentración sérica de lipoproteínas de alta densidad (HDL) menor a 35 mg/dl.
- Cuando la persona presenta sedentarismo, obesidad, antecedentes de vasculopatía o tiene un familiar de primer grado diagnosticado con diabetes (Holmes et al., 2007).

En etapas tempranas del proceso de la enfermedad, la resistencia a la insulina ya está presente y los pacientes son hiperinsulinémicos aunque no hiperglucémicos. Sin embargo, con el tiempo los mecanismos compensatorios fallan y los pacientes progresan a una diabetes tipo 2 manifiesta, cuyo primer trastorno es la ausencia de la primera fase de secreción de la insulina (Alpizar, 2008).

Diabetes mellitus y la genética

La frecuencia de diabetes tipo 2 en ciertas familias y poblaciones étnicas sugiere un fuerte antecedente genético para la enfermedad; sin embargo, generalmente son necesarios los factores del medioambiente, como la obesidad y el estilo de vida sedentario, para liberar los genes.

La diferencia en el metabolismo de la glucosa estimulado por la insulina (particularmente el no oxidante) en los músculos esqueléticos representa una característica principal de la diabetes tipo 2 y aparece en etapas tempranas del estado prediabético. Sin embargo no es claro si esto representa un defecto hereditario en el músculo o si se desarrolla secundariamente, por ejemplo, la obesidad abdominal. Existen a favor de esta

última hipótesis hallazgos en el sentido de que la obesidad abdominal y un bajo ritmo metabólico preceden el desarrollo de la resistencia a la insulina en los descendientes de los pacientes diabéticos de tipo 2.

Según la hipótesis de los genes ahorradores, los individuos que viven en un entorno con un suministro de alimentos inestable podrían aumentar su probabilidad de supervivencia, si pudiesen maximizar el almacenamiento de excedentes de energía en forma de, por ejemplo, grasa abdominal. No obstante, exponer este genotipo al almacenamiento de energía a la abundancia de alimento típica de las sociedades occidentalizadas puede ser nocivo, lo que causa resistencia a la insulina y, en consecuencia, la diabetes tipo 2. Existen varios genes ahorradores potenciales, incluidos los que regulan la lipólisis o que codifican el receptor adrenérgico β_3 , la lipasa sensible a hormonas y la lipoproteína lipasa (Alpizar, 2008).

La diabetes tipo 2 se desarrolla como consecuencia de una colisión entre genes ahorradores y un entorno hostilmente abundante. La resistencia a la insulina es una causa principal de la enfermedad, y el manejo óptimo de la diabetes de tipo 2 debería, por consiguiente, mejorar en fases tempranas la resistencia a la insulina. Los factores modificables son los que más preocupan al médico en su práctica diaria, ya que si se logra inducir en ellos, ya sea por cambios en el estilo de vida o por intervención farmacológica, se puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste, o bien se retarde su aparición, y se modifique la evolución desfavorable hacia complicaciones microvasculares o macrovasculares (Alpizar, 2008).

Consecuencias en la salud por la diabetes mellitus

Los factores modificables, si se logra inducir en ellos, ya sea por cambios en el estilo de vida o por intervención farmacológica, pueden disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste, o bien se retarde su aparición y se modifique la evolución desfavorable hacia complicaciones.

Las consecuencias frecuentes de la diabetes se refieren a daños en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50 % de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y AVC). La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras en los pies y, en última instancia, de amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2 % de los pacientes se quedan ciegos y un 10 % sufre un deterioro grave de la visión (OMS, 2011).

La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. De un 10 a un 20 % de los pacientes con diabetes mueren por esta causa. La neuropatía diabética se debe a la lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes, y puede afectar al 50 % de los pacientes. Aunque puede ocasionar problemas muy diversos, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos. En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes (OMS, 2011).

Prevención y tratamiento de la diabetes mellitus

La forma de reducir los estragos de la diabetes es aplicando medidas como una dieta saludable, actividad física regular, mantenimiento de un peso corporal normal, evitar el consumo de tabaco, así como la revisión médica periódica y el consumo de medicamentos recetados por el médico tratante. Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones se debe alcanzar y mantener un peso corporal saludable, mantenerse activo físicamente (al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana), para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa, consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas, evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (OMS, 2011).

El diagnóstico y el tratamiento se pueden establecer tempranamente con un análisis de sangre. El tratamiento de la diabetes consiste en la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo que dañan los vasos sanguíneos. Entre las intervenciones que son factibles y económicas en los países en desarrollo se encuentran el control moderado de la glucemia, los pacientes con diabetes tipo 1 necesitan insulina y los pacientes con diabetes tipo 2 pueden tratarse con medicamentos orales, aunque también pueden llegar a necesitar insulina, el control de la tensión arterial y los cuidados podológicos. Otras intervenciones económicas son las pruebas de detección de retinopatía (causa de ceguera), el control de los lípidos en la sangre (regulación de la concentración de colesterol) y la detección de los signos tempranos de nefropatía relacionada con la diabetes (OMS, 2011).

Las actividades de la OMS para prevenir y controlar la diabetes consisten en estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Con este fin, la organización formula directrices científicas sobre la prevención de la diabetes, elabora normas y criterios sobre la atención a la diabetes y fomenta la toma de conciencia sobre la epidemia mundial de diabetes, en particular al colaborar con la Federación Internacional de la Diabetes en la celebración del Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre) y realizando tareas de vigilancia de la diabetes y sus factores de riesgo.

La promoción de la salud es un proceso o actividad que facilita la mejoría del estado de salud de los individuos, grupos, comunidades o poblaciones. El objetivo es prolongar la vida y mejorar su calidad para prevenir o reducir los efectos de la discapacidad física y mental en los individuos, quienes se ven directa o indirectamente afectados. La promoción de la salud incluye intervenciones tanto ambientales como conductuales (Marks et al., 2008).

La labor de la OMS en materia de diabetes se complementa con la Estrategia Mundial de la OMS sobre el régimen alimentario, la actividad física y la salud, cuyo centro de atención son las medidas poblacionales para fomentar la dieta saludable y la actividad física regular, para reducir así el creciente problema del sobrepeso y la obesidad a escala mundial.

CAPÍTULO II. COMPONENTES DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (1994) define “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. En un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones con las características sobresalientes del entorno.

Cuidados a la salud

También la Organización Mundial de la Salud (1964) define “salud” como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores, y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente a nuestra la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol y tabaco. Los pensamientos, los sentimientos y el manejo de estilo general son considerados requisitos para lograr y mantener la salud física; esto es lo que podríamos denominar integración mente y cuerpo.

Promoción de la salud

La OMS (1986) define “promoción de la salud” como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su calidad para mejorarla.

La promoción de la salud es un evento, proceso o actividad que facilita la protección o la mejoría del estado de la salud de los individuos, grupos, comunidades o poblaciones. El objetivo es prolongar la vida y mejorar su calidad, con tal de prevenir o reducir los efectos de la discapacidad física y mental en los individuos, quienes se ven directa o indirectamente afectados. La promoción de la salud incluye intervenciones tanto ambientales como conductuales (Marks et al., 2008).

La promoción de la salud se considera “cualquier combinación de educación para la salud y apoyos de tipo organizativo, legislativo, económico y ambiental que facilite las prácticas saludables”; es decir, un proceso amplio por medio del cual los individuos, los grupos y las comunidades mejoran su control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud (Oblitas, 2009).

La prevención parte de ámbitos clínicos, y su objetivo es evitar una enfermedad específica; trata de detectar de manera temprana una enfermedad. Mientras que la promoción de la salud está más relacionada con los ámbitos sociales y apunta hacia el bienestar comunitario, estimula la exposición a factores protectores de la salud y promueve la adopción de estilos de vida saludables por parte de grupos extensos de humanos, por lo que intenta construir ambientes en los cuales se faciliten, al máximo, las mejores opciones para la salud.

La sociedad se está enfrentando a graves problemas de enfermedades crónicas que exigen la adopción de una serie de medidas encaminadas a prevenirlas a fin de aumentar la salud. La educación para la salud debe contemplarse como una estrategia amplia de

promoción de la salud en donde la comunidad asuma un protagonismo efectivo y sus objetivos estén más allá de los educativos (Ortigoza et al., 2003).

En la búsqueda de soluciones a los problemas de salud, se considera que la educación para la salud es una estrategia imprescindible en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Solamente se pueden controlar determinados problemas de salud o incidir en ellos desde actitudes de valoración de la propia salud y de la comunidad donde se vive; en este caso, la educación para la salud es la única herramienta capaz de modificar los comportamientos y contribuir a la adquisición de actitudes y hábitos sanos.

Los modelos de promoción de la salud se inscriben en dos grandes maneras de entender el concepto de salud. Por una parte, aquellos que la interpretan como el polo opuesto a la enfermedad y la estudian desde este punto de vista; esta versión corresponde a los enfoques de la epidemiología y de la administración de servicios de salud. La primera apunta a identificar y atender el riesgo de enfermar, y la segunda, a la definición y resolución de los problemas de enfermedad a partir de la atención médica. Por otra parte, se encuentran aquellos enfoques en los que la salud se reconoce como un proceso de carácter histórico, definido cultural y socialmente en cada contexto, y que se dirigen desde una interpretación comprensiva de las desigualdades sociales y la equidad. Los modelos inscritos en dimensiones individuales e interpersonales presentan una orientación epidemiológica y administrativa, inscrita en el control de la enfermedad; en este sentido, las estrategias de promoción se dirigen a un control restringido de los estilos de vida. Los modelos inscritos en una dimensión social presentan una orientación comprensiva de la salud como proceso histórico-social y, por tanto, las estrategias de promoción son más amplias e integrales porque interpretan estilos de vida y comportamientos en sus

respectivos marcos sociopolíticos y culturales, e involucran múltiples actores, más allá del sector de la salud (Prieto, 2003).

Percepción sobre la salud

Los individuos suelen tener conductas de riesgo no saludables, porque no consideran que estén en riesgo, o al menos no lo consideran de forma precisa, creyendo, por ejemplo, que “no fumo tanto como ‘X’ y, por tanto, no corro el riesgo que corre ese individuo de contraer cáncer”. Weinstein (Morrison, 2008) ha descubierto que este tipo de percepción sesgada del riesgo es frecuente, y se le ha denominado “optimismo irreal-irreal” porque, evidentemente, nadie puede correr un riesgo reducido. Este autor ha observado que los individuos realizan comparaciones sociales que los colocan en la mejor posición posible (Morrison, 2008).

Morrison (2008) refiere que Normandeau encontró en su estudio, que la percepción en la conducta sobre la salud se consideraban a los factores de estilo de vida como clave para una buena salud a cualquier edad, por ejemplo: los niños mayores estaban más preocupados por una buena dieta, realizar ejercicio físico y dormir bien, mientras que los niños más jóvenes pensaban que lo más importante era comer determinados alimentos sanos o evitar determinados alimentos malos. La posición socioeconómica influyó en el grado en el que los niños pensaban que era necesario tener un comportamiento sano; los niños de áreas urbanas de clase media-alta fueron los que más énfasis ponían en esta faceta de la salud. La edad interactuaba con el entorno socioeconómico. El sexo no afectaba a los conceptos relativos al comportamiento sano.

La percepción de los individuos sobre la salud depende tanto de su experiencia anterior con enfermedades como de su comprensión de los conocimientos médicos, ya fueran expertos o novatos. Por tanto, los individuos aprenden acerca de la salud de la misma manera que sobre cualquier otra cosa: mediante la experiencia, tanto personal como de los otros. Existen diferencias individuales en la calidad de la atención que presentan los individuos a sus estados internos y externos. Se ha demostrado que los individuos manejan estereotipos de “quien contrae” determinadas enfermedades, y que esto puede influir en la percepción y respuesta a los síntomas iniciales.

Las mismas señales corporales pueden ser percibidas, o no, como síntomas en función de distintas variables individuales, como el sexo, el estado emocional o los rasgos de personalidad, y el efecto que tienen estos factores sobre los estados intencionales de los que se diferencian entre los que buscan atención sanitaria con frecuencia, incluso para síntomas triviales, y los que no la buscan, incluso cuando experimentan síntomas potencialmente graves en la percepción de los síntomas. Una vez que se ha percibido un síntoma, los individuos no suelen analizarlo de forma aislada, sino que suelen relacionarlo con otras facetas de su experiencia y con conceptos más generales de “enfermedad”.

Aprendizaje significativo

El aprendizaje se define como un cambio relativamente estable en el conocimiento de alguien como consecuencia de la experiencia de esa persona; esta definición tiene tres partes (Mayer, 2004).

Permanente: el aprendizaje es más largo que a corto plazo; un cambio que desaparece al cabo de unas horas no refleja un aprendizaje.

Cambio: el aprendizaje implica un cambio cognitivo que se refleja en un cambio de conducta; si no hay cambio, no hay aprendizaje.

Basado sobre la experiencia: el aprendizaje depende de las experiencias del aprendiz; no depende solo de lo que haya hecho el aprendiz, sino de cómo ha interpretado lo ocurrido; es decir, depende de la experiencia personal del aprendiz.

El aprendizaje implica almacenar o añadir información a la propia memoria, lo que se denomina “adquisición de información”. Desde esta perspectiva del aprendizaje, la tarea del terapeuta es presentar información, y la del aprendiz, recibirla. Esta perspectiva del aprendizaje es la que subyace a métodos como la clase magistral o pedir al aprendiz leer un texto. La construcción del conocimiento, en el cual el aprendiz construye activamente una representación mental con sentido. Desde esta perspectiva del aprendizaje, el terapeuta actúa como una guía cognitiva que ayuda al aprendiz a utilizar adecuadamente los procesos cognitivos y el aprendiz es un ser consciente que intenta comprender activamente cualquier cosa. El punto de vista de la construcción del conocimiento promueve métodos referentes a instrucciones, como el descubrimiento guiado, en el cual se le ayuda al aprendiz a construir su propia representación mental coherente (Mayer, 2004).

El aprendizaje es un cambio en el conocimiento, debido a la experiencia; esta perspectiva parece la más sensible a la temática de cómo promover el aprendizaje significativo, porque se centra en el aprendizaje como búsqueda de comprensión. Cuando los aprendices entienden lo que aprenden, están mejor capacitados para transferir su aprendizaje a nuevas situaciones (Mayer, 2004).

El aprendizaje significativo involucra la experiencia, que a su conecta con el área cognitiva, afectiva que conduce a la generalización. Un objetivo educativo importante es fomentar el aprendizaje que conduce a la generalización. El aprendizaje significativo tiene la importancia de proporcionar experiencias de aprendizaje que le permitan al aprendiz utilizar eficazmente lo que ha aprendido cuando afronte un nuevo problema. En la enseñanza para un aprendizaje significativo, los docentes crean entornos de instrucciones en los que los aprendices entienden lo que están aprendiendo (Mayer, 2004).

Modificación del estilo de vida saludable

Se refiere a provocar cambios en la conducta individual al modificar los pensamientos de la persona. La perspectiva está basada en el supuesto de que los humanos toman decisiones racionales, y se depende de la transmisión de información acerca de los riesgos y peligros para la salud a través de las distintas formas de difusión de información; esta se presenta como verdadera y se atribuye a una fuente experta. Aquí la promoción de la salud es un sinónimo de educación para la salud, que intenta incrementar el conocimiento del individuo acerca de las causas de la salud y la enfermedad. Se sugiere que hay una fuerte relación entre las creencias de la gente, las actitudes y las intenciones de actuar en forma particular. Como conciencia, se espera que al provocar cambios en las creencias, haya cambios en la conducta (Marks et al., 2008).

Refiere la OMS (2011) que el estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Los estilos de vida individuales, caracterizados por

patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en el de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento.

Oblitas (2009) hace referencia a dos estilos de vida: (1) estilo de vida saludable con dos dimensiones que califican como (a) sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia del alcohol, etc.; y (b) actividad o dimensión definida por la participación en deportes y el ejercicio regular para el mantenimiento de un bajo índice de masa corporal (IMC). Y (2) estilo de vida libre, caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física.

La edad adulta ofrece nuevas oportunidades para la prevención de enfermedades, particularmente de aquellas que evolucionan con lentitud y se incrementan en las sociedades a medida que estas alcanzan un cierto nivel de desarrollo, situación en la cual las enfermedades infecciosas disminuyen y la esperanza de vida se incrementa. La ausencia de sobrepeso, la vida activa, la radicación del tabaquismo, la moderación en el consumo de alcohol y la alimentación correcta son componentes del estilo de vida que ofrecen beneficios para lograr una mejor calidad de vida, más saludable y con menos enfermedades (Casanueva et al., 2010).

La alimentación

Por “alimentación” se entiende la obtención de nutrientes por el organismo mediante la ingestión, infusión intravenosa o de sonda intestinal. A la alimentación diaria o al régimen que se sigue habitualmente se le llama dieta y comprende “el conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día”. De acuerdo con un criterio fisiológico, “alimento” es toda sustancia que puede ser utilizada por los organismos vivos como fuente de materia o energía; en otros términos, se entiende por “alimento” al material reducido exógeno que se obtiene de la naturaleza para llevar a cabo las funciones vitales. Los alimentos han adquirido diversos significados debido a la compleja relación que el hombre ha establecido con ellos, a factores ambientales y a su naturaleza biopsicosocial (Esquivel et al. 2005).

El consumo de alimentos disponibles está, de manera fundamental, determinado por los hábitos o tradiciones alimentarias, pues aun cuando estos pueden cambiar, por lo general son bastante fijos y no se modifican de modo sustancial en los diferentes sectores de la población. Por lo tanto, es importante desde la infancia adquirir hábitos alimentarios que favorezcan una acertada selección, preparación y consumo. Para mantener esta armonía y equilibrio se requiere del suministro de nutrientes; es necesario suministrar nutrimentos, ya que estos constituyen los sustratos para realizar las funciones vitales. De este modo el ser humano necesita alimentos que contengan tales nutrimentos (Esquivel et al., 2005).

La alimentación en todas las edades debe reunir las características generales de la alimentación correcta, es decir, debe ser completa, equilibrada, suficiente, variada, inocua y adecuada a las circunstancias particulares del adulto. Para ello, en cada tiempo de comida se deben incluir cantidades suficientes de alimentos de los tres grupos, con la mayor

variedad posible de alimentos de cada uno de los grupos, a fin de obtener los nutrientes necesarios en las proporciones óptimas (Casanueva et al., 2010).

La dieta debe ser tal que permita el mantenimiento del peso de los individuos que tienen un peso adecuado o que se ajuste a las condiciones particulares para quienes requieran aumentar o disminuir su peso. Los efectos de la alimentación y del estilo de vida en general, tardan décadas en manifestarse; por ello, es difícil convencer a la población de la importancia de adoptar medidas preventivas tempranas. Entre estas, la alimentación y la actividad física frecuente desempeñan un papel muy relevante, ya sea para prevenir, o bien para aminorar o retardar la evolución de las enfermedades crónicas que deterioran la calidad de vida y conducen a una muerte prematura (Casanueva et al., 2010).

En el adulto, en especial en el joven, se suelen presentar varios efectos de riesgo que influyen en su nutrición y su salud en general. Los más sobresalientes son el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física, las adicciones y, en algunos casos, la desnutrición. Además, los adultos son propensos a otras condiciones que pueden comprometer su estado nutricional; entre ellas están el exceso en el consumo de cafeína, la ingestión innecesaria de suplementos alimenticios vitamínicos, el estrés y, en ocasiones, la adopción del vegetarianismo (Casanueva et al., 2010).

Se puede decir entonces que la alimentación humana es “el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos, mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena” (Casanueva et al., 2010)

El ejercicio

El ejercicio es algo benéfico para la persona; para estar en buena forma física se requiere esfuerzo. La estimulación regular y vigorosa del cuerpo entero es necesaria para la salud muscular y circulatoria, y para el buen estado general. El fomento de la actividad física, como parte de las acciones para controlar la presencia de enfermedades crónicas causadas por el sedentarismo, implica el desarrollo de diversos modelos en los que las acciones de mayor impacto han sido aquellas orientadas a grupos poblacionales que se encuentran cautivos en un contexto institucional, ya sea laboral o educativo (Bud, 2008).

El estilo de vida moderno no fomenta precisamente el buen estado físico. Muchos de los adelantos técnicos tienen como propósito eliminar toda fatiga física en las actividades cotidianas. El automóvil y la televisión contribuyen a crear un estilo de vida sedentario, y la actual sociedad competitiva se caracteriza por las tensiones urgentes que hay en ella, las obligaciones en los negocios y los apremiantes problemas familiares. Estas tensiones se correlacionan con los sistemas fisiológicos del cuerpo, y afecta presumiblemente al estado de salud. Como se ha comprobado que la inactividad constituye una amenaza al bienestar fisiológico, las autoridades correspondientes aseguran que el ejercicio puede ser la medicina preventiva más barata del mundo. Los investigadores de los campos médico, nutricional, psicológico, fisiológico y de la educación física están de acuerdo con que es necesario el ejercicio gimnástico para mantenerse en forma efectivamente. Está claro que de igual manera que necesita alimento, descanso y sueño, el individuo también requiere del ejercicio diario energético para mantener sus capacidades físicas. El buen estado físico no es una meta en sí, sino un medio para un fin (Bud, 2008).

Los beneficios y efectos del ejercicio sobre la salud se encuentran en diferentes investigaciones, las cuales han dado como resultado que todos aquellos individuos que realizan una actividad física regular tienen una mortalidad global menor que las personas sedentarias; incluso las personas que durante algún periodo no realizaron ningún ejercicio y que posteriormente lo iniciaron, tuvieron la posibilidad de prolongar su vida de 7 a 13 años (Téllez, 2010).

El ejercicio realizado en forma moderada puede retardar los efectos del envejecimiento. Una caminata rápida tres o cuatro veces a la semana durante 30 minutos puede suponer 10 años de rejuvenecimiento. Entre los beneficios comprobados está el mejor funcionamiento cardíaco y respiratorio, mayor fuerza muscular, huesos más compactos y menos tendencia a la depresión. Los efectos de dicha actividad pueden ser relacionados con la prevención inicial de ciertas enfermedades, como cardiopatía coronaria, osteoporosis, enfermedades crónicas degenerativas e, incluso, algún tipo de enfermedad cancerosa (Téllez, 2010).

Con un plan razonable de ejercicio físico, de acuerdo con las necesidades e intereses de cada uno, la actividad regular es indispensable si se quiere que el cuerpo funcione como es debido, ya que la gente que se mantiene en buena forma física tiene un mejor aspecto, se siente mejor y goza de la salud necesaria para llevar una vida plena y feliz (Bud, 2008).

El dormir bien

El sueño constituye un estado de suma relevancia para el ser humano; una prueba de ello es que pasamos cerca de un tercio de nuestra vida durmiendo. Se debe señalar que una buena calidad de sueño no solo constituye un factor determinante de la salud, sino que además

supone un elemento crucial en una buena calidad de vida. El padecimiento de ciertos trastornos del sueño se asocia con riesgos de desarrollo de otros problemas psicológicos, médicos y sociales (deterioro funcional, incremento de la tasa de accidentabilidad, alteraciones emocionales, problemas cardiovasculares, etc.) (Oblitas, 2009).

La calidad de sueño no solo se refiere al hecho de dormir bien durante la noche, sino al buen funcionamiento diurno. El sueño se puede definir como un estado funcional, reversible y cíclico que presenta ciertas manifestaciones conductuales características, como la relativa ausencia de movilidad y un incremento en el umbral de la respuesta a la estimulación externa, lo que produce cambios funcionales a nivel orgánico, así como cambios de actividad en el sistema nervioso, todo ello acompañado de la actividad intelectual que supone soñar (Oblitas, 2009).

Durante la mayor parte de la vida, el sueño del ser humano se ajusta a un ritmo circadiano de 24 horas, lo que coincide con la noche, aunque este ritmo no caracteriza todo el ciclo vital, pues, por ejemplo, durante los primeros meses de vida el sueño sigue un ritmo circadiano de 3-4 horas. Por desgracia, en las sociedades occidentales un gran porcentaje de la población adulta sufre alteraciones del ritmo circadiano, sobre todo como consecuencia de los horarios laborales; se estima que aproximadamente una cuarta o quinta parte de los trabajadores del mundo industrializado trabaja por turnos. Ello conlleva graves alteraciones del sueño, problemas de salud en general e inestabilidad emocional (Oblitas, 2009).

Para lograr fortalecer el ritmo circadiano del sueño y la vigilia es indispensable tratar de acostarse y levantarse a la misma hora todos los días; se recomienda que, aunque algún día nos acostemos tarde, a la mañana siguiente nos levantemos a la hora habitual. No

obstante, entre los jóvenes a menudo resulta común la desorganización del reloj interno por la transgresión de los horarios de sueño en los fines de semana, lo que da lugar a un exceso o a un defecto del sueño (Oblitas, 2009).

La cantidad de horas de sueño se modifica a lo largo de nuestra vida, la cual pasa durante el primer año de vida de 17 a 13 horas aproximadamente; luego disminuye en forma más lenta y gradual hasta los 20 años, para así acercarse a las 7 u 8 horas; y después mantenerse en esta cifra hasta la edad senil, hasta disminuir de forma progresiva a partir de ese momento. Así, aquellas personas que se separan de modo sustancial de esos patrones presentarán una baja calidad de sueño (Oblitas, 2009).

Otro factor importante asociado con la calidad del sueño son los patrones del sueño. Con base en las horas que los adultos duermen de manera habitual, se han establecido tres patrones de sueño: patrón de sueño corto (propio de individuos que necesitan menos de seis horas de sueño), patrón de sueño largo (característico de aquellas personas que duermen más de nueve horas) y patrones de sueño intermedio (incluye a aquellos que duermen aproximadamente 7-8 horas). Diferentes estudios longitudinales y trasversales han puesto de manifiesto que las personas con un patrón de sueño intermedio tienen menos riesgo de sufrir problemas de salud física, salud mental y somnolencia que las que tienen un patrón largo o corto; estos últimos son los más perjudicados (Oblitas, 2009).

Una buena calidad de sueño requiere de la puesta en marcha de una serie de conductas que la faciliten, así como de la eliminación de comportamientos incompatibles con un sueño reparador. Entre las conductas positivas para conciliar el sueño se encuentran una adecuada alimentación y la práctica regular de ejercicio físico. Entre las conductas

perturbadoras del sueño se destacan el consumo de sustancias estimulantes (alcohol, cafeína y tabaco) y fármacos para dormir (Oblitas, 2009).

Conductas de riesgo

La mala alimentación, incitada por la publicidad, sobre todo a través de los medios de difusión masiva (televisión, radio y revistas, entre otros), afecta al consumo, ya que fomenta la compra e ingestión de productos con escaso valor nutrimental y costo elevado, por ejemplo, refrescos, frituras, pastelillos, etc. La manera de seleccionar, comprar, preparar y servir los alimentos, así como su distribución dentro de la familia o en la comunidad, determinan el consumo de elementos nutritivos de cada individuo (Esquivel et al., 2005).

Esta falta de un buen estado físico es resultado de un estilo de vida inactivo que tiende a convertir al sujeto a ser apático, perezoso o simplemente torpe. Además este se ve agravado por el hecho de que ingiere alimentos ricos en colesterol, lípidos, azúcares y con bastantes calorías. En muchos casos se trata de dietas con demasiadas calorías que se convierten en desagradables pliegues de adiposidad (Bud, 2008).

El tabaquismo es uno de los factores de riesgo que con mayor frecuencia se asocian con las principales causas de mortalidad en el mundo. Esta adicción se ha relacionado con el desarrollo de diversas enfermedades, como las respiratorias, las cardiovasculares, las gastrointestinales, así como la osteoporosis, el aumento de riesgo perinatal y las neoplasias malignas en diversos órganos, como pulmones, cavidad bucal, estómago, páncreas, hígado, entre otros (Casanueva et al., 2010).

El humo del tabaco contiene más de 4500 sustancias, que en su mayoría son tóxicas. Además de los prejuicios del tabaquismo sobre la salud, se han documentado algunos efectos nocivos sobre el estado de nutrición que a su vez podrían estar relacionados con el desarrollo de las enfermedades antes mencionadas. Las interacciones entre el tabaco y el estado de la nutrición se pueden agrupar en diferentes categorías; por un lado, está el humo del tabaco, que contiene radicales libres y agentes con efectos teratógenicos o carcinogénicos, los cuales tienen como consecuencia el aumento de la utilización; por otra parte, están las alteraciones metabólicas producidas por el tabaco (Casanueva et al., 2010).

Las evidencias actuales demuestran que consumir tabaco es un gran riesgo, especialmente para quienes empiezan a fumar regularmente durante la adolescencia o en la etapa de adulto joven; la mitad de los que fuman de manera habitual desde esa edad pueden morir a causa del tabaco (Ponciano, 2011).

El hábito de fumar también tiene repercusiones sobre el metabolismo; los fumadores tienden a tener un IMC menor que los no fumadores, aunque coman lo mismo. Se sabe que la mayoría de las personas que dejan de fumar tienden a ganar peso. Este efecto se deriva de varios mecanismos: incremento del consumo de energía, disminución en la actividad física, aumento en las actividades de la lipoproteína lipasa, decremento en el gasto energético en reposo y la reducción de la oxidación de las grasas; estas dos últimas se relacionan (Casanueva et al., 2010).

El consumo de alcohol desempeña un papel importante en la vida de muchos individuos, tanto sanos como enfermos. El alcohol tiene tres características: el aporte de

energía que da, es una droga psicoactiva y es una toxina. La reacción del cuerpo dependerá de la cantidad y de la frecuencia con que se ingieren las bebidas alcohólicas; si se consume demasiado alcohol a largo plazo, pueden desarrollarse daños severos en la salud y desarrollarse enfermedades como hepatitis, cirrosis, anemia, estados de ansiedad, depresión, desórdenes del sueño e incremento del riesgo de padecer diabetes tipo 2 (Casanueva et al., 2010).

Las bebidas alcohólicas contienen agua, etanol, cantidades variables de hidratos de carbono y muy poco o nada de otros nutrimentos. El alcohol tiene mayor densidad energética que los hidratos de carbono; sin embargo, existen controversias en cuanto a su valor energético real en el ser humano, ya que su consumo se ha asociado tanto con pérdida de peso y desnutrición, como con ganancia de peso y obesidad. Esto se relaciona, por lo menos en parte, con la forma como se metaboliza el alcohol, y esta, a su vez, se asocia con la cantidad y la frecuencia del consumo de la bebida, con la cantidad y la calidad de los alimentos que acompañan a esta ingestión, así como con factores genéticos y el estado de nutrición de los individuos (Casanueva et al., 2010).

En el hígado, la oxidación del etanol tiene preferencia sobre cualquier otra vía metabólica, por lo que su consumo puede alentar el metabolismo de casi todos los nutrimentos. Con respecto al metabolismo de los hidratos de carbono, cuando el alcohol se ingiere en ayunas o en condiciones de desnutrición, altera la homeostasis de la glucosa, con lo que produce hipoglucemia y trastornos de la gluconeogénesis; sin embargo, por lo general los alcohólicos sufren de intolerancia a la glucosa, lo cual podría deberse a una inhibición de la secreción de insulina. El consumo de alcohol se ha considerado tanto

benéfico como dañino; lo uno o lo otro dependen de la cantidad ingerida y de las condiciones de su consumo (Casanueva et al., 2010).

CAPITULO III. LA PSICOLOGIA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La psicología en la salud

En décadas recientes ha aumentado considerablemente la presencia de teorías y metodologías psicológicas en el campo de la salud. Cada vez son más las publicaciones que se refieren a aproximaciones integrales de la aplicación de la psicología, como la medicina conductual, o la medicina de la salud. No cabe duda de que ya no se puede hablar de salud sin considerar la participación de la psicología. Pero en todo este desarrollo, en ocasiones pasa a ser desapercibido un campo de aplicación más específico, aunque no por ello menos importante para los psicólogos: la promoción de la salud se alude como: “la gran estrategia para mejorar la salud de los mexicanos” (Urbina, 2004).

Si atendemos al actual perfil epidemiológico de nuestro país, calificado como de transición, porque coexisten padecimientos asociados a la pobreza, con problemas su salud propios de países de alto desarrollo relacionados con estilo de vida que propician una mayor frecuencia de enfermedades crónico degenerativas, la promoción de la salud se convierte en la vía fundamental para modificar las condiciones que llevan dicho perfil. Las enfermedades que han pasado a ser las primeras causas de muerte involucran en gran medida al comportamiento humano, ya sea individual, familiar o colectivo, ya que es fácil apreciar que la mayoría de ellas están fuertemente vinculadas con estilos de vida y con comportamientos no saludables.

En resumen las primeras causas de muerte se relacionan directamente con el comportamiento humano. Ante este panorama, la promoción de la salud es una estrategia que permite modificar y/o fortalecer los conocimientos aptitudes, actitudes y hábitos de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de la salud. Es decir, más allá

de la prevención de padecimientos específicos, la promoción de la salud busca incidir en los comportamientos individuales y de grupo, fomentando conductas protectoras y disminuyendo aquellas que ponen en riesgo no solo al individuo sino también a su familia, a la comunidad y al ambiente (Urbina, 2004).

Es, pues, entonces responsabilidad de los psicólogos desarrollar, validar y difundir procedimientos e instrumentos de diagnóstico, intervención y evaluación que, sólidamente fundamentados, puedan aplicarse en la instrumentación interdisciplinaria de acciones de promoción de la salud en cada una de las estrategias citadas.

Conceptos y teorías psicológicas aplicadas a la salud

Los conceptos y teorías psicológicas importantes para la promoción de la salud, podemos referir a Bennett y Murphy (1999), quienes con base en la afirmación de que el 50 por ciento de las muertes prematuras en las ciudades occidentales pueden atribuirse al estilo de vida, relacionan éste con la salud aludiendo a cinco grandes tópicos de actualidad: hábitos alimenticios, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo y conductas sociales de alto riesgo. En un lugar especial conceden a la relación entre el estrés y la salud, destacan las interacciones, entre los procesos ambientales, psicológicos y fisiológicos del mismo, así como el impacto diferencial entre individuos de las múltiples fuentes de estrés, y las diversas formas de afrontamiento que adoptan. Igualmente, ponen énfasis en las teorías y conceptos que explican desde el condicionamiento clásico y operante, la teoría del aprendizaje social, el locus control, la teoría de la acción razonada y planeada, y la percepción de riesgos para la salud. Este último concepto cobra cada vez mayor importancia, pues la vulnerabilidad personal percibida es un elemento que puede inducir o desalentar una conducta saludable. Por desgracia en nuestra cultura prevalecen mitos

como el de la invulnerabilidad personal, que lleva a la adopción de conductas, ante la creencia de que se está a salvo de todo riesgo, o bien una vez llegada la situación problema, ésta podrá ser resuelta sin mayor perjuicio para la persona. Ello ocurre incluso cuando a la gente se le proporciona información precisa de los daños potenciales y del gran riesgo que ocurre (Urbina, 2004).

El campo que ha generado más debate dentro de la promoción de la salud es precisamente el de la prueba científica, que establece una clara diferencia entre éste y el de la evaluación, a la que califica como un término más integral que lleva implícita una valoración. Las reglas de las pruebas científicas, afirma, están mayormente vinculadas con las disciplinas en cuestión que con las acciones o programas de promoción de la salud. Si recordamos que todo programa en promoción de la salud es multidisciplinario, entenderemos mejor las dificultades (Urbina, 2004).

En los últimos 30 años ha sido común señalar a las enfermedades crónicas degenerativas como el principal desafío para los sistemas de servicios de salud. De la misma manera se afirma que la principal estrategia para enfrentar éstos y otros problemas de salud es intervenir sobre los estilos de vida. Por lo tanto, es preciso transformar los conocimientos en programas de acción y al mismo tiempo reconocer que las acciones eficientes en la promoción de la salud guardan un a compleja relación entre aspectos biológicos, ambientales, sociales y psicológicos, por un lado; económicos y políticos por el otro. Tal es el reto que los psicólogos así como los demás trabajadores del campo de la salud deben de enfrentar, lo mismo en las intervenciones individuales cara a cara con el paciente, que en acciones de alcance colectivo, ya sea con familiares, grupos, comunidades o con algunos sectores de población (Urbina, 2004).

CAPITULO IV. ESTUDIOS PREVIOS

Primer estudio

Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales (2005)

Angélica Riveros, Jackeline Cortazar-Palapa, Fernando Alcazar L. y Juan José Sánchez-Sosa

El estudio tuvo como propósito evaluar los efectos de una intervención de tipo cognitivo-conductual administrada individualmente sobre la calidad de vida, ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar de un grupo de pacientes crónicos. En general, los resultados señalan que las intervenciones empleadas resultaron eficaces para mejorar el estado de las variables abordadas. Esta mejoría también se reflejó en las variables fisiológicas relevantes para los padecimientos incluidos, tales como el índice de glucosa en sangre y la presión arterial, entre otras.

Se administraron en promedio dieciséis sesiones, aunque hubo pocos casos en los que requirieron menos de cinco y otros más de treinta. En prácticamente ningún caso fueron más de las usualmente requeridas en sesiones terapéuticas privadas de esta naturaleza, a las que difícilmente tendría acceso este tipo de población. En el caso de los diabéticos se observó una importante mejoría en los índices de glucosa antes y después del tratamiento, aunque se observaron cambios mínimos en el ajuste a la dieta (1,41% de ganancia) y un ligero decremento en la adherencia a la toma puntual de medicamentos (-3,78% de cambio). En este grupo, los beneficios podrían atribuirse a la combinación de la reducción en la ejecución de conductas de riesgo, como toma de refrescos o alimentos azucarados (5,54% de ganancia) y del aumento en la práctica de ejercicio (18,14% de ganancia). Los

pacientes hipertensos no mostraron cambios estadísticamente significativos en sus medidas de presión arterial; sin embargo, la mayoría (9 participantes de 17) mostró cambios de entre 10 y 40 mm. Hg. En presión sistólica y de entre 10 y 20 mm. Hg. en diastólica (6 participantes). Es importante señalar que los valores en general estuvieron dentro de la norma esperada para presión arterial. Este grupo logró mejoras importantes y estadísticamente significativas en dieta (9,07% de ganancia), actividad física (20,94% de ganancia) y reducción de conductas de riesgo como ingesta de alimentos salados y grasos (29% de ganancia). Fue también este grupo el que logró los aumentos más importantes en las variables de bienestar diario, tales como contacto interpersonal mayor a 30 mg. (20% pg), y sueño reparador (10,19% de ganancia). No fue posible contar con la mayoría de los autoregistros de adherencia terapéutica y bienestar; en algunos casos los pacientes rehusaron llenar diariamente los cuadernillos o no los llenaron adecuadamente a pesar de las instrucciones y correcciones constantes de los terapeutas. En otros casos fue necesario eliminar algunos registros en los que se logró la participación de un familiar que conviviera con el paciente y llenara simultánea pero independientemente el cuadernillo, a fin de comprobar la confiabilidad del registro ya que estaban defectuosamente registrados. Se intentó establecer esta precaución metodológica en todos los participantes, pero no siempre se contó con la colaboración de la familia. Finalmente, se incluyeron aquellos autoregistros cuya confiabilidad era aceptable (acuerdo en registro mayor al 80%) o, en su defecto, aquellos en que se llenaron en forma adecuada y completa. Todas las variables psicológicas y fisiológicas mostraron cambios relevantes. Sería importante considerar en una segunda etapa el análisis de los seguimientos a los tres y seis meses de concluida la intervención, que a la fecha se encuentran en proceso y que preliminarmente sugieren que estas mejoras no sólo se mantienen sino que además aumentan.

Es difícil ponderar la magnitud en que estos cambios se reflejarían en un impacto económico para el sector salud en términos de la erogación por complicaciones y falta de adherencia terapéutica. Lo mismo se aplica al peso potencial de las mejoras observadas, la reducción en el índice de ansiedad y depresión, las de calidad de vida o los estilos de afrontamiento. Sin embargo, se considera que estos cambios forman parte de la atención integral de la salud al paciente y que no puede seguir considerándose a la atención psicológica en los centros de salud como un lujo prescindible. Se trata de un componente esencial para lograr que se lleven a cabo los cambios indicados por el personal médico, incluyendo los necesarios en sus rutinas. Para estos pacientes no bastan las instrucciones e información, sino la atención y seguimiento cuidadoso y detallado de todos aquellos factores que pueden estar obstaculizando el mayor bienestar que podrían tener en sus condiciones particulares. Se observó también una mayor participación de médicos y pacientes en la Unidad de Medicina Familiar. En contraste, los pacientes del hospital general no mostraron tanta participación, principalmente debido a que muchos de ellos se trasladaban desde provincia o tenían condiciones económicas muy precarias que les impedían asistir a las sesiones semanales. En cambio, los pacientes en las unidades de medicina familiar viven cerca de éstas, y es posible tratarlos en niveles más preventivos. Es importante señalar que una investigación de esta naturaleza no habría sido posible sin el apoyo de todos los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales

Segundo estudio

El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual'' (2005). Angélica Riveros, Gabriela Ceballos, Ricardo Lagunay Juan José Sánchez-Sosa

El instrumento empleado para medir calidad de vida (InCaViSa) resultó sensible y confiable para detectar cambios antes y después de la intervención. Actualmente se continúa trabajando en sus propiedades psicométricas buscando que las áreas tengan números similares de reactivos y mantengan un mínimo posible de reactivos a fin de que sea breve y práctico de aplicar. La calidad de vida mejoró significativamente después de intervenciones individuales ajustadas a las necesidades específicas de cada caso. La mayoría de los participantes logró mejoría en prácticamente todas las dimensiones incluidas en el estudio, en un promedio de veinte sesiones semanales de una hora. Es claro, sin embargo, que la mejoría fue relativamente modesta para algunos pacientes en áreas específicas, como se esperaría de cualquier intervención clínica.

En un sentido similar, los resultados revelaron mejoría notoria en las destrezas de los pacientes para cuidar su salud y adherirse a regímenes terapéuticos. Esto ocurrió a pesar de que algunos de estos regímenes suelen ser complejos, demandantes y prolongados. Aunque en la literatura aparecen contribuciones con intervenciones cognitivo-conductuales en líneas similares a las del presente estudio, éstas suelen referirse exclusivamente a entrenamiento en técnicas de autorregulación como relajación progresiva, meditación, hipnosis, calentamiento de manos (vasodilatación distal), y *biofeedback*, entre otras. Sin embargo la mayoría de estos estudios se han realizado con muestras por conveniencia, como estudiantes universitarios y no con pacientes en el escenario médico en el que se da la

atención (Engel, 1998). Es difícil suponer que los resultados obtenidos en jóvenes sanos denoten la problemática que enfrentan los pacientes. Por otra parte, estudios con intervenciones más de tipo educativo y relajación, aunque denotan cambios, pocos resultaron significativos. En el presente estudio mejoraron todos los componentes de la adherencia terapéutica, aunque el relativo a la toma de medicamentos parece haber mostrado un efecto de techo en virtud de que ese rubro no mostraba deficiencias importantes desde la primera medición. Las mejoras más importantes se dieron en actividad física y en la reducción de conductas de riesgo, mismas que disminuyeron prácticamente a la mitad del pretest al segundo seguimiento, seis meses después de concluida la intervención. Es posible que aunque los pacientes tomaran sus medicamentos adecuadamente, éstos no logaran el efecto óptimo en ausencia de otros cambios en el estilo de vida. Los efectos de la intervención sobre las medidas de bienestar fueron más notorios en las áreas de relaciones interpersonales, por ejemplo, que el paciente pasara más de media hora conversando con otras personas; y en el área de sueño, calificado por el paciente como reparador. En ambos casos los mayores beneficios se presentaron después del segundo seguimiento. Este hallazgo resulta congruente, en principio, con el tiempo que tomaría el establecimiento de efectos en interacción social. El caso del sueño podría estar relacionado con variables tales como incremento en la actividad física y los del control autogénico incluyendo la relajación profunda. Llama la atención la baja frecuencia de la actividad sexual desde la primera medición. En general ésta no fue un área en que los pacientes hicieran énfasis como componente importante en su bienestar. Otros estudios en líneas similares de investigación han revelado hallazgos muy similares (Sjoland, Caidahl, Wiklund, Haglid, Hartford, Karlson, Karlsson & Herlitz, 1997). En cuanto al uso del sistema de autoregistro, éste no fue aplicable a la mitad del grupo, especialmente en los

pacientes con más alto nivel de escolaridad. Con alguna frecuencia estos pacientes expresaban algún desagrado al tener que realizar tareas percibidas como excesivamente sencillas que experimentaban como pérdida de tiempo. Estos pacientes, sin embargo, solían responder adecuadamente a otras tareas como las requeridas en las sesiones. Por otra parte, en contraste con lo señalado en algunos estudios (Straka, Fish, Benson & Suh, 1997), el sistema fue sensible para medir cambios en quienes estuvieron dispuestos a llenarlos. Es muy probable que un componente importante de este resultado se haya derivado de alentar al paciente a informar los aspectos reales en su autoregistro sin criticar ni castigar en forma alguna la baja adherencia o conductas de riesgo, sino analizando y buscando alternativas viables para dichas situaciones. En el ámbito de la ansiedad, los cambios más importantes se dieron en aquellos participantes con niveles iniciales altos de ansiedad, aunque en general todos los participantes mostraron mejoría notoria. Los resultados muestran los beneficios potenciales del trabajo psicoterapéutico no sólo como componente central de la atención integral de la salud sino para propiciar mejor aprovechamiento de los recursos de las instituciones. Este efecto muy probablemente incluye al personal de salud y al paciente mismo. Un efecto natural que se busca además de evitar o postergar complicaciones es el dispendio de recursos (humanos y económicos) derivados de una adherencia inadecuada (Sabate, 2003). En el presente estudio, el total de las intervenciones estuvieron administradas por alumnos avanzados de la licenciatura en psicología, bajo la supervisión de un alumno postulante de doctorado y un profesor titular. En el presente estudio se identificó el mejoramiento de otras variables que no se consideraron en un principio, tales como el control de la presión arterial, la reducción en las dosis medicamentosas requeridas para su control, y reducción del índice de masa corporal. Sería conveniente que investigaciones posteriores examinaran más directamente el efecto de las intervenciones en

variables fisiológicas que reflejen efectos adicionales de intervenciones psicológicas en el mejoramiento de la salud además de agregar un componente de validez funcional adicional. Otras preguntas pendientes en esta línea de investigación incluyen el papel de factores como la escolaridad y diversos niveles de motivación como moduladores de los efectos de estrategias cognitivo-conductuales.

Tercer estudio

Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (2010).

Antonio Vargas Ibáñez, Alberto González Pedraza Avilés, María Isabel Aguilar Palafox, Yolanda del Carmen Moreno Castillo

Según los resultados de la primera fase en el artículo, la educación diabetológica grupal a través de un curso continuo favoreció de manera importante la disminución y el control glucémico de los pacientes de un grupo de estudio, mejoró el nivel de conocimientos y su calidad de vida.

En muchas ocasiones, los pacientes crónicos reciben una atención fragmentada y discontinua, con descoordinación y falta de comunicación entre profesionales y ámbitos asistenciales, falta de información y ausencia de un seguimiento activo de los problemas. Existe en nuestro medio una desproporción evidente entre programas iniciados y programas evaluados. Con estos antecedentes, surge la necesidad de desarrollar el presente trabajo, dándole seguimiento a una intervención educativa, después de un año de aplicación de la misma. Los parámetros bioquímicos se eligieron de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994; no fue posible incluir la determinación de hemoglobina glucosilada y de colesterol de alta densidad, por no realizarse de rutina en las clínicas de primer nivel

de la Institución. De los parámetros evaluados, únicamente la glucosa sérica presentó modificaciones estadísticamente significativas en el grupo de estudio, no así en el grupo control. López y colaboradores, en un estudio similar, refieren disminución de glucosa de 82 mg/mL después de una intervención, con un nuevo incremento después de un año. Asimismo, Armale MJ, en un estudio de dos años de seguimiento a dos grupos, refiere que entre el primero y segundo año empeora el control metabólico; de igual forma, Cabrera P y asociados, refieren disminución estadísticamente significativa en su grupo de estudio, retornando al nivel previo nueve meses postintervención.

En cuanto a los niveles de colesterol total y triglicéridos, tampoco se encontraron diferencias significativas en ninguno de los dos grupos, lo cual coincide con los estudios realizados por López y colaboradores y por Dalmau y su grupo. Respecto al cuestionario IMEVID, no se encontraron trabajos publicados sobre instrucción diabetológica que analicen cambios en el nivel de calidad de vida de los pacientes; sin embargo, se remarca una situación similar a lo presentado con los niveles de glucosa, después de una importante mejoría a los seis meses; al realizar una nueva evaluación a los 12 meses después de la aplicación del curso, prácticamente en todas las dimensiones, la calidad de vida volvió a empeorar. Lo anterior debido a la falta de seguimiento por parte del equipo de salud y, por lo mismo, el desinterés de los pacientes por mantener su calidad de vida. En lo que se refiere al cuestionario de conocimientos, se encontraron diferencias en todas las áreas, excepto en la de hidratos de carbono en la evaluación al año, demostrando una disminución en el nivel de conocimientos, lo que concuerda con lo reportado por Armale MJ, y López y colaboradores, utilizando diferentes cuestionarios.

El estudio determinó que los niveles séricos de glucosa, colesterol y triglicéridos se encuentran por encima de lo recomendado por la NOM-015-SSA2-1994 para la prevención,

tratamiento y control de la diabetes, lo cual representa que los controles metabólicos para estas variables no se están cumpliendo. Se confirma que la educación en las enfermedades crónicas como la diabetes es imprescindible para el mejoramiento en los niveles séricos de glucosa, así como para mejorar la calidad de vida y el nivel de conocimientos. Sin embargo, Se demuestra que al no haber un seguimiento de la intervención, los logros obtenidos se pierden, retornando a un mal control del paciente diabético. El presente estudio pretende sensibilizar tanto a los pacientes como al personal médico y paramédico de que las intervenciones educativas deben ser continuas, para mejorar la calidad de vida y el nivel de conocimientos y así mantener un control bioquímico adecuado del paciente diabético.

JUSTIFICACIÓN

En la última década se han incrementado las enfermedades crónicas degenerativas, debido a los malos cuidados que se tiene de la salud, por antecedentes heredofamiliares, así como por la falta de información acerca de las enfermedades y los cuidados que deben tenerse. En específico, la diabetes mellitus, trastorno metabólico, del cual refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS) que aproximadamente 346 millones de personas la padecen en todo el mundo, y se calcula que en 2004 fallecieron 3.4 millones de personas como consecuencia del exceso de azúcar en la sangre. Más del 80 % de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años y un 55 % a mujeres. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030. En México la diabetes se ubica como la primera causa de muerte y tiene una prevalencia de 10.7 % en personas entre 20 y 69 años; sin embargo, en adultos mayores la prevalencia ajustada por edad e índice de masa corporal es de 21.5 % (OMS 2011).

En la encuesta nacional de salud y nutrición 2012. En lo que se refiere al diagnóstico previo de diabetes, únicamente 0.7% reportó haberlo recibido, por lo que esta proporción es mayor en mujeres, 0.8%, que en hombres, 0.6%, y con una proporción mayor entre las mujeres de 16 a 19 años de edad, con 0.95% (0.47% en los hombres del mismo rango de edad).

La proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSA 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006 (7%). No obstante, es importante señalar que

no se encuentra todavía con la cifra de medición de glucosa en la ENSANUT 2012, por lo cual no es posible identificar con certeza si este hallazgo representa un incremento real en prevalencia o un incremento ocasionado por mayor actividad de detección y el cocimiento aumento en la proporción de personas que se saben diabéticos. De la población de 20 años de edad o más con diagnóstico médico previo de diabetes, 9.6% se realizó la determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos, 12 meses, 10% en mujeres y 9.1% en hombre, con una razón mujer:hombre de 1:4. Otra preocupación cada vez mayor es el desarrollo de prediabetes, que incrementa el riesgo de padecer diabetes tipo 2. Ante estas premisas, el presente trabajo se interesa en la promoción de los cuidados de la salud, para lo cual proporciona la información adecuada, que permita concientizar estos cuidados en un grupo de adultos jóvenes con antecedente de un familiar de primer grado (padres) con diagnóstico de diabetes mellitus, y que permita hacer modificaciones en el estilo de vida para prevenir la aparición de diabetes mellitus.

Pregunta de investigación

Existe un estilo de vida saludable en los estudiantes universitarios con y sin antecedentes de diabetes mellitus con un familiar de primer grado (padres), que al darles psicoeducación preventiva y técnicas de modificación de conducta puedan modificar su conducta para adoptar un estilo de vida saludable.

Objetivos general y específico

- Conocer el grado de conocimiento que tienen los estudiantes universitarios del trastorno metabólico conocido como diabetes mellitus.
- Conocer cuál es la calidad de vida de los estudiantes universitarios con y sin antecedentes de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres).
- Proporcionar las conductas que favorecen un estilo de vida saludable para la prevención de un diagnóstico de diabetes mellitus.

Hipótesis

Recibir un taller de psicoeducación produce cambios en la calidad de vida para un estilo de vida saludable.

Hipótesis estadística

Ho: Al recibir psicoeducación no se producirán cambios en la calidad de vida en los participantes con y sin antecedentes de diabetes mellitus.

Ha: Al recibir psicoeducación se producirán cambios en la calidad de vida en salud física.

Ho: Al no recibir psicoeducación no se producirán cambios en la calidad de vida en los participantes con y sin antecedentes de diabetes mellitus.

Ha: Al recibir psicoeducación se producirán cambios en la calidad de vida en salud física.

Variables (conceptual y operacional)

- **Variable dependiente conceptual “calidad de vida”**

Patrones de comportamiento identificables que pueden ejercer un efecto en la salud de un individuo.

- **Variable dependiente operacional “calidad de vida”**

Autoregistro conductual.

- **Variable independiente conceptual “educación”**

Comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestran la variabilidad de cambios que favorecen la salud.

Variable independiente operacional “educación”

- Puntuación de conocimiento de DKN-A
- Puntuación del Instrumento WHO-QOL-Breve

MÉTODO

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional a 177 estudiantes de entre 18 a 25 años de edad de nivel licenciatura en una universidad pública, se les aplicaron dos instrumentos, y un cuestionario de tamizaje, que fue respondido por alguno de sus padres, para confirmar si los participantes presentan antecedentes de diabetes mellitus. Los resultados obtenidos fueron 65 participantes con antecedentes de diabetes mellitus de los cuales se seleccionaron 30 y 112 participantes sin antecedentes de los cuales se seleccionaron 30. Posteriormente se realizó una selección al azar formando 4 grupos de 15 participantes cada uno.

Diseño

Se trabajó bajo un diseño pre-experimental 2x2; para el primer nivel, con antecedentes de DM y sin antecedentes de DM; para el segundo nivel, con taller psicoeducativo y sin taller psicoeducativo.

Instrumentos

- Cuestionario sociodemográfico (ver anexo 1)
- Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) (ver anexo 2)
- Instrumento WHO-QOL-Breve, versión en español (ver anexo 3)
- Sistema de autoregistro conductual (ver anexo 4)

Materiales

- Computadora
- Presentación en Power Point

Procedimiento

A 177 estudiantes se les aplicaron dos instrumentos: Who-QOL-Breve (versión en español) y Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A), para conocer cuáles son los conocimientos que manejan sobre diabetes mellitus y cuál es su calidad de vida. También se les proporcionó un cuestionario sociodemográfico para ser respondido por alguno de sus padres, con el fin de saber si los participantes presentaban antecedentes de diabetes mellitus. Los resultados obtenidos fueron 65 participantes con antecedentes de diabetes mellitus de los cuales se tomaron 30 y 112 participantes sin antecedentes de diabetes mellitus de los cuales se tomaron 30. Se trabajó bajo un diseño pre-experimental 2x2, y la formación de grupos se realizó al azar para conformar 4 grupos de 15 participantes cada uno. El grupo I (participantes con antecedentes de diabetes mellitus) y el grupo II (participantes sin antecedentes de diabetes mellitus) recibieron un taller preventivo de siete sesiones impartidas una vez a la semana, donde se les proporcionó psicoeducación y técnicas para la modificación de la conducta, asimismo llevaron un autoregistro conductual semanal. Consecutivamente, el grupo III (participantes con antecedentes de diabetes mellitus) y el grupo IV (participantes sin antecedentes de diabetes mellitus) únicamente llevaron el autoregistro conductual semanal durante siete semanas. Al término, los cuatro grupos llevaron el autoregistro conductual por siete semanas más, con el fin de identificar si ocurrieron cambios significativos en su estilo de vida, así como verificar si se mantuvo la conducta. Al finalizar las catorce semanas se les aplicó el retest a los cuatro grupos, y los resultados se basaron en la comparación de test posttest, junto con el autoregistro conductual semanal.

Intervención grupal

La intervención consistió de un programa terapéutico breve fundamentado en los principios de la psicoterapia cognitivo-conductual que consistió en siete sesiones, con una duración de 120 minutos una vez por semana, para completar la intervención en un mes tres semanas. Se les proporcionó un autoregistro conductual semanal, el cual medía conductas como “alimentación (desayuno, almuerzo, comida, colación y cena) ejercicio, dormir bien, conductas de riesgo (dulces, fumar, alcohol).” Se tuvo como objetivo general para la intervención: educación en diabetes mellitus, educación para un estilo de vida saludable, con el implemento de técnicas cognitivas, como la reestructuración cognitiva y de modificación de conducta como resolución de problemas, dirigido a estudiantes universitarios con y sin antecedentes de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres). Lo anterior, con el fin de generar la promoción de un estilo de vida saludable, para que pudieran identificar las conductas de riesgo que aumentan la probabilidad de contraer la enfermedad. Se buscó que los participantes reflexionaran acerca de la calidad de vida que llevan y que adoptaran un estilo saludable, para así retrasar la aparición de la diabetes mellitus, o bien que no se presentara por medio de la disminución de las conductas de riesgo. Al término de la intervención se les proporcionaron autoregistros por siete semanas más, con el propósito de conocer si se mantenían los cambios en las conductas observadas durante la intervención.

La intervención se llevó a cabo en dos fases que se describen de manera amplia en el anexo 6, y se resumen a continuación:

Fase 1 (sesiones 1, 2, 3): en la primera sesión se expusieron los objetivos y las reglas del funcionamiento del grupo, las cuales incluían puntualidad, orden y respeto entre los

miembros del grupo. En la sesión 2 se les proporcionó información verídica de la diabetes mellitus como definición, tipos de diabetes, factores de riesgo, prevención, consecuencias de los malos cuidados y mantenimiento de la enfermedad. De la misma manera, en la sesión 3 se les proporcionó información de un estilo de vida saludable, como cuidados a la salud, promoción de la salud, diferencias entre promoción y prevención, y factores que dañan y favorecen la salud.

Fase 2 (sesiones 4, 5, 6, 7): en las siguientes cuatro sesiones se les proporcionaron las técnicas cognitivas y conductuales, por lo que se realizó un entrenamiento para el automanejo y la identificación y detección de los pensamientos disfuncionales relacionados con las conductas no saludables, y se les entrenó en la resolución de problemas para que así manejaran una solución eficaz para una situación problemática que aumentara las conductas de riesgo, y entonces disminuir los factores que aumenten un diagnóstico de diabetes mellitus. En la última sesión se dio el cierre para conocer las opiniones del grupo sobre el proceso de la intervención y del autoregistro conductual; también se les pidió realizar una autoevaluación sobre su participación en el grupo, y se continuó con una dinámica de cierre, con el propósito de ejemplificar el proceso de cambio. Finalmente se le agradeció su participación a cada uno de los integrantes del grupo, y se les motivó para continuar con el proceso.

La dinámica general de las sesiones consistió en las siguientes actividades:

- a) Encuadre para ingresar a la sala para dar la bienvenida a los participantes.
- b) Recuento de lo visto en la sesión anterior por parte de los participantes.
- c) Exposición de objetivos y actividades de la sesión.

- d) Espacio para dudas y comentarios.
- e) Entrega del autoregistro conductual semanal por parte de los participantes, así como repartición del autoregistro conductual para esa semana en curso.

Las técnicas empleadas para lograr los objetivos planteados en la intervención fueron las siguientes:

Técnicas cognitivas y conductuales de intervención: en años recientes, la promoción de la salud se ha enfocado en el concepto de empoderamiento, que es un proceso por medio del cual la gente incrementa el control sobre su ambiente físico, social e interno. Las intervenciones conductuales incluyen el aumento de la conciencia y el conocimiento acerca de los riesgos para la salud, y la enseñanza de habilidades técnicas y sociales. Involucrar a psicólogos de la salud es sustancial; esto incluye el entrenamiento en habilidades sociales, la orientación de la conducta preventiva de la salud, la terapia cognitivo-conductual, la educación y la promoción (Marks et al., 2005).

Oblitas (2009) retoma que las conductas de salud son aquellas que lleva acabo un individuo cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad. Dichos comportamientos incluyen un amplio abanico de conductas, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio, hasta comer adecuadamente. El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos para reducir los patógenos conductuales y las prácticas conductuales que actúan como inmunógenos conductuales. Para entender las conductas es necesario analizar los contextos en los que tienen lugar, los cuales comprenden una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, ambientes físico y social.

Terapia cognitivo-conductual: modelo propuesto por Beck y Ellis, puede entenderse como un modelo colaborativo, partiendo del supuesto de que el paciente cambia su manera de pensar más rápidamente si la razón del cambio proviene de su propia introspección. En la terapia cognitivo-conductual la relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente ofrece un marco en el que el paciente aprende los procesos de identificación y evaluación de los pensamientos disfuncionales; el objetivo de este modelo es cambiar creencias disfuncionales y enseñar al paciente a utilizar los métodos para evaluar en el futuro otras creencias. (Hernández, 2007)

Cualquier técnica desarrollada para la terapia cognitivo-conductual individual puede utilizarse en grupos. Algunas de las terapias de grupo se basan en un modelo educativo de terapia. La tarea de terapeuta consiste en enseñar y la tarea del paciente consiste en aprender o reaprender nuevas conductas y creencias. (Caballo, 2008)

Educación: la educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

Reestructuración cognitiva: en esta técnica el terapeuta ayuda al paciente a modificar pensamientos o creencias que ocasionan sensaciones de malestar, como sentimientos de tristeza y ansiedad, que le impiden responder o funcionar adecuadamente a las demandas de su ambiente a partir del análisis lógico y real de sus problemas (Hollon y Beck, 1994 tomado de Meichenbaum, 1998).

Entrenamiento en resolución de problemas: es el proceso de encontrar una solución eficaz a una situación problemática. La puesta en práctica de la solución supone la ejecución en la realidad de la solución escogida. Así, esta ejecución de la respuesta de afrontamiento constituye el resultado del proceso de solución de problemas. El afrontamiento de solución de problemas se refiere a la combinación de la solución de problemas y a la ejecución del afrontamiento con respecto a un problema determinado. La puesta en práctica de una solución depende no solo de la capacidad para resolver problemas, sino de ciertos factores, como las deficiencias en las habilidades de ejecución, las inhibiciones emocionales y el déficit en la motivación o reforzamiento (Caballo, 2008).

Desde la primera sesión se les pidió un correo electrónico y un número de teléfono en donde se les pudiese localizar; de la misma manera, la terapeuta les proporcionó los datos para posibles cancelaciones, manejo de urgencias o imprevistos.

Medición e instrumentos

- Cuestionario sociodemográfico

Este es un cuestionario compuesto de 23 preguntas totales, de las cuales las primeras 10 hacen referencia a datos de identificación del participante y las siguientes 10 hacen referencia hacia si existe un diagnóstico de diabetes mellitus, el tipo de tratamiento y

preguntas referentes a los cuidados de la enfermedad; las 3 últimas preguntas son abiertas, las cuales hacen referencia al apoyo familiar del participante (ver anexo 1).

- Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A)

Este instrumento fue traducido al español por la Mtra. Érika Gutiérrez Martínez y validado interjueces por cinco psicólogos expertos en el tema. Es un cuestionario auto aplicado con 15 ítems de respuesta de múltiple elección acerca de los diferentes aspectos relacionados con el conocimiento general de la diabetes. Presenta cinco amplias categorías: fisiología básica, (incluida la acción de la insulina), hipoglucemia, grupos de alimentos y sus sustituciones, administración de la diabetes en la ocurrencia de alguna otra enfermedad, y principios generales de los cuidados de la enfermedad. La escala de medida es de 0 a 15, y a cada ítem se le atribuye el puntaje de 1 para la respuesta correcta y de 0 para la incorrecta. Los ítems de 1 a 12 requieren una única respuesta correcta. Para los ítems de 13 a 15 solamente algunas respuestas son correctas y todas deben ser conferidas para tener el puntaje de 1. Un puntaje mayor a 8 indica conocimiento acerca de la diabetes (ver anexo 2).

- Instrumento WHO-QOL-Breve, versión en español.

Instrumento traducido y adaptado por González Celis y Sánchez Sosa (2001). De acuerdo con la OMS “calidad de vida” significa “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del mismo sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes”. Por lo tanto, el instrumento mide un constructo multidimensional que incorpora la percepción de la salud física de la persona, su estado físico, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno. El instrumento clasifica la calidad

de vida en cuatro factores: salud física (actividad de la vida cotidiana, movilidad, energía y fatiga, sueño y descanso, enfermedades y dependencia de sustancias medicinales, capacidad para trabajar), psicológico (imagen corporal y apariencia, sentimientos positivos, sentimientos negativos, autoestima, espiritualidad/religión/pensamientos personales, cognición, aprendizaje, memoria, concentración), relaciones sociales (relaciones interpersonales, apoyo social, actividad sexual) y ambiente (recursos económicos, libertad y seguridad, acceso a y calidad de salud pública, ambiente en el hogar, oportunidades para adquirir nuevas habilidades e información, participación en actividades recreativas, ambiente físico, contaminación, tráfico, clima y transporte).

La calificación del instrumento muestra que a mayor puntuación, mayor percepción de calidad de vida en el factor calificado; no es necesario sumar los factores, ya que todas las calificaciones son transformadas a porcentajes. Es necesario mencionar que dos preguntas se califican por separado:

- La pregunta 1 evalúa la calidad de vida en general que la persona percibe poseer.
- La pregunta 2 evalúa la percepción sobre la salud en general que la persona percibe poseer.

Las preguntas restantes se agruparon en los cuatro factores para obtener un puntaje crudo por cada factor. Después de hacer la suma y obtener el puntaje crudo, se buscará transformarlo con el método, el cual consiste en buscar en la tabla por cada factor el puntaje crudo y su equivalente en porcentaje, que es la clave para determinar el nivel de percepción de calidad de vida (ver anexo 3).

Sistema de autoregistro conductual

Se trata de un cuadernillo portátil de fácil comprensión y manejo, el cual incluye dibujos que ilustran las conductas más importantes para el control de la intervención (anexo 4). También incluye cuadrículas en las que el paciente registraba la frecuencia de cada actividad del día mediante el “palomeo” de las conductas que realizaba durante la semana. El sistema de autoregistro consta de nueve áreas, de las cuales solo se tomaron cuatro. Durante catorce semanas los cuatro grupos llevaron el cuadernillo, siete semanas durante el taller y al término de este siete más, las cuales mostrarían el mantenimiento de las conductas evaluadas.

Las conductas evaluadas a las que refiere la literatura son indispensables para un estilo de vida saludable. En cuanto a “alimentación”, en el autoregistro tendrían que palomear si realizaban las cinco comidas del día, es decir, desayuno, almuerzo, comida, colación y cena durante la semana. En “ejercicio”, se les dio la indicación que palomearan el día en que realizaban la conducta, y que esta fuera mayor a 30 minutos. En “dormir bien”, de la misma manera se le pedía al participante que palomeara el día que dormía de 7 a 8 horas. Y finalmente la evaluación en “conductas de riesgo”, que incluía “dulces” (caramelos, chocolate, pan dulce, jugos embotellados o refrescos, frituras); “fumar” (de un cigarrillo en adelante) y “alcohol” (de una copa en adelante). El propósito fue que, durante el paso de las semanas, la alimentación, el ejercicio y dormir bien aumentaran paulatinamente, así como que las conductas de riesgo disminuyeran al paso de las semanas.

Validación: la validación del sistema de registro conductual se obtuvo también por jueces, para asegurar que la forma de registro fuera comprensible y las viñetas reflejaran la conducta en cuestión. Fungieron quince jueces psicólogos titulados expertos en el área de la

salud, quienes trabajaron de manera independiente e individual. Los resultados de la validación arrojaron un 100 % de consistencia interjueces respecto a la asignación de viñetas y registros de las categorías pertinentes mediante el procedimiento descrito (Cortázar, 2003).

Consentimiento informado

Se trata de un documento mediante el cual se le informó al participante sobre los objetivos del estudio y la forma de su participación activa, además de reiterarle que su participación era voluntaria y podía rehusarse o retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna (anexo 1).

RESULTADOS

Para conocer si había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, se aplicó la prueba estadística de Friedman, que compara la media de tres o más muestras con medidas repetidas, en este caso las conductas del autoregistro de las seis conductas durante las catorce semanas registradas. En el cuestionario DKN-A para pretest y posttest de los grupos I y III, así también de II y IV, los datos no fueron significativos para los cuatro grupos (ver tabla 1). Para el Instrumento WHO-QOL-Breve, versión en español, en pretest y posttest se utilizó la media de ANOVA, con el objetivo de saber si existían diferencias significativas entre los efectos experimentales para los cuatro grupos, arrojando dato significativo en posttest en el rubro de salud física, (ver tabla 2). De la misma manera se realizando la prueba de Shéffe para mostrar el efecto de grupos en relación al cambio con un nivel de significancia de $p = .8$ mostrando que el tamaño de efecto para un valor de $F= 6.845$, muestra una tendencia para los grupos I y IV los cuales presentan antecedentes de un familiar con DM (ver tabla 3).

En el caso de comparar las medias con respecto a las conductas registradas durante las catorce semanas de los grupos I y III, (ver tabla 4) así también para los grupos II y IV(ver tabla 5). Se mostró que las conductas comparadas entre grupos fueron significativas con respecto a la media. Se observa que la conducta más recurrente fue la de alimentación en sus diferentes categorías. El grupo I fue el que presentó más la conducta; esta diferencia puede deberse a que el grupo I fue expuesto al taller para hacer un cambio en las conductas evaluadas. Para el grupo III, que no obtuvo la exposición, destacó más en la conducta de consumo de alcohol durante las dos primeras semanas de seguimiento. Y para la conducta

de ejercicio se destacan las semanas 2 y 6 para el grupo I, el cual presentó esta conducta por encima del grupo III.

Para los grupos II y IV (ver tabla 5), podemos observar que la conducta de alimentación destacó para el grupo IV en las semanas 1, 3 y 4 por encima del grupo II, el cual sobresalió en la conducta de ejercicio, la cual realizó más para las semanas 6, 7, 9 10 y 13. Para la conducta de riesgo-dulces, en las semanas de seguimiento 7, 8, 9, 10, 12, 13 y 14 se muestran en una disminución de la conducta para el grupo II, la cual se pudo modificar y mantener después de la intervención. Para la conducta de riesgo-cigarro para la semana 4 en el grupo II, se presentó mayormente la conducta a diferencia del grupo IV. Para la conducta de riesgo-alcohol, el grupo II destaca mayor su consumo en la semana 5, ya que para la semana 6 el grupo IV presentó más la conducta; esto puede atribuirse a que se encontraba el grupo II en generar cambios, ya que en las posteriores semanas no se presentó un realce de dichos hábitos de riesgo.

Para el análisis del autoregistro conductual. Las conductas registradas fueron alimentación (alimentación-desayuno, alimentación-almuerzo, alimentación-comida, alimentación-colación y alimentación-cena), ejercicio, dormir bien y conductas de riesgo (dulces, fumar, alcohol). Estas fueron registradas durante catorce semanas, de las cuales las primeras siete fueron para la intervención de los grupos I y III, así como también el llenado del autoregistro conductual de los grupos II y IV; las siguientes siete semanas fueron para el seguimiento del registro de conductas para los grupos I, II, III y IV.

En el análisis para el autoregistro conductual, se muestra que para el grupo I, tres conductas son estadísticamente significativas, las cuales fueron alimentación-almuerzo, en la que se observa una $p = 0.002$, , con una media en la semana 1 de 3.6667 y la

semana 14 finaliza con 2.0000; la de sueño muestra una $p = 0.001$, la semana 1 muestra la media de 4.6000 y la semana 14 finaliza con una media de 6.5333; y en la de riesgo-dulces se mostró una $p = 0.009$ se inició con una media de 4.6000 y la semana 14 contó con 2.2667.

Para el grupo II, la prueba estadística de las conductas registradas arrojó cuatro, las cuales se muestran estadísticamente significativas: de alimentación-colación, que obtuvo una $p = 0.004$, con una media en la semana 1 de 3.0909 y para la semana 14 de 4.1818. En la conducta de ejercicio de la semana 1 la media corresponde a 1.4545 y finaliza la semana 14 con una media de 3.009 con $p = 0$. Para la conducta de sueño se puede apreciar una $p = 0.000$, y se muestra en la semana 1 la media de 4.000 y finaliza en la semana 14 con una media de 5.4545. Para la conducta de riesgo-dulces se señala una $p = 0.13$, donde se aprecia que en la semana 1 se observa una media de 4.6364. Finalmente la semana 14 contó con una media de 2.1818.

Para el grupo III la prueba muestra que tres conductas son estadísticamente significativas, las cuales son alimentación-colación, que obtuvo una $p = 0.001$,

y en la semana 1 una media de 1.100 y para la semana 14 una media de 1.7000. La de sueño muestra una $p = 0.006$ y una media en la semana 1 de 4.600 y para la semana 14 una media de 5.4000. Y la de riesgo-alcohol cuenta con una $p = 0.009$ una media de 1.3000 para la semana 1 y una media de 0.5000 para la semana 14.

La prueba de Friedman muestra que para el grupo IV se presentan dos conductas estadísticamente significativas: alimentación-desayuno, con $p = 0.26$, y una

media en la semana 1 de 6.6923; y para la semana 14 una media de 6.2308. En la de alimentación-colación una $p = 0$, con una media en la semana 1 de 2.0000 y para la semana 14 una media de 2.3846.

Finalmente cada uno de los cuatro grupos se inició con un total de 15 participantes cada uno. En el grupo I no se presentó mortalidad experimental; sin embargo, 4 participantes abandonaron el grupo II. Para el grupo III, se perdieron cinco participantes; y finalmente 2 participantes abandonaron el grupo IV, lo que dio una mortalidad experimental de 9 participantes.

Tabla 1

Resultados de los grupos I, II, III y IV en el cuestionario DKN-A.

Pretest		Postest	
	Sig.		Sig.
0.629	0.890	5.440	0.142

Tabla 2

Resultados la prueba de ANOVA de los grupos I, II, III y IV en el Instrumento WHO-QOL-Breve.

Áreas	Pretest	Sig.	Posttest	Sig.
Salud física	1	0.610	2	0.051*
Salud psicológica	1	0.751	2	0.327
Relaciones sociales	1	0.982	2	0.465
Ambiente	1	0.301	2	0.807

*Estadísticamente significativa

Tabla 3

Resultados de la prueba de la F de Shéffe, entre los grupos I, II, III y IV.

Combinación de Grupos	F
I y II	0.277
I y III	0.001
I y IV	6.845
II y III	0.017
II y IV	3.647
III y IV	5.240

Tabla 4

Comparación de las conductas entre los grupos I y III.

Conductas	gl.	p	Media
Alimentación-desayuno (seguimiento semana 9)	1	0.045	I = 14.90 III = 10.15
Alimentación-almuerzo (semana 1)	1	0.005	I = 16.33 III = 8.00
Alimentación-almuerzo (semana 3)	1	0.025	I = 15.63 III = 9.05
Alimentación-comida (semana 1)	1	0.007	I = 10.00 III = 17.50
Ejercicio (semana 2)	1	0.051	I = 15.17 III = 9.75
Ejercicio (semana 6)	1	0.056	I = 15.27 III = 9.60
Conducta de riesgo-alcohol (semana 1)	1	0.026	I = 10.53 III = 16.70
Conducta de riesgo-alcohol (seguimiento semana 9)	1	0.048	I = 10.80 III = 16.30
Conducta de riesgo-alcohol (seguimiento semana 10)	1	0.038	I = 10.70 III = 16.45

Se muestra la comparación de las conductas entre los grupos I y III, en relación al incremento y decremento en las medias durante las 14 semanas de autoregistro.

Tabla 5

Comparación de las conductas entre los grupos II y IV.

Conductas	gl.	p	Media
Alimentación-desayuno (semana 1)	1	0.003	II = 8.45 IV = 15.92
Alimentación-desayuno (semana 3)	1	0.030	II = 9.91 IV = 14.69
Alimentación-desayuno (semana 4)	1	0.016	II = 9.45 IV = 15.08
Ejercicio (semana 6)	1	0.019	II = 16.05 IV = 9.50
Ejercicio (semana 7)	1	0.023	II = 16.00 IV = 9.54
Ejercicio (seguimiento semana 9)	1	0.007	II = 16.64 IV = 9.00
Ejercicio (seguimiento semana 10)	1	0.041	II = 15.59 IV = 9.88
Ejercicio (seguimiento semana 13)	1	0.024	II = 15.91 IV = 9.62
Conducta de riesgo-dulces (seguimiento semana 7)	1	0.006	II = 8.23 IV = 16.12
Conducta de riesgo-dulces (seguimiento semana 8)	1	0.005	II = 8.14 IV = 16.19

Conducta de riesgo-dulces (seguimiento semana 9)	1	0.068	II = 9.68 IV = 14.88
Conducta de riesgo-dulces (seguimiento semana 10)	1	0.050	II = 9.45 IV = 15.08
Conducta de riesgo-dulces (seguimiento semana 12)	1	0.005	II = 8.14 IV = 16.19
Conducta de riesgo-dulces (seguimiento semana 13)	1	0.043	II = 9.36 IV = 15.15
Conducta de riesgo-dulces (seguimiento semana 14)	1	0.018	II = 8.86 IV = 15.58
Conducta de riesgo-fumar (semana 4)	1	0.049	II = 14.27 IV = 11.00
Conducta de riesgo-alcohol (semana 5)	1	0.049	II = 14.27 IV = 11.00
Conducta de riesgo-alcohol (semana 6)	1	0.025	II = 9.41 IV = 15.12

Se muestra la comparación de las conductas entre los grupos II y IV, en relación al incremento o decremento en las medias durante las 14 semanas de autoregistro.

Figura 1

Cambios en la conducta durante el proceso de intervención de los grupos I, II, III y IV.

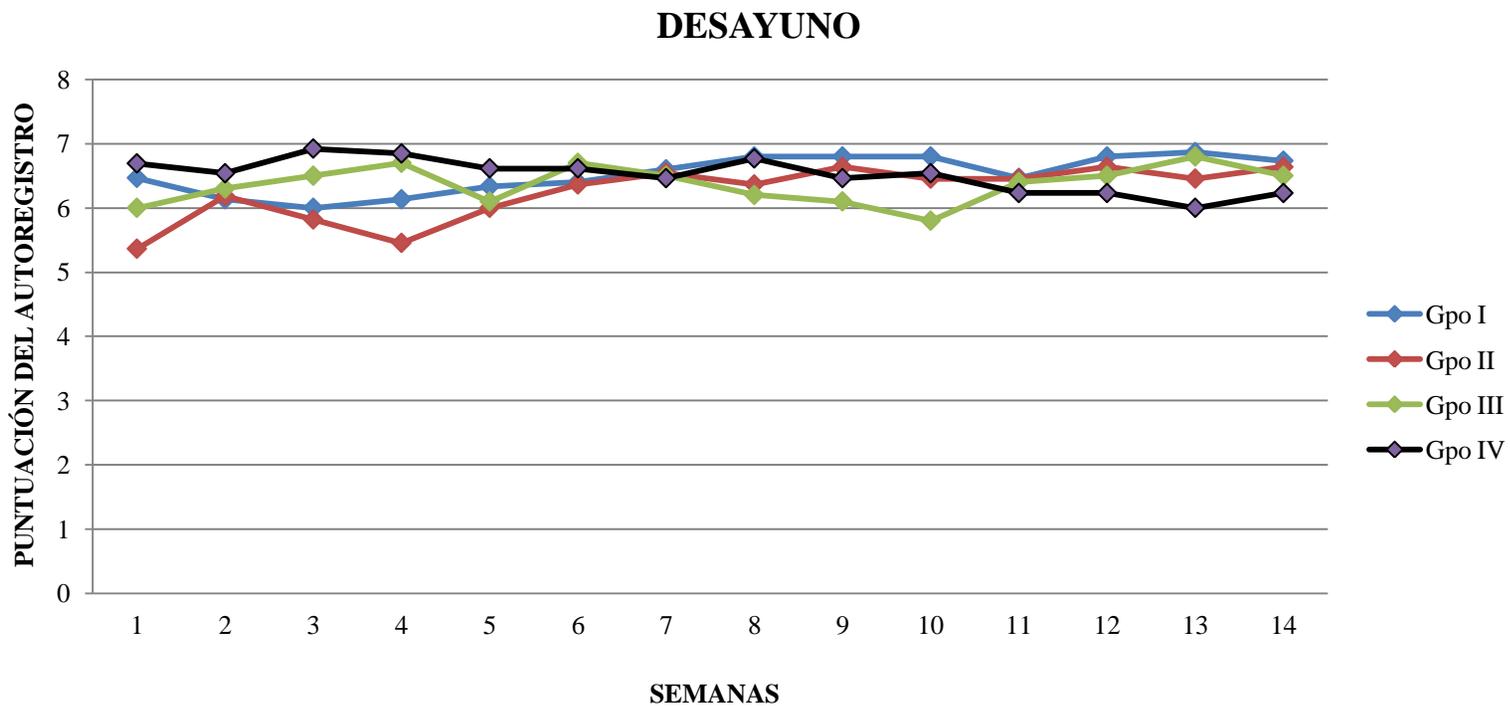


Figura 1. Se muestran los grupos I, II, III y IV, en la transición de conducta durante las 14 semanas, desatacando el grupo IV que aumento en la conducta alimentación-desayuno, la cual fue estadísticamente significativa.

Figura 2

Cambios en la conducta durante el proceso de intervención de los grupos I, II, III y IV.

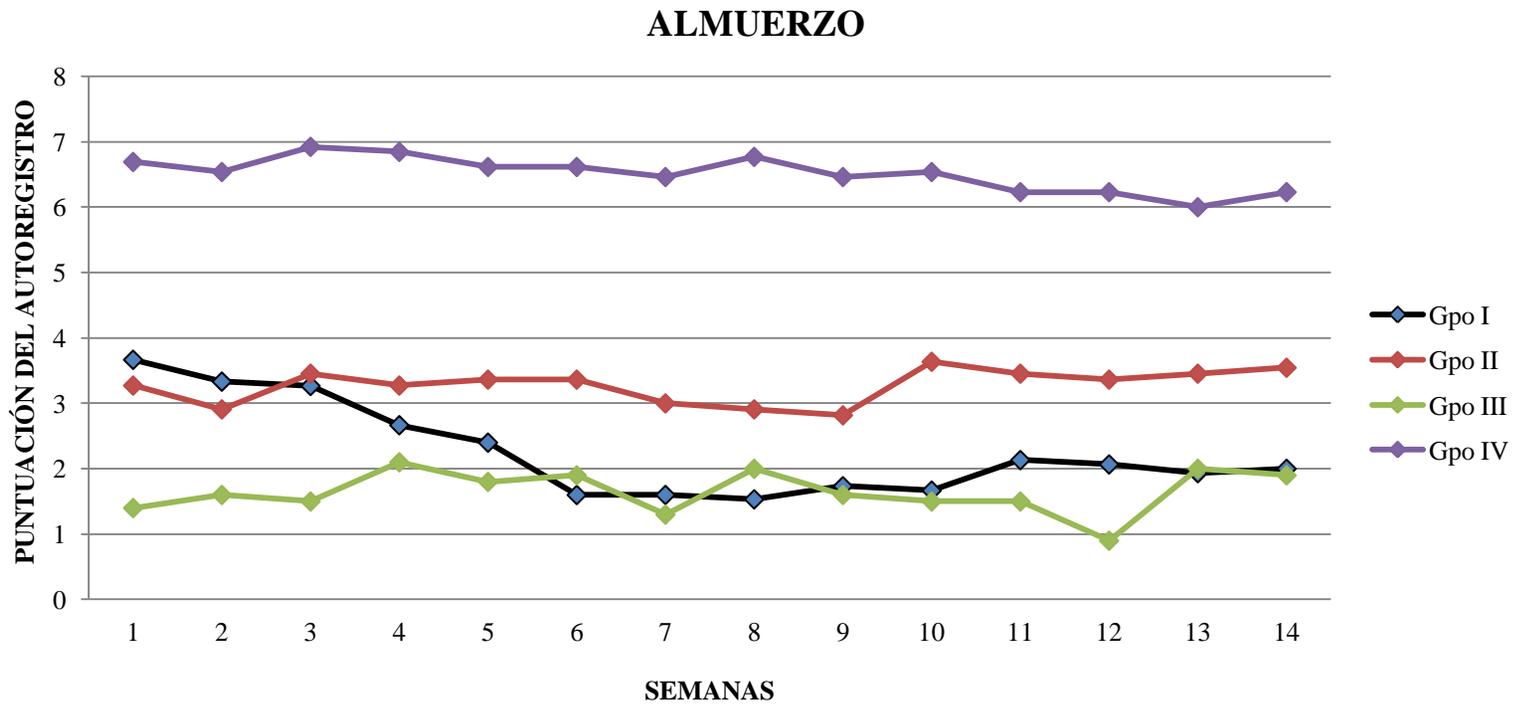


Figura 2. Se muestran los grupos I, II, III y IV, en la transición de conducta durante las 14 semanas, desatacando el grupo I en la conducta alimentación-almuerzo, el cual fue estadísticamente significativo

Figura 3

Cambios en la conducta durante el proceso de intervención de los grupos I, II, III y IV.

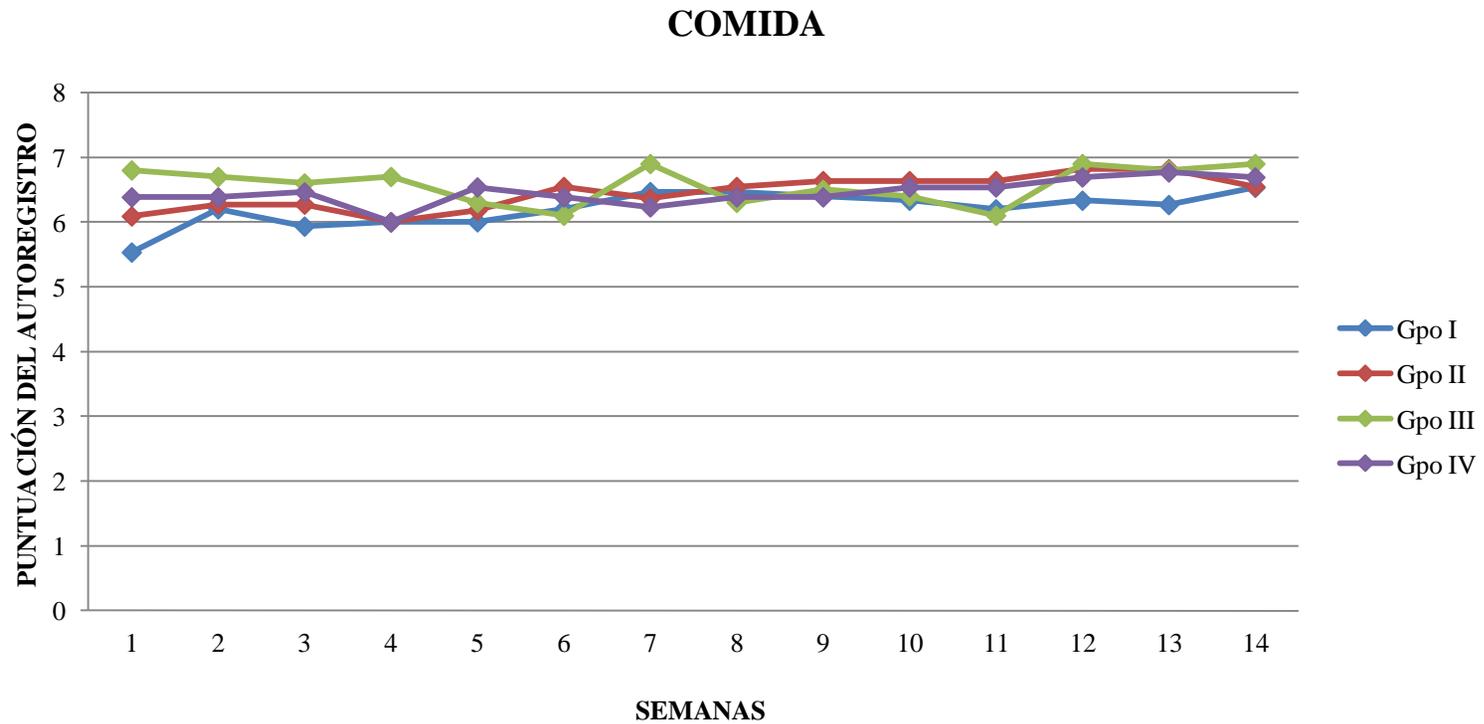


Figura 3. Se muestran los grupos I, II, III y IV, en la transición de la conducta alimentación-comida, la cual no mostro cambios significativos para los cuatro grupos durante las 14 semanas de intervención.

Figura 4

Cambios en la conducta durante el proceso de intervención de los grupos I, II, III y IV.

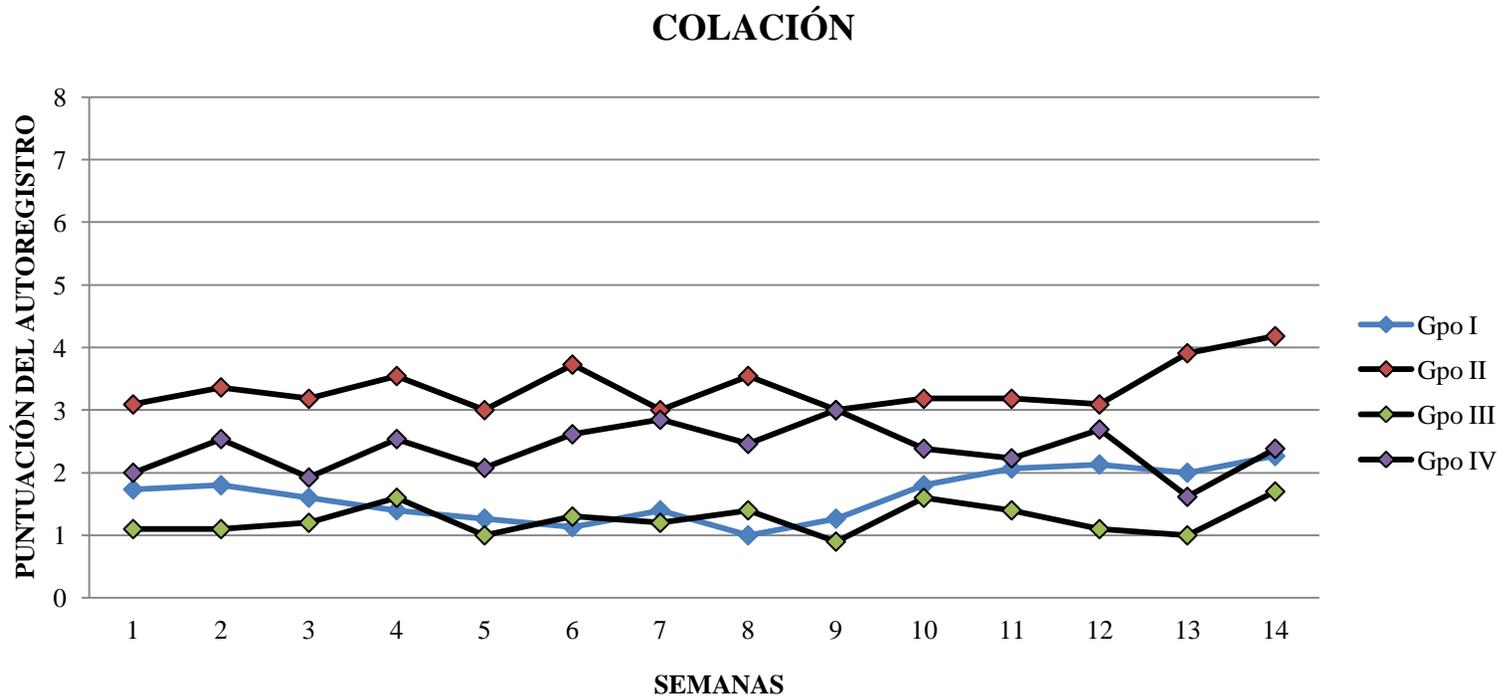


Figura 4. Se muestran los grupos I, II, III y IV, en la transición de la conducta alimentación-colación durante las 14 semanas, desatacando los grupos II, III y IV los cuales aumentaron la conducta, siendo estadísticamente significativos.

Figura 5

Cambios en la conducta durante el proceso de intervención de los grupos I, II, III y IV.

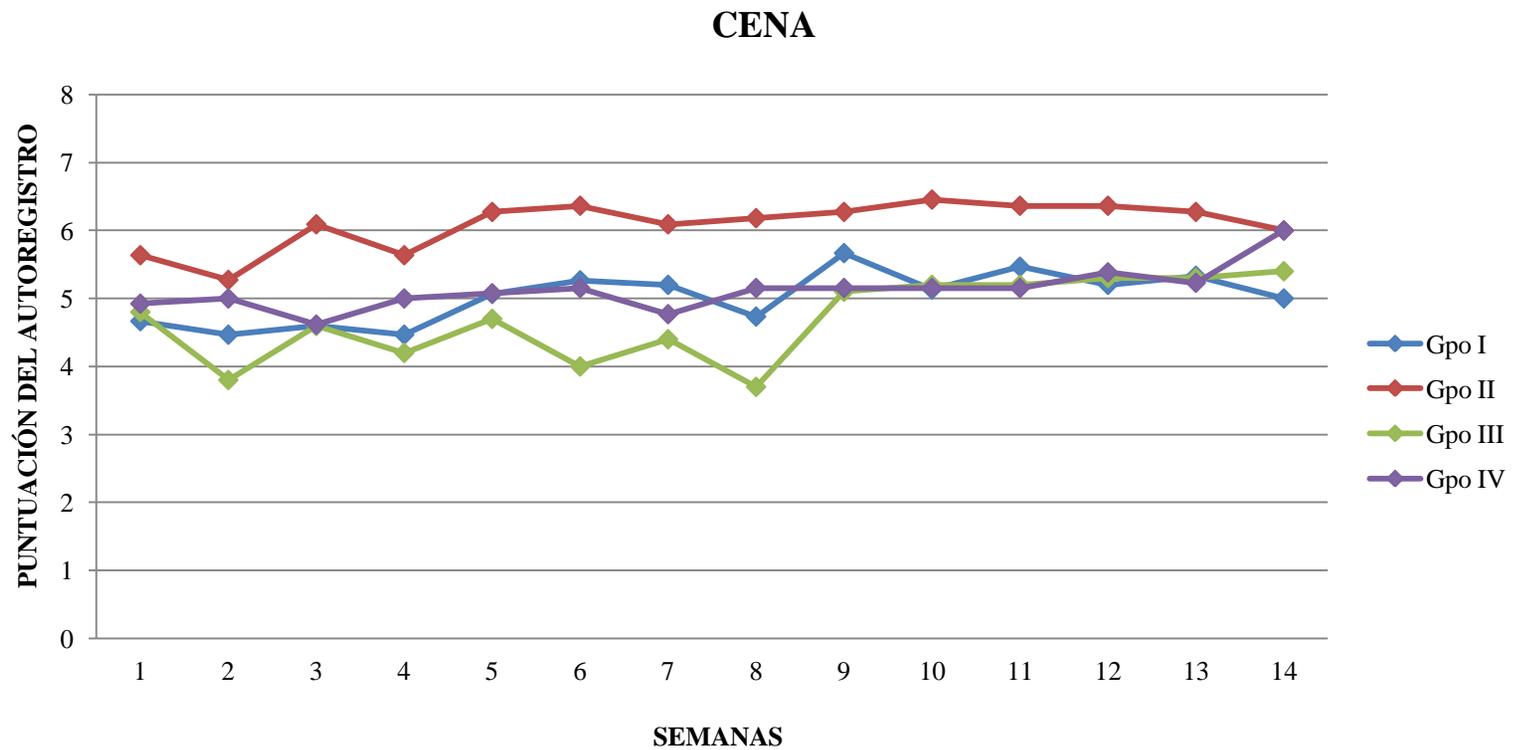


Figura 5. Se muestran a los grupos I, II, III y IV, en la transición de conducta alimentación-cena, la cual no mostro cambios significativos para los cuatro grupos durante las 14 semanas de intervención.

Figura 6

Cambios en la conducta durante el proceso de intervención de los grupos I, II, III y IV.

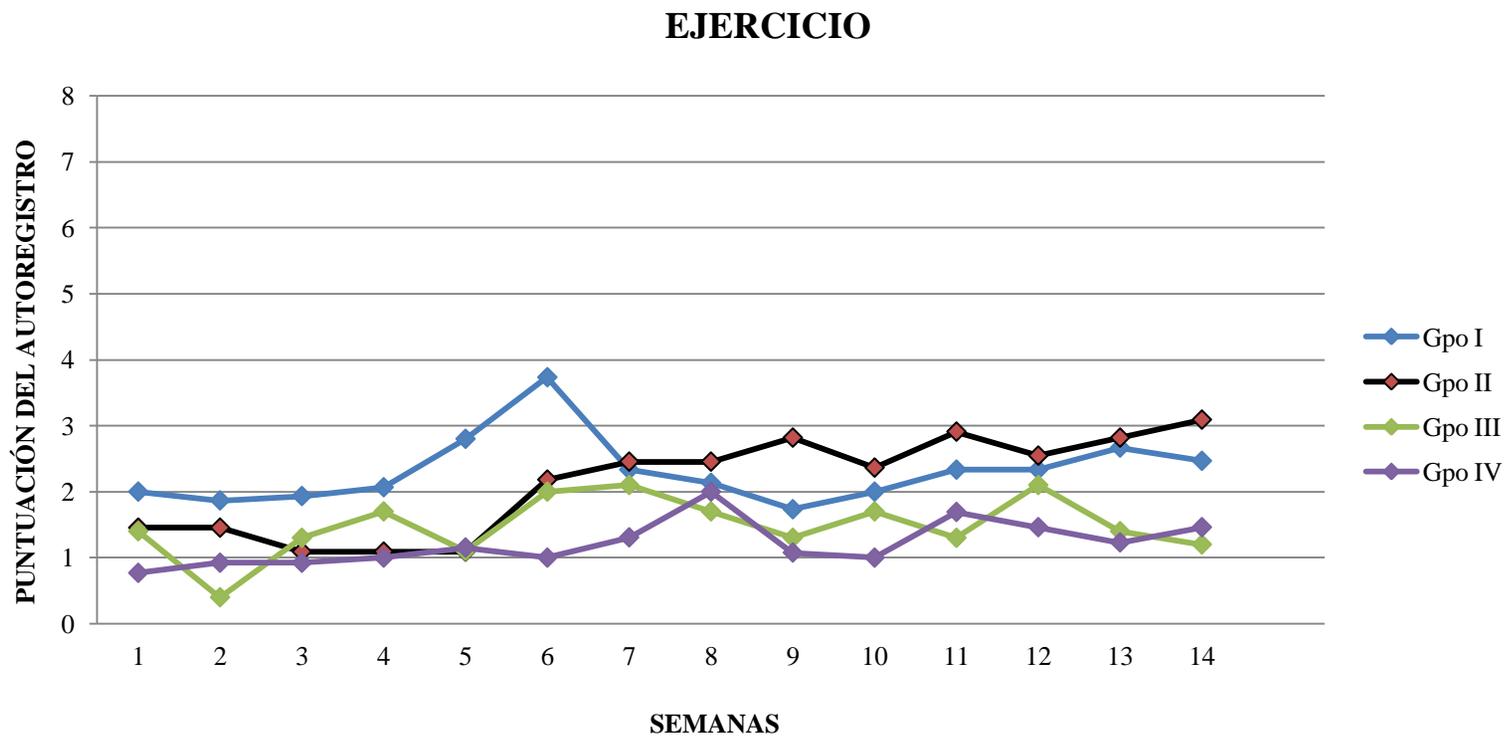


Figura 6. Se muestran a los grupos I, II, III y IV, en la transición de la conducta ejercicio durante las 14 semanas, desatacando el grupo II, el cual aumento la conducta y fue estadísticamente significativo.

Figura 7

Cambios en la conducta durante el proceso de intervención de los grupos I, II, III y IV.

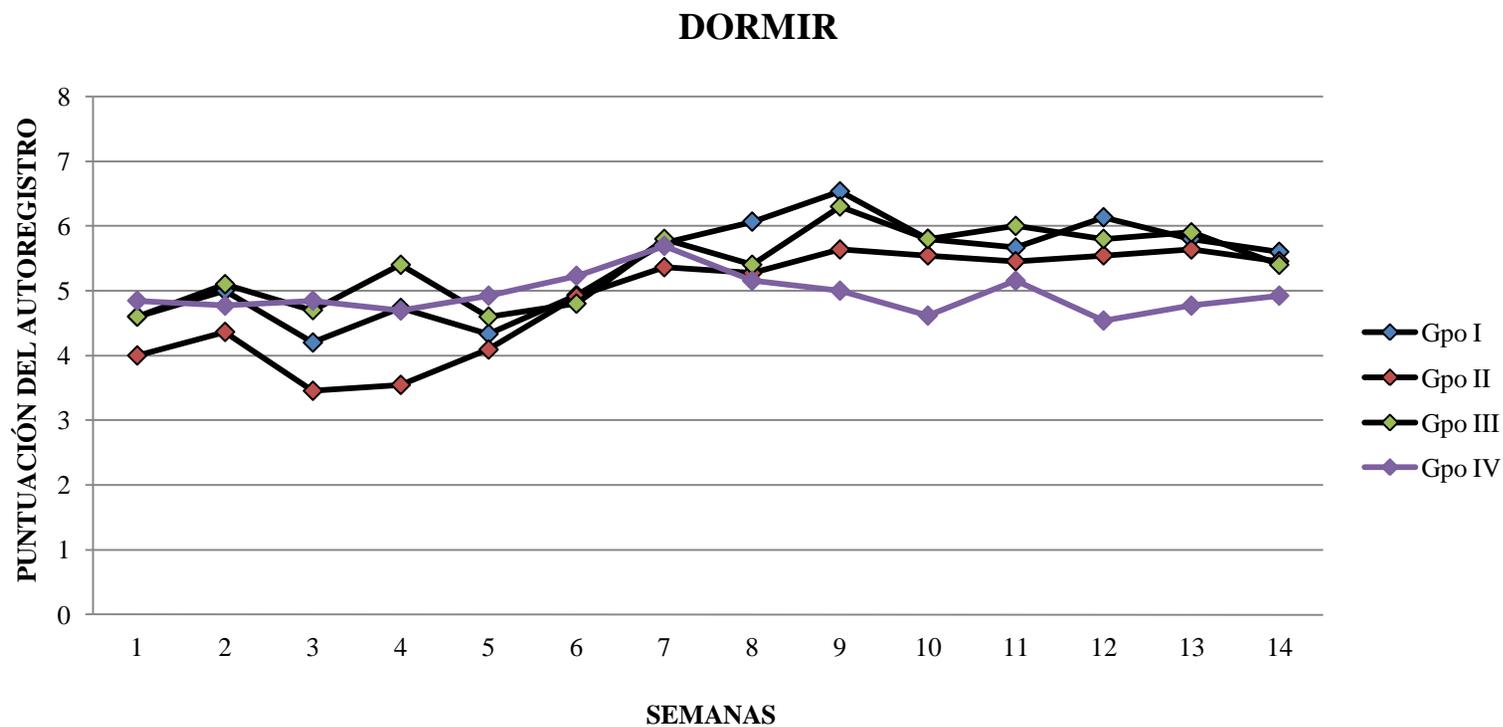


Figura 7. Se muestran a los grupos I, II, III y IV, en la transición de conducta dormir durante las 14 semanas, desatascando a los grupos I, II y III, los cuales fueron estadísticamente significativos al aumentar la conducta.

Figura 8

Cambios en la conducta durante el proceso de intervención de los grupos I, II, III y IV.

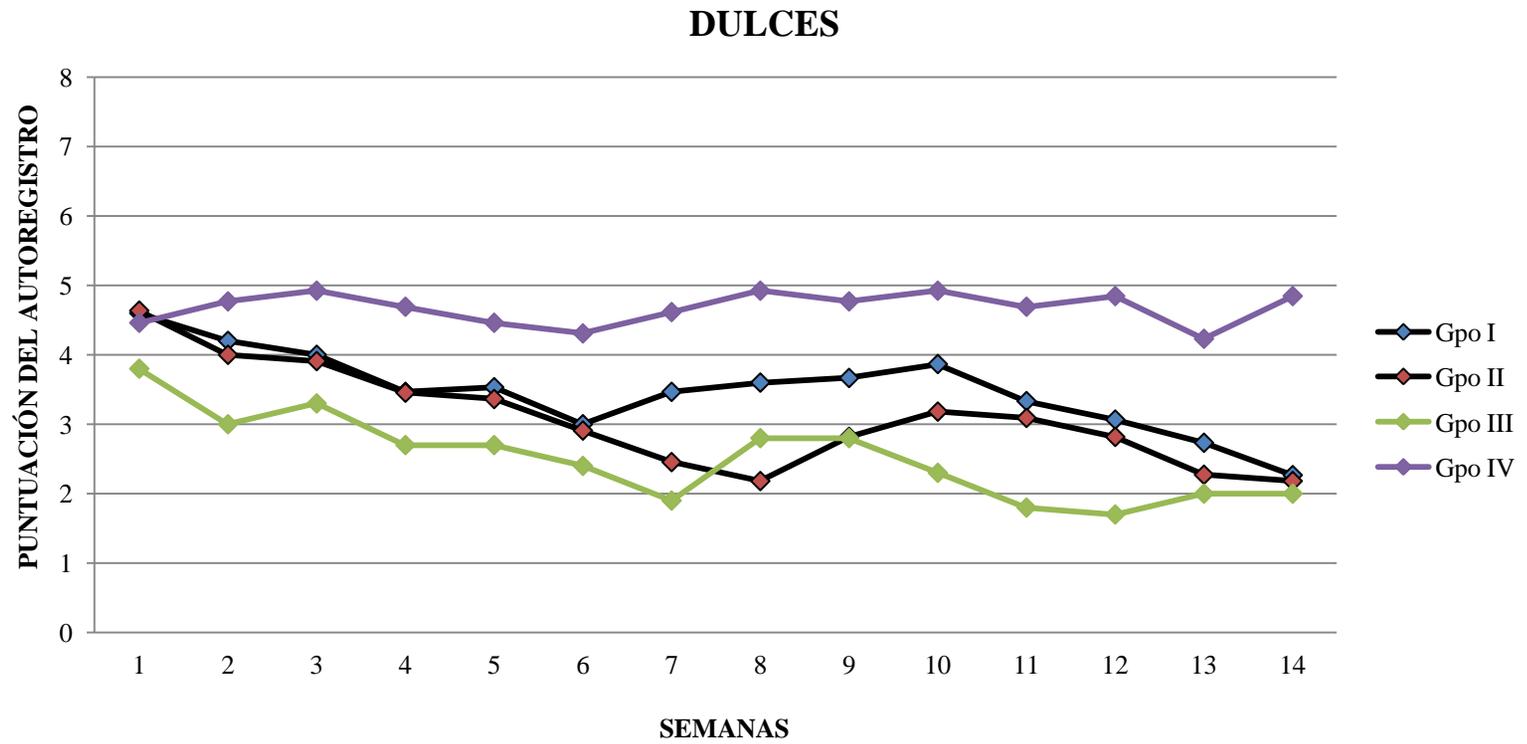


Figura 8. Se muestran a los grupos I, II, III y IV, en la transición de conducta riesgo-dulces durante las 14 semanas, desatacando los grupos I y II, los cuales disminuyeron el consumo y fueron estadísticamente significativos.

Figura 9

Cambios en la conducta durante el proceso de intervención de los grupos I, II, III y IV.

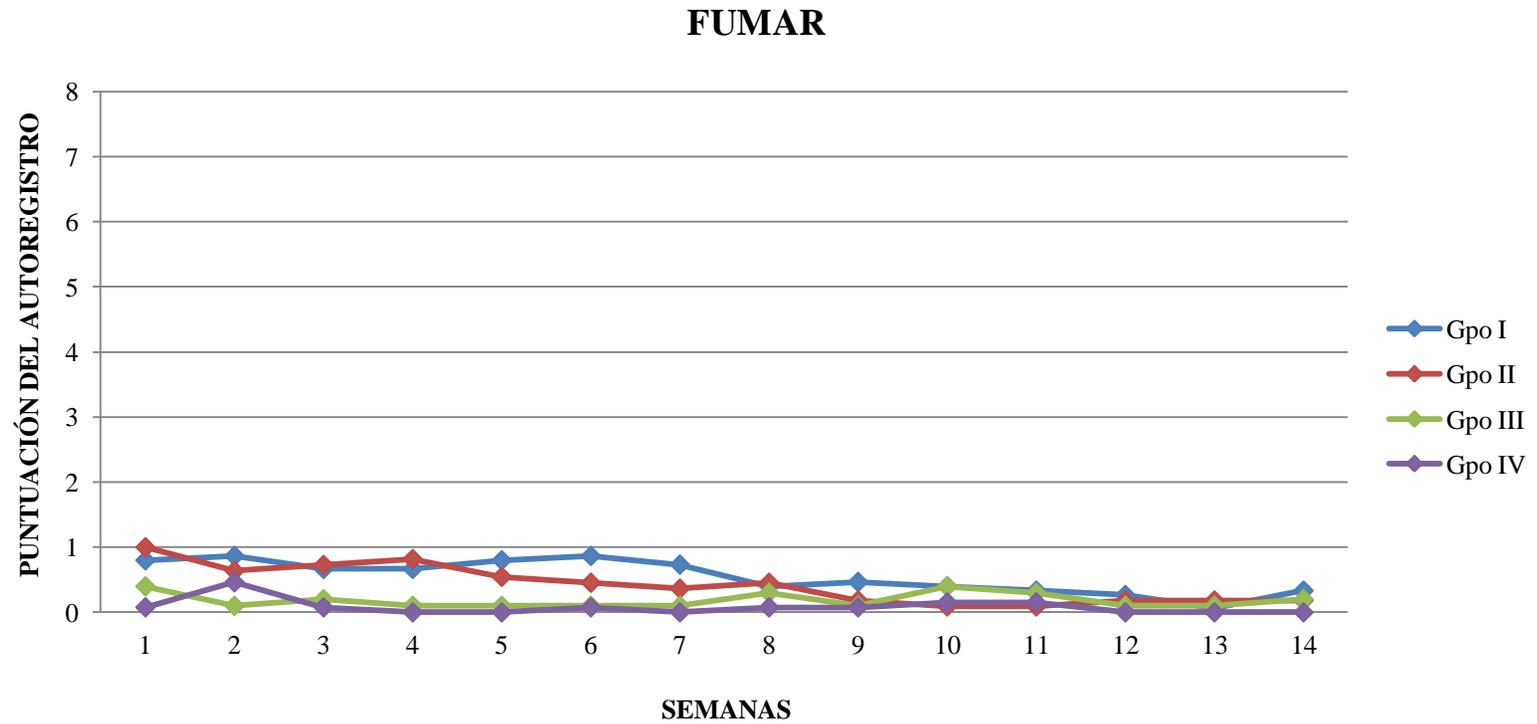


Figura 9. Se muestran a los grupos I, II, III y IV, en la transición de conducta riesgo-fumar, observando que no hay cambios significativos durante las 14 semanas de intervención.

Figura 10

Cambios en la conducta durante el proceso de intervención de los grupos I, II, III y IV.

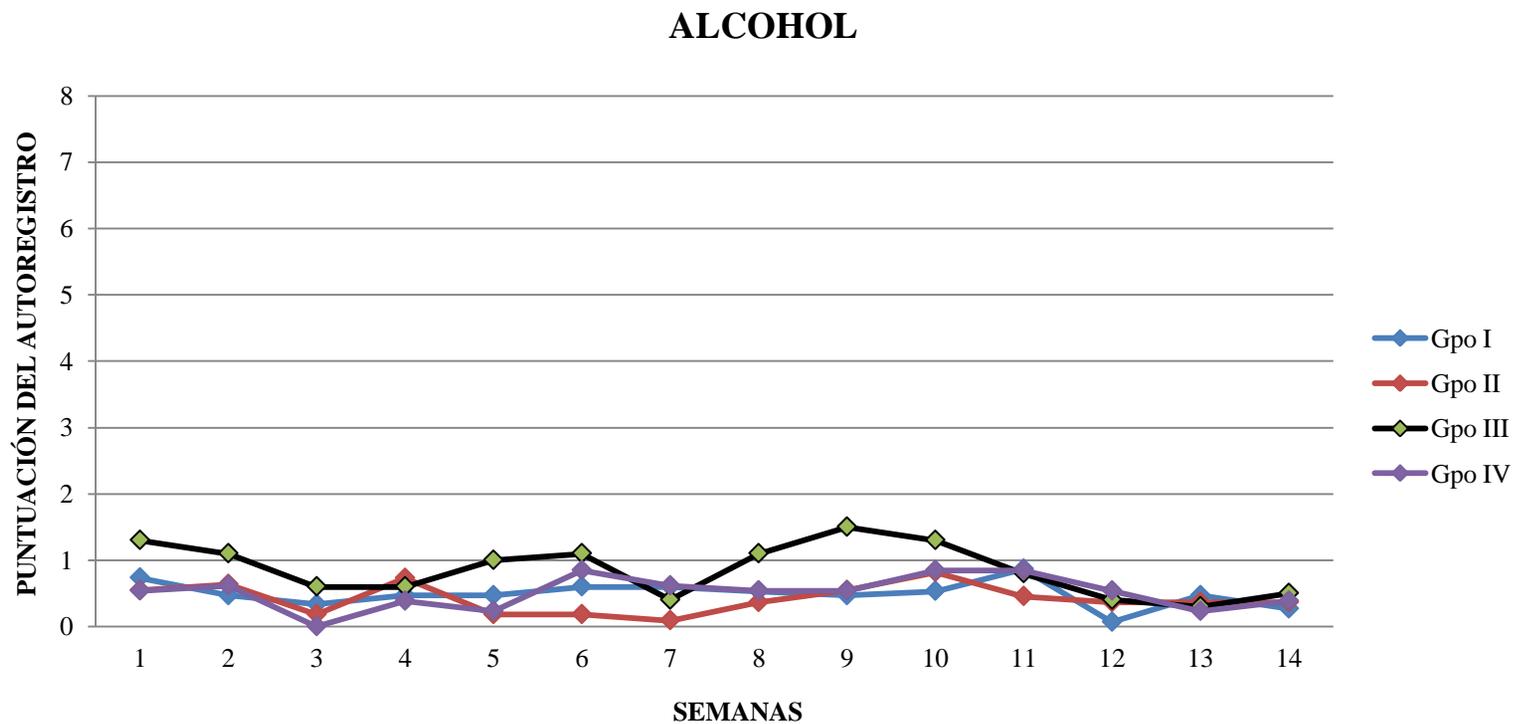


Figura 10. Se muestran a los grupos I, II, III y IV, en la transición de conducta riesgo-alcohol durante las 14 semanas, desatacando el grupo III, disminuyendo paulatinamente el consumo, siendo estadísticamente significativo.

Discusión y conclusión

En los últimos años se ha incrementado la diabetes mellitus. Anteriormente la prevalencia del diagnóstico era en adultos; actualmente se diagnostica también en jóvenes adultos y niños. La falta de consultas médicas preventivas y de información sobre las consecuencias físicas, psicológicas y económicas, aunada a los malos hábitos que rigen hoy en día la vida de las personas, ha contribuido al incremento del diagnóstico. Existen diversas instituciones que están conteniendo la enfermedad en el paciente diagnosticado; sin embargo, se presentan consecuencias graves por el mal cuidado, con secuelas como pérdida de la vista, diálisis, amputación de alguna extremidad, daño de los nervios periféricos, entre otros, que pueden llevarlo a la muerte. Debido a esto, es necesario implementar estrategias preventivas que doten de información adecuada para su nivel educativo, socioeconómico y cultural. Estos tres factores contribuyen de manera importante en el impacto de los cuidados que deben tenerse para evitar las graves consecuencias de un diagnóstico desfavorable para la salud.

Es por ello que en el presente estudio se propuso una estrategia de intervención preventiva que ayudará a fomentar el aprendizaje de un estilo de vida saludable en aquella población vulnerable por un antecedente directo de la enfermedad, con el fin de dotar al participante de información fidedigna para el aprendizaje y de estrategias para la modificación de sus conductas, ya que estas son determinantes para no adquirir un diagnóstico desfavorable.

En el desarrollo práctico de la investigación se observaron hallazgos estadísticamente significativos en el postest del Instrumento WHO-QOL-Breve, versión en español, arrojando dato significativo en postest en el rubro de salud física, (ver tabla 2). De

la misma manera se observa el efecto de grupos en relación al cambio, muestra una tendencia para los grupos I y IV los cuales presentan antecedentes en un familiar de primer grado con DM, se puede inferir que el tamaño del efecto se ve afectado por el número de la muestra que presentan los cuatro grupos, sin embargo se observa la tendencia que al aumentar el número de participantes se pueda ver mayormente el efecto que produce la psicoeducación en una población vulnerable (ver tabla 3). En la intervención para la modificación de la conducta se administraron siete sesiones, lo que arrojó datos importantes en el comportamiento de los grupos. Se observaron datos significativos para las conductas analizadas de los grupos I y II, los cuales estuvieron expuestos a la intervención y mostraron favorablemente que el grupo I tuvo un aumento en las conductas de alimentación-almuerzo y sueño en las primeras siete semanas, y un mantenimiento de las conductas en las semanas posteriores a la intervención, con una disminución favorable de la conducta de riesgo-dulces. Para el grupo II, las conductas alimentación-colación, ejercicio y sueño tuvieron un aumento y mantenimiento a lo largo de las catorce semanas, con una disminución de la conducta de riesgo-dulces. Para el grupo III, el cual no estuvo expuesto a la intervención, los datos arrojaron que las conductas de alimentación-colación y sueño son significativas, ya que a lo largo de las catorce semanas de autoregistrarse, estas conductas se acrecentaron paulatinamente; para este mismo grupo se modificó su consumo de alcohol, ya que este disminuyó. En el grupo IV se modificaron dos conductas: alimentación-desayuno y alimentación-colación, que a lo largo de las catorce semanas mostraron un aumento y mantenimiento, para lo que se llevó solamente el autoregistro conductual, ya que este grupo no tuvo intervención.

De la misma manera, se llevó a cabo una comparación entre los grupos I y III, los cuales presentan antecedentes de diabetes mellitus en un familiar de primer grado, y los

grupos II y IV, los cuales no presentaron antecedentes, recordando que los grupos I y II tuvieron intervención. En relación con las conductas registradas durante las catorce semanas, se encontró que el grupo I, en las conductas de alimentación durante las semanas 1, 3 y 9, estuvo por arriba del grupo III; en la conducta de ejercicio hubo un aumento favorecedor en las semanas 2 y 6; para la conducta de riesgo-alcohol en las semanas 1, 9 y 10 el grupo I estuvo por debajo del grupo III.

Al cotejar los grupos II y IV, se muestra que el grupo II tuvo un mejor comportamiento en la conducta de alimentación en las semanas 1, 3 y 4, y en la de ejercicio en las semanas 6, 7, 9, 10 y 13. La conducta riesgo-dulces disminuyó favorablemente durante las semanas 7, 8, 9, 10, 12, 13 y 14, y se mantuvo por 7 semanas consecutivas. El grupo II presentó más la conducta riesgo-fumar, en comparación con el grupo IV. Finalmente, en la conducta de riesgo-alcohol, en la semana 5 el grupo II presentó más esta conducta, pero hacia la semana 6 esta disminuyó en comparación con el grupo IV.

De acuerdo con los datos obtenidos, se observa que el grupo II, el cual estuvo expuesto a la intervención y no presenta antecedentes de diabetes mellitus, muestra más cambios favorables en cuatro de seis conductas evaluadas, y aumentó en las de alimentación-colación, ejercicio y sueño, y disminuyó en la de riesgo-dulces. El grupo I, que presenta antecedentes y estuvo expuesto a la intervención, obtuvo tres conductas modificadas de diez, las cuales son alimentación-almuerzo y sueño, que aumentaron favorablemente, y la de riesgo-dulces, la cual fue disminuida, así como también se ve un efecto favorable en tendencia hacia el rubro de Salud física en el Instrumento de WHO-QOL-Breve. El grupo III presenta antecedentes, pero no estuvo expuesto a la intervención; en este grupo aumentaron las conductas de alimentación-colación y sueño, y disminuyó la de riesgo-alcohol. En el grupo IV, que no presenta antecedentes y no tuvo presencia en la

intervención, se modificaron dos conductas: alimentación-desayuno y alimentación-colación, favorablemente, además de observar una tendencia favorable al cambio en rubro de Salud física en el Instrumento de WHO-QOL-Breve.

Expuesto lo anterior, podemos decir que sí se producen diferencias significativas al recibir un programa de intervención sobre las conductas que favorecen el estilo de vida saludable, ya que en los dos grupos expuestos se presentaron hallazgos que señalan cambios en las conductas que favorecerán su salud y podrán disminuir el riesgo de contraer un diagnóstico de diabetes mellitus. Como señala Riveros (2005) en “Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales”, el estudio evaluó los efectos de una intervención de tipo cognitivo-conductual administrada individualmente sobre la calidad de vida, la ansiedad, la depresión, los estilos de afrontamiento, la adherencia terapéutica y el bienestar de un grupo de pacientes crónicos. En general, los resultados señalan que las intervenciones empleadas resultaron eficaces para mejorar el estado de las variables abordadas.

En este caso, al ser una intervención preventiva, es importante señalar que con la muestra que se trabajó en esta investigación, su salud aparentemente es buena, ya que no se tomaron en cuenta las condiciones de salud del participante para la intervención al contemplar solo los antecedentes de diabetes mellitus por parte de un familiar de primer grado (padres), que bien puede ser un factor importante para tomar en cuenta. Los datos anteriores nos dan una perspectiva de cuáles son las conductas que se deben atender con más precisión para generar un cambio en las conductas que desfavorecen la salud del participante.

El grupo II, que tuvo mayores cambios en las conductas evaluadas, no presentaba antecedentes; esto nos puede hablar de que existe una conciencia del estado de salud que poseen y que pueden mejorar para acercarse a un estilo de vida saludable óptimo, seguido del grupo I con antecedentes que, al estar en convivencia con la enfermedad, se esperaría que hubiera mayor conciencia de cambio; esto no fue así. Sin embargo, sí existen diferencias significativas en algunas de las conductas evaluadas que van dirigidas a un mejoramiento del el estilo de vida. Para los grupos III y IV, los cuales no tuvieron intervención, pero realizaron cambios significativos en las conductas que se estaban evaluando, se mostró que el autoregistro fue una herramienta eficaz, que lleva al participante a concientizarse sobre las conductas que realiza, monitorearse y modificar aquellas conductas que consideran buenas para su salud o que pueden dañarla. Riveros (2005), en “El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual”, muestra que los resultados revelaron mejoría notoria en las destrezas de los pacientes para cuidar su salud y adherirse a regímenes terapéuticos. Esto ocurrió a pesar de que algunos de estos regímenes suelen ser complejos, demandantes y prolongados para el paciente.

Vargas (2010), en el “Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, confirma que la educación relacionada con las enfermedades crónicas, como la diabetes, es imprescindible para el mejoramiento en los niveles séricos de glucosa, así como para mejorar la calidad de vida y el nivel de conocimientos. Sin embargo, se demuestra que al no haber un seguimiento de la intervención, los logros obtenidos se pierden, lo que hace retornar a un mal control del paciente diabético. El presente estudio pretende sensibilizar tanto a los pacientes como al personal médico y paramédico acerca de que las

intervenciones educativas deben ser continuas, para mejorar la calidad de vida y el nivel de conocimientos, y así mantener un control bioquímico adecuado del paciente diabético.

Es importante considerar que la adquisición de malos hábitos a lo largo de nuestra vida no es más que el desconocimiento de información de las consecuencias a largo plazo que esto puede alcanzar, ya que la falta de educación y el ritmo de vida que se lleva dentro y fuera de casa invita al individuo a crear malos hábitos que contribuirán a enfermedades crónicas degenerativas que afectan a la salud física y psicológica que mermarán su bienestar.

Para el grupo I, se plantea una tendencia hacia la creencia de que los cambios benéficos hacia los patrones conductuales representan un costo más que un beneficio, ya que al no ver un reforzador inmediato y los cambios no son tangibles puede generar la creencia de que no se generan cambios benéficos a pesar de la modificación que puedan generar. Sin embargo es distinto para el grupo II ya que se ve mayor tendencia al cambio, quizás debido a que existe una concepción de obtener beneficios que aplacen los costos o bien que no se generen los daños a su salud si modifican conductas para una calidad de vida óptima.

Se considera que un primer alcance fue crear un taller, por medio del cual se buscó desarrollar el aprendizaje de los participantes, con el fin de establecer cambios en las conductas que rigen su salud, y que estos pudieran ser clave para tener una calidad de vida adecuada. En el modelo formulado se plantean cambios para mejorar estrategias y acciones de actividad y autocuidado, que orienten al participante en el cambio hacia hábitos favorables que les permitan desarrollarse activamente en el área biopsicosocial.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, existen tres puntos a considerar que pueden contribuir mayormente a esta investigación. Primeramente,

considerar a ambos padres para responder el cuestionario de tamizaje, ya que en esta primera intervención se toma en cuenta a solo uno de ellos. En seguida, recabar información fisiológica del estado de salud del participante previamente a la intervención y al finalizarla, con el objetivo de tener datos que puedan señalar la existencia de cambios fisiológicos, debido a la modificación de conducta que se trabaje en la intervención. Y en último lugar poder replicar el programa de intervención con una muestra mayor para los grupos, replicar el programa en distintas poblaciones que permitan analizar el efecto de la intervención en conjunto de un seguimiento de tres, seis y nueve meses, con la finalidad de ver el efecto de la intervención que permita perfeccionarlo y poder expenderlo a la población general, con el objetivo de realizar una concientización de la promoción de un estilo de vida saludable en una intervención primaria.

A pesar de que los participantes presentan un buen puntaje en el conocimiento de la diabetes y de su autocuidado, todavía así no modificaron las conductas completamente para un estilo de vida saludable. Se refuerza la necesidad permanente de evaluar las conductas y el estado de salud que tengan significado para los participantes, que muestren disposición para el aprendizaje y refuercen las conductas positivas con los beneficios de un estado de salud óptimo para su calidad de vida.

Es preciso continuar buscando estrategias educativas que viabilicen la prevención, además de obtener el conocimiento para el cuidado de la salud día a día que con la información adquirida pueda transformar su actitud frente a los cuidados, teniendo en consideración las particularidades de cada paciente, estando alerta ante las dificultades que pueda presentar para modificar su estilo de vida, y que le sea más factible adquirir los cambios necesarios.

REFERENCIAS

Alpízar Salazar (2008). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*, Alfil, México.

Brannon Linda y Feist Jess (2004). *Psicología de la salud*, Paraninfo Thomson Learning.

Caballo E., Vicente (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*.
Siglo Veintiuno, España.

Carballido Vieyra, Jannet (2003). *Calidad de vida en pacientes crónicos y adherencia terapéutica: un estudio exploratorio* (tesis inmediata de licenciatura), UNAM.

Cortazar Palapa, Jackeline Minerva (2003). *Calidad de vida en pacientes diabéticos* (tesis inmediata de licenciatura), UNAM,

Casanueva Esther, Martha Kaufer-Horwitz, Pérez Lizaur y Pedro Arroyo (2010).
Nutriología Médica, Editorial Médica Panamericana, México.

Del Castillo Arreola A, (2010) *Apoyo Social, síntomas depresivos, autoeficacia y bien estar psicológico en pacientes con diabetes tipo 2*. (Tesis doctoral). Cuestionario de datos sociodemográficos pp. 180 y 181. Recuperado en <http://bc.unam.mx/index-alterno.html>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Resultados Nacionales (2012). Instituto Nacional de Salud Pública. pp. 88 y 108 Recuperado en <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

- Esquivel Hernández, Rosa Isabel, Silvia María Martínez Correa y José Luis Martínez Correa (2005). *Nutrición y salud*, Manual Moderno, México,
- Gago Huguet (1999). *Elaboración de cartas descriptivas guía para preparar el programa de un curso*, Trillas, México.
- Getchell Bud (2008). *Acondicionamiento físico. Cómo mantenerse en forma*, Limusa, México.
- González Celis y Sánchez Sosa (2001). Instrumento WHO-QOL-BREVE, VERSIÓN ESPAÑOL
- González Manteig, Pérez de Vargas (2009). *Estadística aplicada a una versión instrumental*, Díaz de Santos, España.
- Hernández Lira y Sánchez Sánchez (2007). *Manual de psicoterapia cognitiva-conductual para trastornos de la salud*, libros de la red.
- Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio (2006). *Metodología de la investigación*, McGraw Hill, México.
- Holmes, Nancy, Robinson Joan y Tscheschlog, Beverly. (2007). *Diabetes Mellitus Guía para el manejo del paciente*. Barcelona, España. Lippincott Williams & Wilkins
- Hollon, S. D. y A.T. Beck (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En A. E. Bergin & S. L. Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior* (4a. ed.) pp. 428-466, New York Wiley.

- Marks David, Murray Michael, Evans Brian, Willig Carla, Woodall Cailine y Sykes Catherine (2008). *Psicología de la Salud Teoría, investigación y práctica*, Manual Moderno, México.
- Mayer, Richard E. (2004). *Psicología de la educación*, Pearson Prentice Hall, Madrid.
- Meichenbaum, D. (1998). *Cognitive behavioral treatment of depression*. En Psychiatric practice: Everyday solutions. Course. Boston: Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School.
- Marison Val y Paul Bennett (2008). *Psicología de la salud*, Pearson Prentice Hall, Madrid.
- Prieto Rodríguez, Adriana (2003). *Modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física, para una comunidad estudiantil*, *Salud pública*, 5(3), pp. 284-300.
- Recuperado en http://www.scielosp.org/scielo.php?scrip=_arttex&pid=S0124.
- Ramírez Guerrero y Cortés Vázquez. (2007). *Psicología Salud y Educación*, Amapsi, México.
- Reynoso Erazo, Leonardo e Isaac Seligson Nesenbaum (2005). *Psicología clínica de la salud un enfoque conductual*, Manual Moderno, México.
- Riveros Angélica, Ceballos Gabriela, Laguna Ricardo y Sanches-Sosa, Juan José. *El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual*. Rev. Latinoam. Psicol. [online]. 2005, vol.37, n.3, pp. 493-507. ISSN 0120-0534.

Riveros Angélica, Cortazar-Palapa Jackeline, Alcazar L. Fernando y Sánchez-Sosa. Juan José *Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales*. Rev. Int J Clin Health Psychol, [online]. 2005, Vol. 5, N° 3, pp. 445-462. ISSN 1697-2600.

Rodríguez F. F. L., Zanetti M. L., Santos M. A., Martins T. A. , Sousa V. D. , Teixeira C. R. S. (2009). *Conocimientos y actitudes: Componentes para la educación en diabetes*, Rev latino-am enfermagem 2009 julho-agosto; 17(4), pp. 27-34. Recuperado en <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

Rodríguez Graciela, Urbina Javier (2004). *Medicina Conductual en México*.

Rodríguez Sierra, Olga Elvira (2002). *Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos*, (tesis inmediata de licenciatura), UNAM.

Sánchez C., José. (2002). *Psicología de los grupos; Teorías, procesos y aplicaciones*. España. McGraw W-Hill. pp. 497

Simón, Miguel Ángel (1999). *Manual de Psicología de la salud, fundamentos metodología y aplicaciones*, Biblioteca Nueva, México.

Stewart M. Dunn, B.A., Janet m. Bryson, B.SC, Penelope L. Hoskins, B.SC, Jan B. Alford, S.R.N., David J. Handelsman, M.B., and John R. Turtle, M.D. (1984) *Development of the Diabetes Knowledge (DKN) Scales: Forms DKNA, DKNB, and DKNC*
Development of the Diabetes Knowledge (DKN) Scales: Forms DKNA, DKNB, and DKNC. Recuperado en <http://care.diabetesjournals.org/content/7/1/36.full.pdf+html>

León Rubio y Medino Anzano (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*, UOC, Barcelona.

Oblitas Guadalupe, Luis A. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida*, Thomson, México.

Organización Mundial de la Salud OMS (1998). *Promoción de la salud: Glosario*, División de Promoción, Educación y Comunicación para la Salud, Ginebra. Recuperado en <http://www.who.ch/hep>.

Organización Mundial de la Salud OMS (2011) Recuperado en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/

Ortigoza Quiles, Quiles Sebastián y Méndez Carrillo (2003). *Manual de Psicología de la salud con niños y adolescentes y familia*, Psicología Pirámide México.

Ponciano Rodríguez (2011). *Tratamiento integral del tabaquismo*, Trillas, México.

Téllez Villagómez (2010). *Nutrición Clínica*, Manual Moderno, México.

Triola Mario (2009). *Estadística*, Pearson Educación, México.

Vargas Ibáñez, González Pedraza Avilés, Aguilar Palafox, Moreno Castillo. *Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. 2010*, Rev Fac Med UNAM Vol. 53 No. 2, pp.60-68. Marzo-Abril

Ximénez Carmen y San Martín Rafael (2000). *Análisis de varianza con medidas repetidas*, La Muralla, S.A., Madrid.

ANEXOS



Consentimiento informado

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustenta la práctica de protección para los participantes en investigación. Con la siguiente información, usted puede decidir si participa en el presente estudio. Su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aun si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia alguna. Es probable que se sienta incómodo(a) con alguna de las preguntas, pero su franqueza nos permitirá desarrollar medidas que permitan la prevención de la diabetes mellitus, para así contribuir a la mejora substancial de la calidad de vida de la población.

El propósito del estudio es conocer cuáles son los estilos de vida que llevan los adultos jóvenes con antecedente de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres), y saber si tienen alguna conducta de riesgo que merme su salud y potencialmente los lleve a contraer diabetes mellitus. Es por ello la importancia de conocer cuáles son los conocimientos y cuidados que tiene acerca de esta enfermedad.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación, y los registros serán examinados por los miembros del proyecto o por autoridades regulatorias autorizadas. Los datos que sean arrojados se manejarán conforme a las normas éticas y profesionales, además de que el proyecto estará asesorado y supervisado por la Mtra. Érika Gutiérrez Martínez.

Si desea información adicional con respecto al estudio después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de contactar a la Mtra. Gutiérrez Martínez o al Dr. Julio Espinosa Rodríguez.

Mtra. Érika Gutiérrez Martínez

Dr. Julio Espinosa Rodríguez

Universidad Nacional Autónoma de México

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

Facultad de Psicología

Tel.: 56220555, #41213

Tel.: 56222325

E-mail: misinas2001@hotmail.com

E-mail: julio1453@gmail.com

La participación en este proceso es voluntaria y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento, aunque para efectos de colaborar con la investigación intentaré cumplir a cabalidad con mi compromiso, el cual consiste en responder las preguntas que se me formulen en el cuestionario. La presente investigación es de orden profesional y académico; como participante lo realizaré de manera voluntaria y no recibiré ninguna retribución económica.

Declaro tener 18 años o más y que otorgo mi consentimiento informado para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios pertinentes.

Testigo 1 _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Entrevistador _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1	Nombre	
2	Dirección	
3	Teléfono (propio o recados)	
4	Fecha de nacimiento/Edad	
5	Sexo	1) Masculino 2) Femenino
6	Estado civil	1) Soltero (a) 3) Otro _____ 2) Casado (a)
7	Ocupación	1) _____ Tiempo completo Especifique _____ 2) Medio tiempo 3) Desempleado 5) Incapacitado 4) Retirado 6) Ama de casa
8	Máximo grado escolar (poner el () número de años)	1) Primaria () 4) Técnica () 2) Secundaria () 5) Profesional () 3) Preparatoria ()
9	Ingreso mensual familiar	1) 1000 o menos 5) 4001 a 5000 2) 1001 a 2000 6) 5001 a 6000 3) 2001 a 3000 7) 6001 a 7000 4) 3001 a 4000 8) 7001 o más
10	¿Qué tipo de diabetes padece?	1) Tipo 1 2) Tipo 2 3) No sabe
11	¿Hace cuantos años le diagnosticaron diabetes?	1) 0 a 1 año 3) 6 a 10 años 2) 2 a 5 años 4) 11 años o más
12	¿Cuál cree usted que fue la causa de su diabetes?	
13	¿En qué consiste su tratamiento?	1) Solo dieta 3) Pastillas + insulina 2) Solo pastillas 4) Solo insulina

14	¿Cuántos episodios de hipoglucemia graves tuvo el año pasado? (¿Recibió ayuda de otra persona?)	1) Ninguna 2) Una 3) Dos o más
15	¿Tiene alguna otra enfermedad crónica además de la diabetes?	1) Ninguna otra 2) 1 enfermedad crónica además de la diabetes 3) 2 o más enfermedades crónicas además de la diabetes
16	¿Actualmente utiliza alguno o varios de los siguientes medios alternativos para tratar su diabetes?	1) Homeopatía 2) Curandero 3) Acupuntura 4) Licuados 5) Otros _____ 6) Ninguna
17	¿En qué medida sufre por su diabetes?	1) Nada 2) Un poco 3) Algo 4) Bastante 5) Mucho
18	¿En los últimos seis meses le han ocurrido uno o más de los siguientes eventos?	1) Ninguno 2) Pérdida de un ser querido 3) Pérdida del trabajo 4) Divorcio o conflictos familiares 5) Problemas económicos 6) Enfermedad grave (de usted o de un ser querido) 7) Otro suceso impactante
19	¿Cuál de los siguientes temas le gustaría tratar en su próxima consulta médica?	1) Ningún tema en especial 2) Tratamiento o los medicamentos (pastillas) 3) Síntomas/dolores 4) Estilo de vida (dieta, alcohol, cigarro) 5) Estado de ánimo o estrés 6) Problemas sexuales 7) Otro tema
20	Sabe leer y escribir	1) Sí 2) No

Apoyo familiar

- 1) Mencione el nombre de los familiares que son más importantes en su vida, y su parentesco.

- 2) Ahora dígame cuáles de las personas que mencionó son las que más lo apoyan en el manejo de su diabetes (acompaña a las consultas, compra alimentos o medicamentos, le recuerda tomar el medicamento, etc.)

- 3) En caso de ser varias personas las que lo apoyan, ordénelas de mayor a menor, donde el número 1 es el que más lo apoya.

DKN-A
Traducción Mtra. Gutiérrez Martínez Érika.

Por favor marque la respuesta que usted considere correcta.

1. En la diabetes no controlada el nivel de azúcar en la sangre:
 - a. Es normal.
 - b. Incrementa.
 - c. Disminuye.
 - d. No sé.<

2. ¿Cuál de las siguientes oraciones es verdadera?
 - a. No importa que la diabetes no esté completamente controlada, mientras no se presente un coma diabético.
 - b. Es mejor tener un poco de azúcar en la orina para evitar la hipoglucemia.
 - c. Una diabetes mal controlada puede resultar en mayores probabilidades de complicaciones más adelante.
 - d. No sé.

3. El rango *normal* de glucosa en la sangre es:
 - a. 4-8 mmol/L.
 - b. 7-15 mmol/L.
 - c. 2-10 mmol/L.
 - d. No sé.

4. La mantequilla es principalmente:
 - a. Proteínas.
 - b. Carbohidratos.
 - c. Grasa.
 - d. Minerales y vitaminas.
 - e. No sé.

5. El arroz es principalmente:
 - a. Proteínas.
 - b. Carbohidratos.
 - c. Grasa.
 - d. Minerales y vitaminas.
 - e. No sé.

6. La presencia de cetona en la orina es:
 - a. Buena señal.
 - b. Mala señal.
 - c. Un hallazgo normal en diabéticos.
 - d. No sé.

7. ¿Cuál de las siguientes complicaciones *no* está asociada a la diabetes?
 - a. Cambios en la visión.
 - b. Cambios en los riñones.
 - c. Cambios en los pulmones.
 - d. No sé.

8. Un diabético que usa insulina y en su prueba de orina la tira reactiva constantemente aparece color marrón, probablemente debe:

- a. Dejar de usar la insulina.
- b. Disminuir la insulina.
- c. Incrementar la insulina.
- d. No sé.

9. Cuando un diabético que utiliza insulina se enferma y es incapaz de comer la dieta prescrita:

- a. Debería dejar de usarla inmediatamente.
- b. Debe continuar usando la insulina.
- c. Debería ingerir comprimidos para diabéticos en lugar de la insulina.
- d. No sé.

10. Si siente el inicio de una hiporreacción, debería:

- a. Usar insulina inmediatamente o tomar comprimidos para la insulina.
- b. Acostarse inmediatamente y descansar.
- c. Comer o beber algo dulce inmediatamente.
- d. No sé.

11. ¿De cuál de estos alimentos puedes comer tanto como quieras?

- a. Manzanas.
- b. Apio.
- c. Carne.
- d. Miel.
- e. No sé.

12. La hipoglucemia se provoca porque:

- a. Hay mucha insulina.
- b. Hay poca insulina.
- c. Se realiza poco ejercicio.
- d. No sé.

En las últimas tres preguntas puede haber más de una respuesta. Por favor marque las que usted considere correctas. En cada pregunta solo marque “no sé” en caso de que no tenga la menor idea.

13. Un kilogramo es:

- a. Una unidad métrica de peso.
- b. Igual a 10 libras.
- c. Una unidad métrica de energía.
- d. Un poco más de 2 libras.
- e. No sé.

14. Dos de las siguientes sustituciones están mal. ¿Cuáles son?

- a. Una porción (1 oz) de pan = 4 galletas de avena sin azúcar.
- b. Un huevo = una chuleta de borrego pequeña.
- c. 5 onzas de leche = 5 onzas de jugo de naranja.
- d. $\frac{3}{4}$ de taza de *cornflakes* = $\frac{3}{4}$ de taza de avena cocida.
- e. No sé.

15. Si no me apetece desayunar un huevo, puedo:

- a. Comer más pan tostado.
- b. Sustituirlo con una chuleta pequeña.
- c. Comer una onza de queso.
- d. No comer.
- e. No sé.

INTRUMENTO WHO-QOL-BREVE, VERSIÓN ESPAÑOL

Traducción y adaptación: González-Celis y Sánchez Sosa, 2001

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta como se siente usted acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor seleccione solo una, la que le parezca más apropiada. Esta es con frecuencia la primera respuesta que dé a la pregunta. Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo, pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

PREGUNTA	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor corresponda de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera, encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido gran apoyo de otros. O encerraría en un círculo el número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo solo un número de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar

	PREGUNTA	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy satisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar los que a usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5

7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE QUÉ TAN COMPLETAMENTE HA EXPERIMENTADO, O HA TENIDO USTED OPORTUNIDAD DE LLEVAR A CABO CIERTAS COSAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muy satisfecho
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS LE PIDEN CONTESTAR QUÉ TAN BIEN O SATISFECHO SE HA SENTIDO USTED ACERCA DE VARIOS ASPECTOS DE SU VIDA DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho esta con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del	1	2	3	4	5

	lugar donde vive?					
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5
LA SIGUIENTE PREGUNTA SE REFIERE A CON QUÉ FRECUENCIA USTED HA SENTIDO O EXPERIMENTADO EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

CARNET DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

No. _____

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____

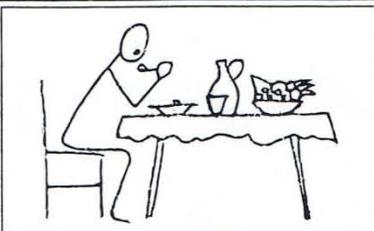
Dx _____

Teléfono _____

Terapeuta _____

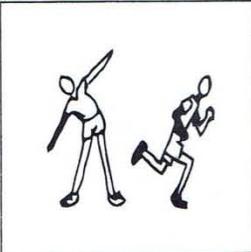
SU PRÓXIMA CITA

Fecha	Hora	Observaciones



ALIMENTOS

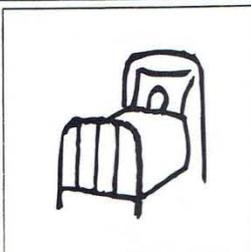
Hora	L	M	M	J	V	S	D
☀ Desayuno							
entre-comida							
☀ Comida							
entre-comida							
☾ Cena							



Lun	Mar	Miér	Jue

Vier	Sáb	Dom

EJERCICIO



Lun	Mar	Miér	Jue

Vier	Sáb	Dom

DORMIR BIEN



CONDUCTAS DE RIESGO

Conducta	L	M	M	J	V	S	D
🍬 Dulce							
🚬 Fumar							
🍷 Alcohol							

DESCRIPCIÓN DE SESIONES DE TRATAMIENTO

SESIÓN 1. PRESENTACIÓN

Objetivos:

- Presentación de la coordinadora ante el grupo.
- Hacer una integración del grupo para conocer a los integrantes.
- Exposición de los temas a tratar y los objetivos a cubrir en cada sesión.
- Presentación y explicación del manejo del autoregistro conductual semanal.

CONTENIDO

Se recibió a los participantes con la bienvenida a la sesión y se inició una dinámica de presentación y “ruptura del hielo” para que los participantes se conocieran y se presentara la coordinadora del grupo. Se continuó con la exposición de los objetivos y temas de la intervención psicológica; así mismo se dieron las reglas que debía cumplir el grupo durante cada sesión, las cuales incluyeron puntualidad para iniciar la sesión, respeto a la opinión de los compañeros, pedir la palabra para opinar o participar, puntualidad en la entrega del autoregistro conductual y realización de tareas en casa cuando se indicara.

SESIÓN 2. EDUCACIÓN EN DIABETES

Objetivos:

- Informar a los participantes sobre la definición de diabetes mellitus, las estadísticas de la enfermedad, los tipos de diabetes mellitus, las consecuencias de la enfermedad, el mantenimiento de la enfermedad, los factores de riesgo, la prevención de la enfermedad y la resolución de dudas.

CONTENIDO

En esta segunda sesión se abordaron temas relacionados con los principales aspectos de la diabetes mellitus, como su definición, su fisiología, las estadísticas que ofrecen las OMS en su reporte 2011, así como conocer los tipos de diabetes que se diagnostican, las consecuencias y complicaciones por la falta de información acerca de la enfermedad y los malos cuidados que se tienen; de la misma forma, los cuidados y el tratamiento de la enfermedad, las conductas que potencializan el riesgo de ser diagnosticado, y finalmente cuáles son las conductas adecuadas para la prevención de un diagnóstico del trastorno metabólico. Se resolvieron dudas al finalizar. La exposición se apoyó con una presentación en Power Point.

SESIÓN 3. EDUCACIÓN PARA UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Objetivos:

- Informar a los participantes sobre las definiciones de salud, así como del estilo de vida saludable, los cuidados a la salud, entender la diferencia entre prevención y promoción de la salud, factores que dañan a la salud, elementos para un estilo de vida saludable y resolución de dudas.

CONTENIDO

En esta sesión se dieron a conocer las definiciones de salud y de estilo de vida saludable para que se conozcan y manejen de manera adecuada los conceptos, los cuidados a la salud que facilita la protección o la mejoría del estado de la salud de los individuos, grupos comunidades o poblaciones, con el propósito de prolongar la vida y mejorar su calidad, así también es importante entender la diferencia entre prevención y promoción de la salud, que llevará a detectar de manera temprana una enfermedad, o bien apuntar hacia el estímulo de la exposición a factores protectores de la salud. También se encuentran factores que dañan la salud, que llevan a potencializar enfermedades; con este fin es importante tener elementos para un estilo de vida saludable. Al término se llevó a cabo la solución de dudas. La exposición se apoyó con una presentación en Power Point.

SESIÓN 4. RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Objetivos:

- Identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos racionales o irracionales.
- Identificar en qué medida se relacionan con la conducta y sus emociones a fin de disminuir conductas que dañan la salud y aumentar las que la favorezcan.
- Aprender a identificar mi tipo de pensamiento.

CONTENIDO

Durante esta sesión se trabajó con los pensamientos identificando las características de los pensamientos racionales e irracionales y su relación con las emociones. Para esto se les pidió que revisaran su autoregistro conductual de la semana en curso e identificaran qué conducta se quisiera modificar, y así encontrar qué pensamiento surgía al presentar la conducta; para esto, se les proporcionó una hoja en la que se encontraban enlistados los tipos de pensamientos irracionales, con el fin de que identificaran y clasificaran su pensamiento. Posteriormente se realizó un ejercicio en el que trabajarían en la identificación de los pensamientos inadecuados, la evaluación y el análisis de estos pensamientos, y la búsqueda de pensamientos alternativos, utilizando tarjetas de fácil manejo. Se les pidió que replicaran esta misma actividad en casa. Se resolvieron dudas al finalizar. La exposición se apoyó con una presentación en Power Point, además de otro tipo de materiales, como hojas y tarjetas.

SESIÓN 5. ENTRENAMIENTO EN RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Objetivos:

- Que los participantes aprendan y empleen los cinco componentes interactuantes para la solución de problemas.
- Primer componente: orientación hacia el problema.
- Segundo componente: definición y formulación del problema.

CONTENIDO

En esta sesión se trabajó el entrenamiento en la solución de problemas, con el fin de aprender a generar soluciones eficaces para las situaciones problemáticas. Inicialmente se trabajó con el primer componente de orientar el problema para identificar aquellas respuestas que nos llevan a reaccionar a situaciones estresantes, ya sean reales o percibidas por la persona; así, podrá identificar de manera correcta los problemas cuando estos se presenten y comprender que los problemas de la vida son normales e inevitables, y que la solución de problemas es un medio viable de afrontarlos. Se continuó con el segundo componente de definir y formular el problema llevando al participante a evaluar la naturaleza de la situación e identificar un conjunto de objetivos y de metas realistas. Se resolvieron dudas al finalizar. La exposición se apoyó con una presentación en Power Point, además de otros materiales, como hojas y tarjetas.

SESIÓN 6. ENTRENAMIENTO EN RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS II

Objetivos:

- Se centra en el interés de que los individuos puedan maximizar su eficacia en la solución de problemas.
- Tercer componente: generación de alternativas.
- Cuarto componente: toma de decisiones.
- Quinto componente: puesta en práctica de la solución y verificación.

CONTENIDO

Durante esta sesión se continuó con el tema de la resolución de problemas, retomando lo visto en la sesión anterior y las dudas que hayan surgido durante la semana; posteriormente se continuó con los tres componentes restantes. En cuanto a la generación de alternativas, se busca tener tantas soluciones disponibles alternas al problema, que lleven a aumentar la probabilidad de identificar la más eficaz. Posteriormente se continuó con la toma de decisiones; en este componente implica la identificación de un amplio rango de consecuencias potenciales que podrían ocurrir si una alternativa particular se pone realmente en práctica, y se caracteriza por una cantidad máxima de consecuencias positivas y una cantidad mínima de consecuencias negativas. Finalmente se trabajó el quinto componente aplicar la opción de solución escogida, con una vigilancia cuidadosa de la valoración de los resultados reales de la solución. Se resolvieron dudas durante el desarrollo de las componentes y al finalizar la sesión. La exposición se apoyó con una presentación en Power Point, así como de hojas y tarjetas.

SESIÓN 7. DESPEDIDA

Objetivos:

- Conocer las opiniones del grupo sobre el proceso de la intervención así como del autoregistro conductual.
- Pedirle al participante que realice una autoevaluación sobre su participación en el grupo.
- Se llevó a cabo una dinámica de cierre con el propósito de ejemplificar el proceso de cambio.
- Agradecer la participación de cada uno de los integrantes del grupo y motivarlos para continuar con el proceso.

CONTENIDO

En esta última sesión se realizó un recuento del proceso de la intervención revisando el cumplimiento de los objetivos, así como también se buscó conocer la opinión del grupo sobre este proceso de cambio, por medio de una autoevaluación. Se continuó con la dinámica para despedirnos y conocer qué expectativas tuvieron después de este proceso. Finalmente se les agradeció su participación activa y se les invitó a continuar con el proceso de cambio.