



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA FOMENTAR LA  
AUTOEFICACIA EN PERSONAS CON DIABETES PARA  
PREDISPONER ACCIONES EN FAVOR DE SU  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**BENITO ENRIQUE GARCÍA CASTAÑEDA**

**DIRECTORA DE LA TESINA:**

**MTRA. MARÍA TERESA GUTIÉRREZ ALANÍS**

**COMITÉ DE TESIS:**

**MTRO. JOSÉ LUIS VILLAGÓMEZ GARCÍA**

**DRA. ARACELI LAMBARRI RODRÍGUEZ**

**LIC. MARÍA DE LA CONCEPCIÓN CONDE ÁLVAREZ**

**MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ**



Ciudad Universitaria, D.F.

Julio 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 esposa. Susana, tu apoyo en los diferentes momentos es lo que me da fuerza, no lo hubiera logrado sin ti. Te amo.

A mi hija. Ana Sofía, tu llegada iluminó de esperanza y motivación mi camino, eres el motor que me impulsa.

A mi madre. María Elena, no terminaré de agradecer tus esfuerzos por sacarnos adelante a pesar de las adversidades. Eres mi ejemplo a seguir.

A mi hermana, familia y amigos. El apoyo de cada uno de ustedes ha sido diferente e importante para mí. Agradezco a Dios por sus vidas y por mantenerlos en mi corazón.

## Índice temático

Resumen .....	1
Introducción.....	3
Capítulo 1. Diabetes Tipo 2.....	7
1.1. Epidemiología.....	7
1.2. Definición .....	8
1.2.1. Tipos de diabetes .....	9
1.2.2. Parámetros clínicos.....	11
1.3. Complicaciones.....	13
1.3.1. Complicaciones agudas .....	13
1.3.1.1. Hipoglucemia .....	13
1.3.1.2. Hiperglucemia .....	14
1.3.1.3. Cetoacidosis diabética .....	15
1.3.1.4. Estado hiperosmolar no cetósico.....	16
1.3.2. Complicaciones crónicas .....	16
1.4. Factores de riesgo de la diabetes tipo 2 .....	18
1.4.1. No modificables.....	18
1.4.2. Modificables .....	19
1.5. Tratamiento de la diabetes tipo 2.....	19
1.5.1. Informarse / conocer.....	21
1.5.2. Peso corporal .....	21
1.5.3. Ejercicio.....	22
1.5.4. Alimentación .....	26
1.5.5. Tabaco y alcohol.....	31
1.5.7. Cuidado de pies .....	33
1.5.8. Niveles de glucosa en sangre.....	34
1.5.9. Consultas, medicamento e insulina .....	35
1.5.10. Otros cuidados .....	36
Capítulo 2. Adherencia Terapéutica .....	40
2.1 Definición .....	40
2.2 Investigaciones sobre adherencia terapéutica y diabetes .....	41
2.3 Variables implicadas en la adherencia terapéutica .....	43

2.3.1.	Factores personales.....	43
2.3.2.	Apoyo social.....	47
2.3.3.	Factores socioeconómicos .....	53
2.3.4.	Atributos del sistema de asistencia sanitaria .....	54
2.3.5.	Características del equipo de salud.....	55
2.3.6.	Características de la enfermedad .....	57
2.3.7.	Características del tratamiento.....	58
Capítulo 3. Autoeficacia .....		60
3.1	Definición .....	61
3.2	Factores que influyen en la autoeficacia.....	62
3.2.1.	La percepción de riesgo.....	62
3.2.2.	Las expectativas de resultado. ....	63
3.2.3.	Las expectativas de eficacia. ....	63
3.3	Influencia de la autoeficacia en el comportamiento .....	65
3.3.1.	Procesos cognitivos .....	65
3.3.2.	Procesos motivacionales.....	67
3.3.3.	Procesos afectivos .....	68
3.3.4.	Procesos de selección .....	68
3.4	Investigaciones en el campo de la autoeficacia .....	71
3.4.1.	Autoeficacia y conductas para el cuidado de la salud .....	72
3.4.2.	Autoeficacia, alimentación y peso.....	74
3.4.3.	Autoeficacia y ejercicio .....	74
3.4.4.	Autoeficacia y bienestar subjetivo.....	76
3.4.5.	Autoeficacia y el apoyo social.....	77
3.4.6.	Autoeficacia, su relación con el organismo y/o su rehabilitación .....	78
3.4.7.	Autoeficacia y adicciones.....	79
3.5	Fuentes de la autoeficacia .....	80
3.5.1.	Experiencias de dominio .....	81
3.5.2.	Experiencias vicarias .....	82
3.5.3.	Persuasión social. ....	83
3.5.4.	Respuesta a estados fisiológicos, psicológicos o emocionales.....	84
3.6	Otras consideraciones al fomentar la autoeficacia.....	85

Capítulo 4. Propuesta de intervención.....	89
4.1    Justificación.....	89
4.2    Objetivo general.....	91
4.2.1.    Objetivos específicos.....	91
4.3    Participantes.....	92
4.4    Materiales.....	93
4.5    Escenario.....	93
4.6    Cartas descriptivas.....	95
4.7    Criterios de evaluación.....	106
Conclusiones.....	107
Referencias.....	110
Anexos.....	118

## **Resumen**

La presente tesina muestra cómo la autoeficacia (percepción de las propias capacidades) puede apoyar en el inicio y mantenimiento de la salud, y en particular del tratamiento para la diabetes tipo 2. Se revisan los aspectos básicos a considerar para un adecuado manejo de la enfermedad, las variables involucradas en el mantenimiento de su tratamiento y se plantean algunas consideraciones para incrementar la autoeficacia en la persona con el diagnóstico mediante la aplicación de un taller; sirviendo de guía incluso para los familiares y profesionales de la salud que inicien en el conocimiento de la enfermedad.

Los objetivos que las personas se planteen, han de mantenerse lo suficientemente desafiantes para motivar el querer alcanzarlos, pero suficientemente realistas para poder lograrlos; y mientras más específica sea la situación donde se medirá o fomentará la autoeficacia, se obtendrán mejores resultados.

Palabras clave: Autoeficacia, diabetes tipo 2, adherencia terapéutica.

*“...la escasez de nuestras creaciones se explica no tanto por un crecimiento de las facultades críticas a expensas de las creadoras, como por una instintiva desconfianza acerca de nuestras capacidades.”*

(Octavio Paz, El laberinto de la soledad, 1ª ed., 1950, 3ª ed. 2004, p. 13)



## **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud OMS (2012), estima que en el mundo, una de las enfermedades crónicas no transmitibles que requieren de atención e intervención, es la diabetes, pues en el 2004, calculó más de 347 millones de personas con este diagnóstico, de los cuales 3.4 millones fallecieron como consecuencia de esta enfermedad. En México, en los datos recabados por la Secretaría de Salud del Distrito Federal Sedesa, (2011, 2012), sobre la evolución del tipo de enfermedad y su frecuencia, se ha encontrado que la diabetes ha ido ocupando los primeros lugares. Las causas de muerte en México en los últimos años, coloca en segundo lugar a la diabetes con aproximadamente poco más de 71mil personas, cifra tan sólo anticipada por enfermedades del corazón (INEGI, 2011; Sedesa, 2011, 2012).

Si se considera que en el caso de la diabetes, las personas requieren frecuentemente más atención por las complicaciones (incluyendo cardiovasculares) que por la enfermedad en sí misma; que a mayor edad, más frecuente será el requerir atención médica por diabetes (Secretaría de Salud en su Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012a), que en el 2011 en el mundo se diagnosticó con diabetes a 1.9 millones de personas de 20 años de edad (Asociación Americana de Diabetes A.D.A. por sus siglas en inglés, 2013b), que existe la posibilidad de que las muertes por diabetes se dupliquen en un periodo no mayor a 20 años (OMS, 2012), que el sistema de salud en México no está brindando los resultados para prevenir las complicaciones crónicas asociadas al descontrol metabólico (González, 2009), resulta evidente tomar medidas que involucren de una manera proactiva al paciente con el personal de salud, para analizar, prevenir e intervenir ante esta enfermedad.

La diabetes tipo 2 es una enfermedad cónico-degenerativa y sistémica de causas heredadas y factores externos (ambientales). Dentro de sus principales características es que el organismo del paciente presenta resistencia a la insulina, lo que genera una baja producción de esta hormona y se eleva la concentración de glucosa en sangre, terminando en múltiples complicaciones en su salud física como: poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida súbita de peso, nefropatía, retinopatía, neuropatía, cardiopatía, enfermedad cardiovascular periférica y cerebral (Secretaría de Salud, 2010). Ser diagnosticado con esta enfermedad, impacta no sólo a nivel biológico, sino que se altera la vida cotidiana, la situación económica y emocional del propio paciente, de sus

familiares e incluso repercute también en el Sistema de Salud; pues por sus características (riguroso tratamiento y larga duración, entre otros), se estima que se necesitaría 3,872 millones de dólares por año para el manejo de los pacientes con diabetes; para tener una idea, es más del presupuesto que se asignó al Seguro Popular para el 2010 (3,790 millones) (Secretaría de Salud, 2012b). Esto hace indispensable la participación decidida e incondicional de la persona con el diagnóstico y su familia (González, 2009).

Debido a que en un inicio la diabetes no presenta síntomas, y que para averiguar si ya se tiene se requieren diversos análisis químicos de sangre u orina, resulta complicado diagnosticarla (ADA, 2013a). A pesar de que las personas pudieran llevar a cabo algunas conductas saludables para ayudar a un diagnóstico temprano (mantener peso, alimentación, automonitoreo de niveles en sangre, etc., principalmente si hay factores de riesgo), las investigaciones realizadas para detectar y atender oportunamente la diabetes, no han podido lograr una detección en edades tan tempranas (Salud, 2012a).

La A.D.A. ejemplifica que la diabetes causa más muertes que el SIDA y el cáncer de mama juntos. Esto no significa que una persona con diabetes sea más susceptible a enfermedades que una persona sin diabetes (son igualmente susceptibles), sino que la diabetes, por sus características (ser permanente, irreversible, requerir supervisión y entrenamiento para su manejo y rehabilitación, OMS, 2004), hace que sea más factible que surjan complicaciones al contraer otra enfermedad, dificultando el tratamiento (A.D.A., 2013c).

El atender esta enfermedad es un gran desafío que requiere un tratamiento continuo, no sólo por parte del personal médico, sino por un equipo especializado (A.D.A., 2013a). Pero resulta necesario que el paciente tome medidas para realizar esfuerzos durante su enfermedad para lograr las metas de su tratamiento, es decir mantener una Adherencia Terapéutica (Del Castillo, 2010). Desafortunadamente el porcentaje de adherencia a los tratamientos es bajo, de manera general la OMS (2004), ha encontrado que en los países desarrollados se mantiene alrededor del 50%, y un porcentaje mucho menor en países en desarrollo; de acuerdo con Salud (2012a), en México, el Distrito Federal es uno de los estados con mayor prevalencia de casos de diabetes; reporta que se ha avanzado sobre la atención de esta enfermedad, pero aún hace falta que el paciente mantenga su tratamiento.

Además de la atención a nivel físico, las investigaciones han mostrado la importancia de intervenir a nivel psicológico; por ejemplo, autores como Jerusalem y Mittag (1995), mencionan que ante algún suceso crítico (como enfermedad, accidente, pérdida, etc.) se genera un gran impacto sobre la personalidad, el funcionamiento psicosocial y el bienestar. Avendaño y Barra (2008), resaltan la importancia de incluir sesiones psicoeducativas en los tratamientos, para con ello ayudar a quitar ideas erróneas (pero frecuentes) y sustituyéndolas por hechos fundamentados.

Pero el reto a vencer es ir más allá de atender o sólo brindar información a los pacientes, pues como lo ejemplifica Colin y Garduño (1996), las personas pueden ya saber cuáles son las acciones necesarias para realizar o mantener una conducta, pero muchas veces no se sienten capaces de llevar a cabo dichas acciones. Respecto a esto, Bandura (1997) plantea una perspectiva de abordar la situación haciendo referencia al término de Autoeficacia; así conceptualiza la percepción que tienen las personas sobre qué tan capaces se sienten para organizarse y realizar una tarea determinada para obtener un logro deseado. Existen numerosos estudios de programas preventivos y terapéuticos que logran sus resultados fortaleciendo la autoeficacia (Bandura, 1995).

Avendaño y Barra (2008), pone en claro que la autoeficacia quizá sólo explique una parte de las variables involucradas en la calidad de vida, pues es necesario también considerar las variables individuales, familiares y sociales. Eneko et al., (2008), aclara que la autoeficacia no es exclusiva para la motivación, pero plantea que sí es un factor importante, pues mientras la persona se sienta más capaz de alcanzar sus objetivos, tendrá más afecto positivo, menos negativo y menos molestias físicas.

Es evidente que la diabetes es una enfermedad cada vez más frecuente, costosa en su tratamiento, pues implica un acompañamiento de por vida, pues es crónica, con una alta tasa de abandono del tratamiento de parte de los pacientes que agrava el cuadro y lo hace más costoso a los sistemas de salud, al paciente y a su familia, pero que diagnosticada a tiempo y con un buen seguimiento de parte del paciente se reduce en cuanto a sus consecuencias fatales a la salud y en los costos económicos a todos niveles.

El objetivo de esta investigación es realizar una compilación sobre la diabetes y el constructo de la autoeficacia a manera de que el psicólogo (o profesional de la salud interesado en el tema), sea capaz de reconocer sus características, procesos involucrados, estudios recientes que le ayuden a comprender su contexto. Con base en

esto se plantea una propuesta de intervención para procurar el incremento de autoeficacia en los pacientes con diabetes y así predisponerlos a percibir, planear y realizar acciones en beneficio de su salud incluyendo mejorar su apego al tratamiento; la perspectiva es que el incrementar la autoeficacia impactará no sólo en las áreas físicas y emocionales del propio paciente, sino que el beneficio lo podrá extender a las diversas áreas sociales donde se desenvuelve, favoreciendo la adherencia a su tratamiento y su salud en general.

## Capítulo 1. Diabetes Tipo 2

### 1.1. Epidemiología

En el 2010 la población en México se estimaba alrededor de 112 millones de habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2011); un número basto, pero ¿qué calidad de vida llevan esas personas? De acuerdo a la Secretaría de Salud del Distrito Federal Sedesa, (2011, 2012), en la evolución del tipo de enfermedad y su frecuencia, se encuentra que la diabetes está entre los primeros lugares; incluso la Organización Mundial de la Salud OMS (2012), calcula más de 347 millones de personas con este diagnóstico en el mundo reportando que en el 2004 fallecieron 3.4 millones como consecuencia de esta enfermedad. Las causas de muerte en México en los últimos años, coloca en segundo lugar a la diabetes con aproximadamente poco más de 71 mil personas, cifra tan sólo anticipada por enfermedades del corazón (INEGI, 2011; Sedesa, 2011, 2012), sin embargo este dato puede ser más alarmante si se considera que una porción importante de casos de enfermedades del corazón (cardiopatía isquémica) ocurren como complicación de la diabetes, (González, 2009; Pérez, 2013), el dato crudo en el certificado de defunción ocultará la causa real de la complicación.

Actualmente, si se pretende ahondar en el tema de la diabetes, dentro de las principales instituciones que brindan información confiable sobre ella encontraremos a la ADA, así como la Federación Internacional de Diabetes (I.F.D. por sus siglas en inglés).

Algunos datos de la IFD (2013), muestran que de todas las personas que tienen diabetes en el mundo, el 46% no sabe que tiene la enfermedad; las edades de estas personas oscilan entre los 40 y 59 años. De acuerdo con la OMS (2013), sólo 1 de cada 10 personas con enfermedades crónicas es tratado con éxito en su tratamiento. En términos económicos, cada persona con diabetes requiere un gasto aproximado de dos a cinco veces más que lo que gastaría una persona sin esta enfermedad (Federación Mexicana de Diabetes FMD, 2012). En el 2010, Del Castillo recopiló información de la situación epidemiológica de la diabetes en México, encontrando que, en aquel momento, México ocupaba el lugar número diez en los países con más casos de diabetes con 6.1 millones de casos (Del Castillo, 2012); actualmente (sólo tres años después), resulta relevante

señalar el rápido ascenso al lugar número seis en la misma clasificación, con 8.7 millones número de casos de personas con diabetes (FMD, 2013).

Dentro de las complicaciones crónicas, la diabetes, en la población mexicana, ocasiona la primera causa de ceguera prevenible, amputaciones no traumáticas, insuficiencia renal crónica y motivo de consulta en adultos de primer nivel, afectando principalmente al sector de la población con menor nivel económico y menor nivel educativo (González, 2009).

Enterarse de presentar el diagnóstico de diabetes, en un primer momento, puede ser difícil de aceptar debido a que en un inicio, la persona puede no sentirse enferma o diferente de cómo se sentía antes de que le dijeran que tiene diabetes; puede generar diversos pensamientos y emociones como tristeza, miedo e incluso no querer pensar en ello por no creer que sea verdad lo que ocurre (ADA, 2013e). Para ir tomando en serio la enfermedad, se necesita saber en qué consiste y qué se puede hacer para prevenirla o controlarla.

## **1.2. Definición**

Los alimentos contienen, entre otras cosas, proteínas, grasas e hidratos de carbono; al consumirlos, normalmente nuestro organismo busca obtener energía de ellos transformándolos en glucosa (popularmente llamada azúcar). El torrente sanguíneo transporta esa glucosa a cada rincón del cuerpo; pero para que la glucosa pueda entrar a cada una de las células del organismo, se necesita de una hormona: la insulina (que es producida por las células  $\beta$  de los islotes de Langerhans en el páncreas); esta hormona hace que las células se abran para recibir a la glucosa y obtener sus beneficios. En base a lo anterior, se puede definir por tanto que la diabetes es el conjunto de enfermedades con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, donde la glucosa se concentra en cantidades excesivas en la sangre (hiperglucemia) debido a que la insulina en el organismo es insuficiente, nula o no se le puede aprovechar eficazmente (resistencia a la insulina); mantener estos niveles elevados de glucosa desencadenarán múltiples complicaciones principalmente en los nervios y vasos sanguíneos del organismo (ADA 2013f; IFD, 2013; NOM-015-SSA2-2010; OMS, 2004, 2012).

Avendaño & Barra (2008), agregan información de diversos autores que definen algunas características de lo que es una enfermedad crónica, entre las que se encuentra su duración mínima de 6 meses máxima de toda la vida, que puede implicar discapacidad o limitación en la vida cotidiana, que por su severidad, requiere largos periodos de cuidado y supervisión; también implica un desafío adaptativo, a veces de por vida que puede implicar estrés y que es una experiencia inesperada, traumática y desestabilizadora.

La diabetes está catalogada dentro de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), es decir que no contagiosa (como un resfriado o la gripe) de persona a persona (A.D.A., 2013c). Dentro de sus principales síntomas están: la poliuria (aumento en la excreción de la orina), polidipsia (sensación de sed) con boca seca, polifagia (hambre constante), pérdida súbita de peso, heridas que tardan en sanar, infecciones recurrentes, visión borrosa y falta de energía (cansancio extremo). Generalmente para cuando la persona acude al médico por estos síntomas, ya han pasado varios años de evolución de la enfermedad (IFD, 2013; OMS, 2012).

Antes de continuar revisando las características de la diabetes, recordemos que atender la enfermedad, no es lo mismo que atender a la persona. Este trabajo coincide con la perspectiva de Rodríguez (2009), de un enfoque centrado en la persona; por ello se procurará evitar, en la medida de lo posible, usar los términos “paciente o diabético”. Además de evitar estigmatizar, etiquetar o prejuizar a las personas, esta perspectiva ayudará, al psicólogo u otro profesional interesado en el tema, a adaptarse con mayor facilidad y poder aplicar su conocimiento, al colaborar en un trabajo multidisciplinario.

### **1.2.1. Tipos de diabetes**

El presente estudio se centrará en la diabetes tipo 2, sin embargo, se considera importante enunciar brevemente los cuatro tipos de diabetes que marcan la ADA (2013a, 2014); IFD (2013); y la OMS (2012):

*Diabetes tipo 1.* Se caracteriza por la ausencia total de insulina en el organismo, debido a que las células pancreáticas  $\beta$  no la producen; su aparición generalmente es en etapas tempranas de la vida de la persona debido a una reacción autoinmune. No se sabe con exactitud por qué se origine esta reacción. Se requiere que, sin falta, se

administre continuamente la insulina (principalmente inyectada), pues el no administrarse esta hormona produce la muerte.

*Diabetes tipo 2.* Anteriormente denominada como diabetes mellitus, es el más común tipo de diabetes y sobre el que se centró este proyecto de investigación. En este caso, sí hay producción de insulina pero es poca o de mala calidad por lo que el organismo presenta resistencia a ella y no puede ser aprovechada. Su aparición generalmente es la edad adulta de la persona. Hay que tener en cuenta que pueden pasar varios años para que comiencen a manifestarse los síntomas, esto ocasiona que muchas personas no se percaten por cuánto tiempo han llevado la enfermedad; para cuando se dan cuenta de los niveles elevados que manejan, su organismo ya se ha deteriorado bastante (IDF, 2013).

*Diabetes gestacional.* Los síntomas mencionados de la diabetes se presentan en la mujer embarazada, se puede diagnosticar por pruebas prenatales alrededor de la semana 24 de gestación; pueden surgir debido a que algunas hormonas de la placenta bloquean la acción de la insulina. La OMS (2004), indica que se puede presentar en un 2% a 5% de todos los embarazos, y a pesar de que generalmente desaparece después del parto, si no se controla durante el embarazo puede traer consecuencias para la madre (riesgo de que presente preclampsia, parto obstruido o prolongado, riesgo a desarrollar diabetes tipo 2 y/o sobreproducción de insulina con riesgo de presentar hipoglucemia), así como para el bebé en quien puede presentarse macrosomía fetal y mayor riesgo a desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en su vida (IDF, 2013). Algunos factores de riesgo para que aparezca son la obesidad y antecedentes familiares de diabetes (OMS, 2004). En caso de que ya presente el diagnóstico de diabetes antes del embarazo, lo recomendable es que lleve un monitoreo desde el momento en que se planea embarazarse (IDF, 2013).

*Otros tipos específicos de diabetes.* La presencia de los síntomas puede desarrollarse por factores genéticos de la insulina o de las células  $\beta$  del páncreas, por enfermedades como la fibrosis quística o inducido por sustancias químicas, por ejemplo al dar tratamiento sobre VIH/SIDA o después de un trasplante de órganos (ADA, 2014). Valderrama (2008), también menciona que puede deberse a defectos genéticos en la acción de la insulina (leprecaunismo), a enfermedades endócrinas (hormonales) como acromegalia, cushing, hipotiroidismo, glucagonoma; inducida



químicamente o por drogas (glucocorticoides), relacionada con infecciones (rubeola, citomegalovirus) u otros síndromes genéticos algunos asociados con diabetes (down, Klinefelter, tuner).

### 1.2.2. Parámetros clínicos

Además de los síntomas de la diabetes, los estudios de laboratorio para medir la cantidad de glucosa en sangre, sirven como indicadores para hacer el diagnóstico o detectar factores de riesgo que predispongan el desarrollo de la enfermedad. De acuerdo con la ADA (2013a, 2014); y con Salud (2012c), estos estudios son los siguientes y sus parámetros se muestran en la tabla 1.1:

- *Glucosa en ayuno.* Medición que se toma de una muestra de sangre cuando la persona ha mantenido 8 horas sin ingerir calorías. Por tomarse comúnmente de alguno de los dedos de la mano, también se le conoce como glucosa capilar.
- *Curva de tolerancia a la glucosa.* Después de medir la glucosa en ayuno, se le proporcionan 75g. de glucosa disuelta en agua y se vuelve a tomar la muestra dos horas después. Por esto se le encuentra en las investigaciones como 2-h glucosa en plasma (2-h PG, por sus siglas en inglés).
- *Hemoglobina Glucosilada (A1c, o HbA1c).* Esta prueba utiliza para determinar el valor promedio de la glucemia en las cuatro a ocho semanas previas de realizarse la prueba (Salud, 2010). Valderrama (2008), resume que la hemoglobina es la proteína encargada de transportar oxígeno a través de la sangre para llevarla a las células que lo requieren; una fracción, generalmente del 6%, es afín con la glucosa y cuando los niveles de glucosa se encuentran elevados por encima de lo normal, esta fracción aumenta pudiendo registrar los niveles de glucosa en sangre en un periodo de tres meses anteriores al momento de realizarse la prueba.

Tabla 1.1. Parámetros de los estudios de laboratorio más frecuentes para la detección de diabetes (ADA, 2014, adaptada).

<b>Estudio</b>	<b>En riesgo</b>	<b>Posible Dx de diabetes</b>	<b>En embarazo, (posible Dx diabetes)</b>
Glucosa en ayuno.	$\geq 100$ mg/dl a $\leq 125$ mg/dl	$\geq 126$ mg/dl	De 92 a 125 mg/dl
Curva de tolerancia a la glucosa	$\geq 140$ mg/dl a $\leq 199$ mg/dl	$\geq 200$ mg/dl	De 153 a 199 mg/dl
Hemoglobina glucosilada	5.7 a 6.4%	$\geq 6.5\%^*$	

\* Realizado en laboratorio donde se utilice el método que está certificado por el Programa de Estandarización Nacional de Hemoglobina Glucosilada (NGSP) y estandarizado con el Estudio de Control y Complicaciones de la Diabetes (DCCT)

Las personas que presentan niveles elevados de glucosa, pero menores a los establecidos para diagnóstico de diabetes, pudieran estar presentando intolerancia a la glucosa o pueden tener otras alteraciones que elevan la glucosa cuando están en ayuno. La IFD (2013) puntualiza que, aunque no en todos los casos, estos niveles elevados sitúan a las personas en una posición de predisposición a desarrollar la diabetes tipo 2. Salud (2012c), recomienda que en caso de que al realizar los estudios, los niveles salgan normales, se debe repetir la prueba cada 3 años; aunque si hay incremento notable de síntomas o niveles, se puede hacer cada año o en menos tiempo.

Sólo el médico que haya llevado la evaluación clínica, determinará el tipo de diagnóstico y tratamiento a seguir. Alpizar (2008), muestra algunos apartados a considerar en una evaluación clínica inicial, por ejemplo: antecedentes, tiempo y forma de evolución de la diabetes, síntomas actuales, complicaciones presentadas (principalmente hipoglucemia), exploración física y análisis de laboratorio; además la ADA (2014) integra, en caso de ser necesario, referir a atención de salud mental.

### 1.3. Complicaciones

En las personas con diabetes tipo 2, los niveles alterados de glucosa en sangre pueden dar lugar a la aparición de complicaciones de aparición rápida (agudas) o de aparición gradual (crónicas) (Calleja & Olmos, 2004).

#### 1.3.1. Complicaciones agudas

Las principales complicaciones pueden presentarse por mantener los niveles de glucosa en los extremos: muy elevados (hiperglucemia) o muy bajos (hipoglucemia), cada una tiene sus síntomas y signos (véase también el apartado posterior de *manejo de prevención, tratamiento y manejo de la diabetes*):

##### 1.3.1.1. Hipoglucemia

Cuando disminuye la glucosa en sangre ( $\leq 70$  mg/dl) se pueden presentar los signos y síntomas enlistados en la tabla 1.2; hay que tener cuidado de no confundirlos, pues algunos son similares a la hiperglucemia (Alpizar, 2008; Calleja & Olmos, 2004):

Tabla 1.2. Síntomas y signos de la hipoglucemia (Alpizar, 2008, adaptada)

Síntomas	Signos
Neurogénicos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Polifagia. Mucha hambre</li><li>• Sudor frío y abundante</li><li>• Temblor</li><li>• Ansiedad</li><li>• Palpitaciones, pulso acelerado.</li><li>• Irritabilidad</li></ul>	Leves: <ul style="list-style-type: none"><li>• Sudoración</li><li>• Palidez</li><li>• Taquicardia</li></ul>
Neuroglucopénicos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Mareo</li><li>• Dolor de cabeza</li><li>• Confusión</li><li>• Conducta extraña</li><li>• Disminución del estado de alerta.</li><li>• Dificultad para hablar</li></ul>	Graves: <ul style="list-style-type: none"><li>• Inconsciencia</li><li>• Hipotermia</li><li>• Convulsiones</li></ul>
Inespecíficos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Náusea</li><li>• Boca seca</li><li>• Debilidad y cansancio</li><li>• Falta de coordinación</li><li>• Visión borrosa</li><li>• Hormigueo alrededor de la boca</li></ul>	

Calleja y Olmos (2004), mencionan que las causas de la hipoglucemia pueden ser:

- Toma inadecuada de los medicamentos para diabetes o de insulina.
- Hacer ayunos prolongados.
- Realizar más ejercicio del recomendable o sin ingerir alimento previamente.
- Tomar bebidas alcohólicas sin comer.

Alpizar (2008), menciona que hay que tener mayor cuidado con personas que no presenten los síntomas clínicos de la hipoglucemia, por ejemplo pacientes con angina de pecho o ataques de isquemia cerebral transitoria (que disminuya el flujo sanguíneo al cerebro), y en niños. Presentar hipoglucemias graves puede dar alteraciones como producir glucosa endógena en exceso, generar atrofia muscular (por el exagerado metabolismo de proteínas) y oxidación de ácidos grasos.

### 1.3.1.2. Hiperglucemia

Es la gran cantidad de concentración de glucosa en sangre, esto hace que el organismo busque eliminarla a través de la orina (poliuria), sin embargo también se pierde gran cantidad de agua y electrolitos (deshidratación). Calleja y Olmos (2004), plantean que con una elevación de más de 250 mg/dl se presentan los siguientes síntomas:

- |                         |             |                  |
|-------------------------|-------------|------------------|
| • Nausea                | • Hambre    | • Demasiada Sed  |
| • Orinar con frecuencia | • Piel seca | • Visión borrosa |
|                         | • Cansancio |                  |

Aunque, como nota, los educadores en diabetes actualmente plantean que los síntomas pueden presentarse con niveles de  $\geq 170$  mg/dl, por lo cual será importante que la persona avise a su médico la presencia de los síntomas para tomar las medidas pertinentes.

Calleja y Olmos (2004), mencionan que las causas pueden ser por:

- No tomar los medicamentos o no haberse aplicado la insulina (si es que se utiliza).
- Tener infecciones: en garganta, boca, estómago, en vías urinarias, piel, etc.
- Comer en exceso alimentos que eleven la glucosa en sangre.

La ADA (2013g), agrega que el estar en un estado de estrés por periodos prolongados, puede elevar los niveles de glucosa a largo plazo; ya sea por las hormonas que se

secretan es este periodo o por el descuido al tratamiento por atender la situación estresante (principalmente con conductas desadaptativas). Pérez (2013), refiere que la secreción de las hormonas glucorreguladoras se incrementa durante infecciones y situaciones de estrés físico y emocional.

### **1.3.1.3. Cetoacidosis diabética**

En caso de que no se ingiera alimento por un periodo prolongado, o que no haya insulina en el organismo, éste buscará la forma de obtener la energía que necesita para sobrevivir. Una forma en que lo hace es generando su propia glucosa, metabolizando las grasas (lipólisis); sin embargo, a pesar de generar glucosa, este proceso implica un costo, el cual es generar ácidos grasos. Los ácidos grasos, al no poder ser aprovechados por el músculo, pasan al hígado produciendo la cetogénesis o formación de cuerpos cetónicos (Acetoacetato –ácido diacético–, Beta hidroxibutirato –ácidos moderadamente fuertes– y Acetona); en la diabetes, la acumulación de éstos ácidos dañan al organismo. Esta complicación aguda es definida como Cetoacidosis diabética (Pérez, 2013).

Alpizar (2008), agrega que la acumulación de estos cuerpos cetónicos es letal, pues presenta una mortalidad de 10 a 15 %; aunque es más frecuente en personas con diabetes tipo 1, también quien tenga el tipo 2 necesita estar pendiente de la aparición de síntomas, principalmente ante una infección severa u otra enfermedad intercurrente. Pérez (2013), menciona que algunas de las causas que la genera son la combinación de falta de insulina y aumento en la actividad de las hormonas glucorreguladoras (Glucacón, Catecolaminas, Cortisol, Hormona de crecimiento), con un curso relativamente lento (días), enlista los principales síntomas con los que se manifiesta:

- Manifestaciones de la hiperglucemia. Poliuria y polidipsia, que presentarán un aumento progresivo en su intensidad.
- Manifestaciones gastrointestinales. Náuseas, vómitos y dolor abdominal (agudo, similar al producido por apendicitis).
- Manifestaciones respiratorias. Se presentan respiraciones rápidas y profundas, pues el organismo está buscando eliminar bióxido de carbono para reducir la acidosis en el cerebro (respiración de Kussmaul). Por la respiración se busca eliminar Acetona (ácido volátil), dando lugar a un aliento cetónico (con olor a manzana o acetona).

- Manifestaciones circulatorias. Puede haber deshidratación en mucosas orales y lengua seca, hundimiento en globos oculares, disminución de la turgencia de la piel (pierde rigidez y tono), disminución del llenado de las venas del cuello, lentitud en el llenado capilar e hipotensión arterial.
- Manifestaciones neurológicas. Somnolencia, obnubilación mental, sopor y estado de coma.

#### **1.3.1.4. Estado hiperosmolar no cetósico**

Es una descompensación grave por el incremento de la glucosa, pero sin la cetosis (Alpizar, 2008). Aunque se le llegó a denominar como estado de coma diabético, Pérez (2013), refiere que no en todas las personas presentan pérdida del conocimiento.

Las manifestaciones principales son (Pérez, 2013):

- Hiperglucemia extrema. Generalmente mayor a 600 mg/dl, ocasionando los síntomas de poliuria, polidipsia y debilidad general.
- Deshidratación severa.
- Ausencia de acidosis y cetosis.
- Manifestaciones neurológicas. Convulsiones y pérdida del estado de conciencia.

Dentro de las causas de estos síntomas, hay que considerar que se presenta principalmente en adultos mayores de 70 años, o en quienes hayan presentado infecciones, diarrea, hemorragia intestinal, pancreatitis, infarto, ingesta insuficiente de líquidos, uso de diuréticos, glucocorticoides, beta bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio. Presenta una mortalidad de 12 a 42% (Alpizar, 2008; Pérez, 2013).

#### **1.3.2. Complicaciones crónicas**

Con el transcurso del tiempo, en la diabetes, gradualmente se van afectando órganos como el corazón, ojos, riñones, la piel, los pies, los vasos sanguíneos y los nervios dando lugar a las complicaciones crónicas. De acuerdo con la ADA, (2013d); Calleja y Olmos (2004); IFD, (2013); OMS, (2012); y la Secretaría de Salud (Salud, 2010), las principales son:

- *Enfermedades cardiovasculares.* Es cuando se altera el corazón y los vasos sanguíneos. Es de las principales complicaciones de las personas con diabetes, principalmente si mantienen niveles altos en su presión arterial, colesterol y

glucosa, pues se va bloqueando el paso de la sangre. Las principales patologías son desarrollar angina de pecho, infarto de miocardio (ataque al corazón), derrame cerebral, enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva.

- *Retinopatía diabética.* Se afecta a los ojos. Mantener niveles elevados de glucosa, presión arterial y colesterol, puede ocasionar que los vasos sanguíneos que irrigan la retina se bloqueen y se vaya dañando la visión progresivamente o desarrollando ceguera total.
- *Neuropatía.* Es cuando se alteran los nervios del cuerpo. La neuropatía periférica es el daño en las terminales nerviosas sensitivas y motoras voluntarias presentando hormigueo o calambres, dolor (de tipo quemante o punzante), frialdad o entumecimiento de las extremidades, principalmente de los pies, sensación de caminar sobre cojines o en el aire; esta pérdida de sensibilidad aumenta el riesgo de pasar inadvertidas lesiones que pueden infectarse a tal grado de desarrollar pie diabético, terminando en amputación de miembros inferiores. La neuropatía autonómica (visceral) se manifiesta por diarrea, gastroparesia (dificultad para que se vacíe el estómago), vejiga neurogénica, disfunción eréctil e hipotensión ortostática, entre otras complicaciones.
- *Pie diabético.* Los niveles elevados de glucosa dificultan la irrigación de la sangre a las zonas más lejanas al corazón: los pies. Esto hace que se dañen sus nervios y sus vasos sanguíneos siendo susceptibles de que en caso de presentar lesiones (incluso pequeñas) haya susceptibilidad a infecciones, úlceras e incluso un riesgo de hasta 25 veces más de sufrir una amputación (por gangrena) que una persona con niveles normales.
- *Insuficiencia renal.* Se afectan las funciones al riñón (eliminar y conservar sustancias). Por los niveles elevados de glucosa, se dañan los pequeños vasos sanguíneos que irrigan a los riñones, complicando su funcionamiento u ocasionando su completo fallo (nefropatía diabética).
- *Complicaciones bucales.* Con un descontrol de los niveles de glucosa, se es más propenso a inflamación de las encías (gingivitis) lo que genera el riesgo de pérdida de dientes y desarrollo de enfermedades cardiovasculares.
- *Presión arterial elevada.* Se estima que de cada 100 personas con diabetes, 65 desarrollarán hipertensión (Castro, Aguilar, Liceaga & Hernández, 2010).

Descuidar estos síntomas hará que el riesgo de muerte se incremente al doble en personas con diabetes que sin la enfermedad (ADA, 2013d; IFD, 2013; OMS, 2012). Evidentemente la lista de las alteraciones frecuentemente asociadas con la diabetes no termina aquí, pero enunciarlas todas sería demasiado extenso para los fines de este trabajo.

#### **1.4. Factores de riesgo de la diabetes tipo 2**

Conocer cuáles son los factores de riesgo que, sin ser determinantes, pueden propiciar el desarrollo de la diabetes, ayudará a propiciar que se tomen medidas pertinentes para, como lo establece la Secretaría de Salud (2010), retardar lo más que se pueda su aparición o su progreso, es decir mantener hábitos saludables a manera de prevención. De estos factores de riesgo, Alpizar (2008); Calleja y Olmos (2004); mencionan que algunos dependerán de la biología de la persona (son *no modificables*); y los que sí son *modificables* mediante la prevención, educación y fomento a la salud en el cambio de hábitos saludables, son los más importantes para evitar o retrasar la aparición de la enfermedad.

De acuerdo con Alpizar (2008); ADA (2014); IDF (2013); OMS (2004); y Salud (2010, 2012c), estos factores de riesgo son:

##### **1.4.1. No modificables**

- El grupo étnico al que se pertenezca (principalmente afroamericanos, latinos, nativos americanos, asiático-americano).
- El envejecimiento (se recomienda empezar a realizar estudios preventivos en el periodo de los 30 y 45 años).
- Antecedentes de familiares directos con diabetes.
- Haber presentado niveles altos de glucosa durante el embarazo.
- Mujeres cuyos hijos hayan nacido macrosómicos (con más de 4 kg. al nacer).
- Mujeres que hayan presentado ovarios poliquísticos.
- Pacientes con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores).



### **1.4.2. Modificables**

- Tener un índice de masa corporal (IMC) mayor a  $25 \text{ kg/m}^2$  o tener obesidad ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).
- Un modo de vida sedentario.
- Tabaquismo.
- Manejo inadecuado del estrés.
- Llevar una alimentación insalubre.
- Personas con hipertensión arterial ( $\geq 140/90 \text{ mmHg}$ ).
- Que presente dislipidemias (colesterol HDL  $\leq 35 \text{ mg/dl}$ , triglicéridos  $\geq 250 \text{ mg/dl}$ ).
- Hemoglobina glucosilada elevada (en ayuno  $\geq 5.7\%$ ).

Como menciona la ADA (2013c), no hay un solo factor de riesgo al que se pueda atribuir como determinante, hay que mantener siempre presentes la interacción de los mismos junto con la historia médica de la persona. Por ejemplo, aunque la OMS (2012), plantea como relevantes los factores de peso corporal excesivo e inactividad física, la ADA (2013c), menciona que hay personas con sobrepeso que nunca desarrollan la enfermedad y muchas personas con peso normal o ligero sobrepeso que tienen diabetes.

### **1.5. Tratamiento de la diabetes tipo 2**

En el caso de que ya se cuente con un diagnóstico de diabetes, para mantener un adecuado manejo (mantener los niveles adecuados de glucosa y evitar complicaciones), se requiere de mutua colaboración entre la persona con la enfermedad y los profesionales de la salud, enfocándose en el tratamiento no farmacológico (llevar una alimentación saludable, incremento en la actividad física) y, si es necesario, el tratamiento farmacológico (medicamentos orales y/o insulina) (Becerril y Herrera, 2004; IFD, 2013).

Así como se mencionó que existen factores de riesgo para desarrollar el diagnóstico de diabetes o para sus complicaciones, la persona con esta enfermedad puede realizar otras acciones que, de ser incorporados a su vida cotidiana, funcionarán como lo que Alpizar (2008), denomina factores de protección:

- Realizar una detección oportuna del síndrome metabólico y la diabetes.
- Mantener un peso ideal (IMC menor a 25).

- Revisar que la presión arterial se encuentre por debajo de 140/90.
- Mantener una actividad física frecuente. Evitar sedentarismo, pero también evitar un alto (exagerado) esfuerzo físico.
- Llevar un plan alimenticio adecuado.
- Mantener una higiene adecuada (en sus pies principalmente).
- Realizar demanda oportuna de los servicios de salud.
- Aprender técnicas para el manejo adecuado del estrés.
- Participación de familiares, amigos o conocidos, que puedan ayudar en el tratamiento de la persona con diabetes.
- También será importante considerar los factores psicológicos (incluyendo los emocionales), así como el contexto en el que se desenvuelve la persona, para entender las variaciones en los niveles de glucosa en el tratamiento de la diabetes (Hauser & Pollets, 1979).

La parte correspondiente al personal de salud es mantenerse actualizado en detección y manejo de síntomas de la diabetes. Que conozcan el manejo y control de síntomas de la población que atiende.

A continuación se desarrollan estos factores de protección mediante acciones para prevenir, retrasar el diagnóstico o para alcanzar un adecuado manejo de la diabetes tipo 2. Estas acciones no son exclusivas de la población con la enfermedad; son medidas que la población en general (con diagnóstico de diabetes o si él) pueden –o debieran– llevar a cabo como hábitos saludables cotidianos. El orden puede variar dependiendo de las características de la población objetivo y del contexto en que se aplique.

Se considera fundamental conocer primero los aspectos fisiológicos de la enfermedad para diferenciar e intervenir en los aspectos psicológicos y así, como menciona García-Talavera et al. (2010), obtener mejores resultados al aplicar programas de intervención para la diabetes; este autor propone enfocarse más en la persona (como individuo) que en la enfermedad, hacer que se involucren y participen conjuntamente con el equipo de salud en la toma de decisiones; esto hará que haya mayor comprensión de los temas referentes a la enfermedad y permitirá un mejor desarrollo de estrategias de afrontamiento para llevar un mejor tratamiento y ajustar sus hábitos de comportamiento.

### **1.5.1. Informarse / conocer**

Algunos autores plantean como primer paso el manejar un conocimiento general de la enfermedad (en este caso de la diabetes), así como las características del tratamiento para manejarla (Guerrero, 2003). Ornelas et al. (2012), menciona que es necesario que la persona sepa exactamente qué se quiere conseguir para evaluar si tiene el medio para conseguirlo. Avendaño y Barra (2008), coinciden al plantear que uno de los primeros pasos para una adecuada adherencia terapéutica, es la psicoeducación sobre la enfermedad y el tratamiento. Esta acción de mantenerse continuamente informado ayudará a que el tratamiento sea de un manejo más accesible; incluso si la persona tuviera varios tratamientos, se podrá involucrar en la elección de cuál sería el más apropiado y así poder adaptarlos a sus particularidades (Villamarín & Sanz, 2004).

Conocer las características de la diabetes, su fisiología, sus síntomas, sus complicaciones y cómo manejarla influirá en la percepción que se tenga de ella; para así poder resolver las dudas, los mitos o la influencia de las emociones que vayan surgiendo por el mismo proceso de lidiar con la enfermedad. Esto se ha demostrado como en el estudio de tres años de García-Talavera et al. (2010); ellos comprobaron que si se capacita al personal de salud de los diferentes niveles de atención que tratan a las personas con diabetes, y además se le brinda información (o material informativo) para manejar emergencias no complicadas (hiperglucemias e hipoglucemias leves) en casa, se logra reducir el ingreso por urgencia a los hospitales por complicaciones de la diabetes.

### **1.5.2. Peso corporal**

La OMS (2004, 2012), recomienda mantener un peso corporal saludable, para determinarlo, se puede utilizar el Índice de Masa Corporal (IMC). Salud (2006), establece que mediante el IMC se podrá clasificar si la persona presenta un peso adecuado, bajo peso, sobrepeso u obesidad. Un peso normal se establece al tener un IMC entre 18.5 a 24.9 (Ver tabla 1.3); conocer estos parámetros pueden servir como una guía para realizar una autoobservación a manera de crítica constructiva para establecer, retomar y/o mantener acciones que permitan encaminarse hacia la salud física.

La fórmula para calcular el IMC es:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg.)}}{\text{Estatura}^2}$$

Para ayudar a tener un IMC normal Calleja y Olmos (2004), plantean que hay que determinar cuál es el peso (Kg.) que debe tener una persona de acuerdo a su estatura, posteriormente ir estableciendo el tipo de ejercicio que puede realizar para su mayor beneficio y finalmente establecer un plan alimenticio específico.

Tabla 1.3 Clasificación de la obesidad y el sobrepeso mediante el índice de masa corporal, el perímetro de la cintura y el riesgo asociado de enfermedad (Salud, 2006)

Clasificación	Tipo de obesidad según IMC	IMC Kg/m <sup>2</sup>	Riesgo de enfermedad en relación con el peso y el perímetro de cinturas normales	
			Hombres ≤ 102 cm Mujeres ≤ 88 cm	Hombres > 102 cm Mujeres > 88 cm
Bajo peso		< 18.5	--	--
Normal		18.5 – 24.9	--	--
Sobrepeso		25.0 – 29.9	Aumentado	Alto
Obesidad	I	30.0 – 34.9	Alto	Muy alto
	II	35.0 – 39.9	Muy Alto	Muy alto
Obesidad extrema	III	≥ 40	Extremadamente alto	Extremadamente alto

La ADA (2013e, 2014), establece que bajar de peso puede mejorar los niveles de glucosa en la sangre, la presión arterial y el nivel de colesterol en sangre. Hay que tener cuidado de hacerlo gradualmente (evitando dietas muy rápidas que descompensen el organismo). Se recomienda ir reduciendo el peso poco a poco, con metas establecidas, por ejemplo, bajando un 7% del peso corporal, por ejemplo entre 5 y 7 kilos, ya se empezarán a ver los resultados.

Es importante que estas evaluaciones y acciones a seguir, sean personalizadas y establecidas en conjunto con un profesional (médico o nutriólogo) para cuidar la salud y obtener mejores resultados.

### 1.5.3. Ejercicio

Entre los fundamentos de su investigación, Calleja y Olmos (2004), hacen referencia a un estudio que encontró correlación inversa entre la frecuencia de ejercicio realizado y la probabilidad de ser diagnosticado con la enfermedad, con población de riesgo a padecer diabetes tipo 2. Pero para esto, hay que señalar que no cualquier

actividad o movimiento corporal es sinónimo de ejercicio, Calleja y Olmos especifican que el ejercicio tiene que cumplir con los requisitos de frecuencia, intensidad, duración y consumo constante de oxígeno. Para comprender mejor, se determina que hay dos tipos de ejercicio:

1. *Ejercicio aeróbico*: Son las actividades de larga duración, en ellas se consume mucho oxígeno. Algunos ejemplos son el caminar con paso enérgico, correr, patinar, tenis, remo, saltar la cuerda, baile de salón, patinar en hielo, nadar, andar en bicicleta, fútbol soccer, básquetbol, bicicleta estacionaria, gimnasia aeróbica, etc.
2. *Ejercicio anaeróbico*: Son actividades de poca duración, sin un gasto muy alto de energía, se consume poco oxígeno y no proporcionan acondicionamiento cardiovascular efectivo. Aunque sí requieren de gran intensidad y se requiere de gran fuerza. Algunos ejemplos son el levantamiento de pesas, carrera de 100 metros, beisbol, fútbol americano, voleibol, montar a caballo, golf, etc.

Para el caso de las personas con diabetes, se recomienda el tipo aeróbico, y siempre realizar evaluación médica completa y cuidadosa antes de iniciar un plan de actividad física (Alpizar, 2008).

Salud (2012c), recomienda que la *frecuencia* del ejercicio sea como mínimo de 150 minutos por semana, pero que no sea en dos días consecutivos. Calleja y Olmos (2004), plantean realizarlo en tres días por semana, esto mejorará la capacidad cardiovascular, el control glucémico y metabólico de la persona. Progresivamente, la meta es llegar a cinco días a la semana (ADA, 2013e).

Para quien no haya realizado ejercicio o actividad física desde hace algún tiempo, se puede comenzar por caminatas cortas (de cinco a diez minutos) al día e ir agregando un poco más cada semana (ADA, 2013e). Calleja y Olmos (2004); y Guerrero (2003), diseñaron un plan de sesiones con rutinas detalladas del ejercicio, desde calentamiento, máximo esfuerzo y enfriamiento para personas con diabetes; ellos plantean un incremento de la autoeficacia a través de brindar a las personas los conocimientos prácticos para la práctica del ejercicio. También se resalta la importancia del papel del personal de enfermería en la atención de la salud y de la diabetes tipo 2.

La *duración* del ejercicio en cada sesión debe ser regular, preferentemente 30 minutos al día (Del Castillo, 2010; Guerrero, 2003; OMS, 2004, 2012). Esto es importante porque el organismo toma la energía que necesita de diferentes fuentes, dependiendo de la cantidad de tiempo de ejercicio realizado (Calleja & Olmos, 2004):

- De 0 a 14 minutos → la energía viene de la glucosa que se obtiene de la sangre. Alpizar (2008), menciona que a partir del minuto 12, se aumenta la sensibilidad hepática y periférica a la insulina por espacio de 12 a 16 horas.
- De 15 a 29 minutos → la energía viene de la glucosa proviene del hígado (por medio de la glucogénesis).
- Después de los 30 minutos → la energía viene de los ácidos grasos libres provenientes de la lipólisis. Esta duración será principalmente si se requiere perder peso (ADA, 2013e).

La *intensidad* de el ejercicio debe plantearse en términos de la propia capacidad de la persona (entre un 50 a 70%). Para calcular esto, se puede determinar la medición de la máxima frecuencia cardiaca (FCmax) durante la prueba de esfuerzo y el pulso basal (FCb) antes de levantarse en la mañana. La fórmula para calcular el 50% del esfuerzo máximo es:  $EM\ 50\% = 0.5 \times (FCmax - FCb) + (FCb)$ . Para calcular la FCmax, se puede aplicar la fórmula  $FCmax = 220 - \text{edad de la persona}$ . (Calleja & Olmos, 2004).

Alpizar (2008), señala que el ejercicio debe realizarse en forma progresiva en tiempo y esfuerzo para evitar lesiones en los músculos, articulaciones y huesos; esto se logra realizando:

- Un calentamiento (de 5 a 10 minutos). Se realiza mediante movimientos estáticos y de flexibilidad de los músculos que se usarán en la fase intensa.
- Una actividad máxima (10 minutos). Posterior al calentamiento, en el caso de que la persona no tenga actividad física, se puede iniciar con caminata a paso vigoroso por la mañana y también por la tarde. Esto puede ser por dos a cuatro semanas, con frecuencia de tres a cinco días de la semana con una intensidad de 50% de la FCmax.
- Un enfriamiento (de 5 a 10 minutos). Incluye ejercicios de actividad ligera (caminar despacio, ejercicios de elasticidad suaves, etc.).

Calleja y Olmos (2004) elaboraron un material detallado para establecer rutinas de ejercicio incrementándolo de manera gradual, mediante un plan de trabajo a 12 semanas. Otras de sus consideraciones son:

- En el caso de que exista una enfermedad crónica, se requiere obligatoriamente una valoración médica para establecer el tipo y la rutina de ejercicios más adecuados a cada persona.
- En el caso de la diabetes se requiere monitorear que el nivel de la glucosa en sangre sea adecuado (no debe realizarse ejercicio con niveles elevados), revisar que no haya heridas o ampollas, enfermedades como gripa, infecciones en los dientes, garganta, estómago, etc. Si el médico lo determina, realizar exámenes más especializados como la valoración oftalmológica (para identificar posible retinopatía), pruebas de función renal (para detectar neuropatía periférica o autonómica) y examen cardiovascular completo (para detectar hipertensión y cardiopatía) con ello se pretende prevenir complicaciones macrovasculares, microvasculares o neurológicas.
- Al terminar el ejercicio revisar que no haya habido lesiones, principalmente en los pies.
- Hay que usar un equipo atlético adecuado (ropa, calzado, calcetines, guantes –si es necesario–, etc.), considerar las condiciones del clima.
- Deben haber pasado de una a tres horas de haber comido para realizar el ejercicio.

La ADA (2013f); y Alpizar (2008), menciona los beneficios del ejercicio en la persona con diabetes:

- ✓ Aumenta la sensibilidad a la insulina e hipoglucemiantes orales. Menciona que aunque el ejercicio por sí solo no mantiene un control óptimo de los niveles de glucosa, sí puede hacer que se disminuyan las necesidades de insulina. Calleja y Olmos (2004), en su momento plantearon que la persona con diabetes que realiza ejercicio de manera disciplinada y establecido como un hábito cotidiano, puede reducir la cantidad de insulina o medicamentos e incluso prescindir de estos últimos.
- ✓ Al mejorar el perfil lipídico, se reduce el riesgo cardiovascular.

- ✓ Ayudar a conseguir mejor control glucémico a corto y a largo plazo, disminuyendo niveles basales y postprandiales.
- ✓ Permite reducir el peso.
- ✓ Aumenta la energía, fuerza y la flexibilidad.
- ✓ Retarda y ayuda a mejorar las complicaciones crónicas (hiperglucemia, neuropatía periférica, hipertensión, derrame cerebral).
- ✓ Disminuye el estrés.
- ✓ Aumenta la sensación de bienestar y calidad de vida.

Theofilou y Reyes (2013), encontraron que seguir el ejercicio como lo recomienda el personal de salud, es la piedra angular para el tratamiento de diabetes y otras enfermedades como las cardiovasculares (reduciendo el riesgo de un accidente cerebrovascular), osteoporosis, osteoartritis, hipertensión, ayuda a bajar el nivel de colesterol en sangre, reducir la obesidad; en estas investigaciones se asoció el ejercicio físico con una mejor salud emocional.

#### **1.5.4. Alimentación**

Como parte del manejo de la diabetes, es necesario entrenarse en algunos principios básicos de nutrición (Guerrero, 2003), por ejemplo Becerril y Herrera (2004); así como Calleja y Olmos (2004), mencionan la diferencia entre lo que es una dieta y un plan alimentario. Estos cinco autores plantean que manejar el cómo llevar un buen plan alimenticio será el inicio básico del tratamiento terapéutico de la diabetes, y en algunos casos es la única intervención terapéutica:

- *Dieta.* Alimentación diaria y habitual con restricción o aumento de ciertos alimentos.
- *Plan alimentario.* Guía que incluye todos los grupos de alimentos que se adapta a las necesidades y gustos de cada persona, y que se consume diario. Es para personas con o sin enfermedad. No requiere alguna preparación especial y es consumido en cantidades personalizadas para que cada a persona le proporcione los nutrimentos suficientes en base a lo que requiera (por lo que debe ser fácil de entender para llevarlo a cabo). Entre los tipos de alimento, la ADA (2013e), sugiere: verduras, granos integrales, frutas, lácteos sin grasa, grasas saludables y carnes magras (sin grasa) o sustitutos de la carne. Es incluir casi todos los tipos de alimentos, pero evitando comer demasiado de un solo grupo.



Es importante (por no decir fundamental) asesorarse con un especialista en nutrición para evaluar y poder puntualizar detalles que acoten el plan alimentario a las necesidades específicas de energía que requiera. Algunos puntos a considerar al implementar un plan alimenticio son:

- Realizar un buen estudio socioeconómico para saber las necesidades y qué tanto la persona con diabetes pueda ajustarse a las recomendaciones alimentarias de los profesionales de la salud (Salud, 2012c).
- Realizar una evaluación clínica, antropométrica y dietética; considerando datos como el sexo, edad, estatura, IMC, índice de cintura de la persona, si se lleva tratamiento con medicamento o insulina, etc. (Alpizar, 2008; Calleja & Olmos, 2004; Del Castillo, 2010).
- Especificar los tipos de alimento, sus cantidades o porciones (A.D.A., 2013c), de acuerdo a las kilocalorías que se necesitan (Calleja & Olmos, 2004), adecuadas para cada individuo. Para ello, los especialistas en nutrición utilizan el Sistema de Equivalentes, donde se indica cómo se clasifican los alimentos (cereales, productos de origen animal, leguminosas, leche, frutas, verduras y lípidos), así como la cantidad sugerida y peso neto, se puede consultar en Alpizar (2008).

La ADA (2013e), proporciona un práctico ejemplo, mediante una serie de pasos, para distribuir los alimentos dentro de un plato al comer (Figura 1.1):

1. Con una línea imaginaria, se divide el plato por la mitad, luego uno de los lados se vuelve a dividir por la mitad, quedando tres lados.
2. La mitad más grande llevará verduras frescas (sin almidón) como: ensalada, espinaca, zanahorias, lechuga, hojas verdes, col china, frijoles verdes, brócoli, coliflor, repollo, tomates, jugo de verduras, salsa, cebolla, pepino, remolacha (betabel), calalú, hongos, pimientos (chiles), nabo...
3. Una de las secciones pequeñas llevará granos y/o verduras con almidón como: cereales integrales (o panes integrales ricos en fibra como pan de centeno o de trigo integral), cereales cocidos (avena cocida, sémola de maíz, maíz descascarillado o crema de trigo), arroz, pastas, fideos, cebada, tortillas, frijoles (pintos verdes, o frijoles caupí), chícharos cocidos, papas, maíz, habas verdes, camotes, calabaza de invierno, pretzels, galletas bajos en grasa, y/o palomitas de maíz sin grasa...

4. La otra sección pequeña es para alimentos que aportarán proteínas como: pollo o pavo (sin la piel), pescado (atún, salmón, bacalao o bagre –pez gato–), mariscos (camarones, almejas, ostras, cangrejo o mejillones), cortes magros de carne de res y de cerdo (lomo), tofu, huevos, queso bajo en grasa
5. Se puede agregar leche  $\frac{1}{4}$  de litro. Que sea descremada al  $\frac{1}{2}\%$  o al  $1\%$ , o puede ser yogur bajo en grasa o sin grasa, o leche de soya corriente.
6. Se puede agregar una fruta pequeña o  $\frac{1}{2}$  taza de ensalada de frutas, de preferencia frescas (durazno, piña, plátano, manzana, pera, mango, uvas, fresas, melón, papaya, chabacano, naranja, toronja...). Si no bebe leche, se puede agregar otra fruta, un yogur descremado o un bolillo pequeño.

Para este método, puede colocar comida hasta alcanzar la altura de un mazo de cartas o la palma de su mano. La ADA (2013f), plantea que una vez que se haya cambiado la cantidad que se come, cada persona podrá ocuparse en elegir opciones más saludables de cada tipo de comida y evitar comer sólo un grupo o caer en aburrimiento.

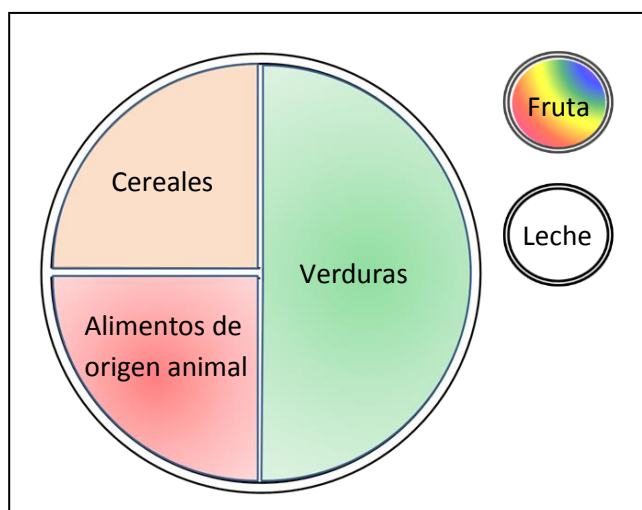


Figura 1.1 Plato creado por la ADA (2013e), para una alimentación saludable (adaptado).

Una vez establecida la forma de distribuir los tipos de alimentos, será importante cuidar la cantidad de tiempo que pase entre cada comida, pues, como Alpizar (2008) refiere, si se mantiene un suministro de alimentos inestable, el organismo tratará de almacenar energía para asegurar su supervivencia ante la incertidumbre de cuándo será el siguiente alimento; esa energía se almacena como grasa abdominal, generando riesgo a la resistencia a la insulina. Por lo tanto es importante evitar ayunos prolongados (de más de cinco horas), la OMS (2004, 2012), recomienda llevar una alimentación constante

(comer 5 veces al día, en porciones y colaciones adecuadas), incluyendo verduras y frutas.

Otras recomendaciones que pueden incorporarse a la alimentación diaria, son:

- Respetar los gustos, costumbres y preferencias alimenticias (Alpizar, 2008). Se trata de ajustarse y procurar hacer el mínimo de cambios para que la persona pueda cumplir con las sugerencias.
- Que dicha alimentación sea baja en grasas, principalmente saturadas, así como baja en sal (Calleja & Olmos, 2004). Alpizar (2008), recomienda consumir menos de 3 g de sodio y llevar un consumo menor a 30% de grasas en el día.
- Disminuir el aporte calórico y promover la práctica de ejercicio. Principalmente si hay sobrepeso (Alpizar, 2008). Pero será importante intentar no comer más de lo necesario (ADA, 2013e).
- Conocer la cantidad de carbohidratos que contienen los alimentos de consumo frecuente, para que la dieta sea baja en carbohidratos y así compensar los niveles de insulina que el cuerpo aún genere (OMS, 2004, 2012).
- Tener presente el tamaño que tenga cada bocado. Si es pequeño, será más fácil de digerir (Mouserrat y Sierra, 2002).
- Preferir bebidas sin azúcar. 1 a 1.5L de agua al día, evitando alimentos y bebidas con alto contenido de glucosa (Alpizar, 2008).
- Que contenga alto contenido de fibra. Pues enlentece que suba la glucosa, el vaciado del estómago es lento, se absorbe rápidamente la glucosa en intestino y reduce los niveles de lípidos en sangre (Mouserrat y Sierra, 2002). Alpizar (2008), recomienda consumir de 25 a 30 g de fibra al día. Algunos ejemplos de alimentos ricos en fibra que plantean Ortíz, Ramos, Pérez & Ramírez (2013), son: All-Bran, alubia, guayaba, lenteja (cocida sin sal), frijol negro (promedio, cocido sin sal), semillas de granada roja, camote horneado con la piel sin sal, garbanzo (cocido sin sal), frijoles refritos en conserva (estilo tradicional), jícama, papas a la francesa, tuna, trigo, salvado, pera, haba (cocida sin sal), hojuelas de avena cruda, soya (cocida sin sal), semillas de calabaza tostadas sin sal (pepitas), betabel crudo y naranja en gajos.

- Conocer los diferentes modos de preparar la comida. Por ejemplo, preferir papa entera en lugar de puré, zanahoria en trozos en vez de que sea rallada, alimentos hervidos o asados en lugar de fritos, etc. (Mouserrat y Sierra, 2002).

Situaciones específicas como el consumo de edulcorantes (endulzantes), productos light, pueden ser aclaradas de manera más puntual con un nutriólogo o especialista en diabetes (Calleja & Olmos, 2004); incluso, si le valoran así, pueden proporcionar algún tratamiento a través de incorporar un alimento diario (soya, por ejemplo), que se haya valorado para ayudar a reducir los niveles de glucosa en sangre (Mejía, Díaz, Pasupuleti, Morales & Saldaña, 2009).

Reiterando la importancia de que el plan alimentario sea personalizado, Mouserrat y Sierra (2002); y Becerril y Herrera (2004), plantean algunas ventajas que se logran con la alimentación para mejorar el estado de salud:

- ✓ Tener las suficientes calorías que necesite para mantener un peso corporal aceptable.
- ✓ Niveles de glucemia, hemoglobina y lípidos cercanos a lo normal, sin comprometer su bienestar personal por tener diabetes.
- ✓ Prevenir, retardar los factores de riesgo (control de peso, por ejemplo) y/o complicaciones relacionadas con la nutrición o el tratamiento.

Becerril y Herrera (2004), plantean que de lograr involucrar a la familia, se obtienen mayores beneficios, además de sólo los físicos:

- ✓ Se evitarán distinciones y discusiones por la elección de la alimentación diaria, lo que incrementará la unión entre la familia.
- ✓ Se beneficiará la economía familiar, pues se estarán utilizando alimentos cotidianos y se evita preparar varios tipos de comida (por separar la de la familia de la de la persona con diabetes).
- ✓ Se descarta el sentimiento de culpa por no seguir el plan alimenticio.
- ✓ Se beneficia la autoestima y bienestar subjetivo de la persona.

Además de que dará a la persona con diabetes la sensación de compañía ante la enfermedad.

Para impulsar la participación de los familiares, Chapman (2009), sugiere algunas acciones que se han utilizado en otros programas:

- Que la persona conozca varias opciones de alimentos saludables. Para que tenga libertad de elegir.
- Que sean fáciles de preparar.
- Que se preparen con alimentos saludables.
- Que las personas (con y sin la enfermedad) tengan fácil acceso a la información de alimentación, pero de fuentes confiables y actualizadas.

#### **1.5.5. Tabaco y alcohol**

Salud (2012c) y la OMS (2012) plantean dentro de las recomendaciones y cuidados para la persona con diabetes, evitar el consumo de tabaco. Algunos autores mencionan que el consumo de tabaco en las personas con diabetes tipo 2 favorece el incremento de la glucosa en sangre en ayuno (Calleja & Olmos, 2004); incrementar el riesgo de que los descendientes desarrollen diabetes o enfermedades cardiovasculares (Becerril y Herrera, 2004); así como incrementar el riesgo de presentar una enfermedad arterial periférica hasta tres veces más, por lo que dejar de fumar reduce el riesgo de presentar infarto al miocardio muertes cardiacas y en promedio aumenta 10 años de vida (Alpizar, 2008).

En el caso de bebidas alcohólicas, aunque Calleja y Olmos (2004); y Becerril y Herrera (2004), mencionan que el consumo moderado no afecta el control de la glucosa en sangre, siempre y cuando no tenga problemas hepáticos o renales o no lo consuma en ayuno; Salud (2012c), recomienda limitar su ingesta a una bebida al día o menos en mujeres y dos bebidas o menos en hombres. Por otra parte Alpizar (2008), recomienda eliminar por completo su consumo, pues si se consume en ayuno, surge el riesgo de que cause hipoglucemia o se enmascaren los síntomas de hipoglucemia originada por otras causas.

#### **1.5.6. Manejo de complicaciones**

Informar sobre cómo identificar los signos de alarma puede favorecer que se reduzca el riesgo de ser hospitalizado por complicaciones graves (Alpizar, 2008; Calleja & Olmos, 2004; García-Talavera et al., 2010; Guerrero, 2003). Como punto básico,

estos autores coinciden en que por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida de la persona, los familiares, la persona con el diagnóstico y los profesionales de la salud necesitan poner especial atención en la enseñanza de qué es la **hipoglucemia**, su identificación, prevención, tratamiento y manejo de sus complicaciones agudas y crónicas. Recordando también que puede haber personas que no presenten los síntomas de hipoglucemia, algunas estrategias de prevención y manejo son:

- Que la persona con diabetes porte algo (un brazalete o una identificación) que indique que tiene la enfermedad, qué medicamentos o insulina usa, y en qué dosis.
- Si se va a realizar ejercicio diario, se debe consumir un aporte extra de carbohidratos (10 a 15 g.) cada 30 a 45 minutos. La glucosa capilar se deberá monitorear antes, durante y después del ejercicio. Otra opción puede ser reducir la dosis de insulina (Alpizar, 2008). Estas adaptaciones particulares las debe realizar el médico tratante (*ver apartado sobre el ejercicio*).
- Tener glucagón de emergencia, que los familiares, colegas o amigos sepan administrárselo por vía intramuscular o subcutánea (Alpizar, 2008).
- El caso del ajuste de algunos tratamientos (con sulfonilureas, por ejemplo), se debe realizar un monitoreo continuo en lo que se ajusta el organismo (Alpizar, 2008).
- Calleja y Olmos (2004), sugieren que en caso de presentar hipoglucemia (corroborado por toma de glucosa capilar), la persona puede beber medio vaso de jugo, o una cucharadita de miel, si los síntomas no han desaparecido, consultar a su médico.

En el caso de presentar hiperglucemia, Calleja y Olmos (2004), sugieren que se puede beber líquidos sin azúcar, no realizar ejercicio o actividades que requieran de gran esfuerzo y reposar. En caso de que continúen los síntomas, acudir al médico.

Si se presentan los síntomas mencionados de la **cetoacidosis diabética** (ver apartado de complicaciones crónicas), el personal médico necesita confirmar el diagnóstico, por lo que se requiere realizar estudios de laboratorio como: medición de glucosa en sangre, gases arteriales, bicarbonato sérico, electrolitos, biometría hemática, urea y creatinina (Pérez, 2013); Alpizar (2008), agrega también cetonemia, pH plasma y brecha iónica.

Para su manejo, Pérez (2013), enlista que es necesario realizar las siguientes acciones:

- Corrección de la hiperglucemia. El manejo con insulina hará desaparecer el dolor abdominal (Pérez, 2013).
- Corrección de la deshidratación. Corregir la pérdida de agua y electrolitos; en particular en las etapas iniciales, cuando la persona no presente vómito. En caso de que no tolere el ingerir líquidos, se deberá hospitalizar para su tratamiento (Pérez, 2013).
- Tratar la causa que la desencadenó.

Estas acciones deben ser realizadas por el médico especialista, pues requieren ser monitoreadas las variaciones de los niveles de peso, glucemia, potasio, presión arterial, pulso, estado mental, respiraciones, temperatura, nivel de potasio, pH en sangre, cetonuria y llevar un control en la administración de líquidos, insulina y glucosa (Alpizar, 2008); Pérez (2013), describe que las complicaciones de un mal tratamiento de la cetoacidosis puede causar hipoglucemia, insuficiencia renal aguda y/o edema cerebral. El tratamiento es similar para el estado *hiperosmolar no cetónico*, incluida la advertencia.

### **1.5.7. Cuidado de pies**

Aunque autores como Guerrero (2003); IDF (2013); OMS (2004) recomiendan que la persona con el diagnóstico de diabetes debe cuidar sus pies de manera regular, no especifican cómo hacerlo. Es Alpizar (2008), quien da más detalles de cómo realizar la inspección de los pies con la finalidad de detectar la presencia de piel seca, anomalías en pelo y uñas, callos o signos de infección; también se debe presentar sensibilidad, así como los reflejos aquilianos. En caso de presentar alteraciones, es necesario realizar un examen neurológico.

Además, Pérez (2013), enlista algunas estrategias que puede llevar a cabo la persona con diabetes como

- Inspeccionar diario los pies
- Tratar las lesiones simples
- Mantener los pies limpios y suaves. Lavar con agua tibia, no caliente; no usar jabones perfumados, esponjas rugosas o ásperas; usar toalla exclusiva para los pies.

- Cortar cuidadosamente las uñas. Con un corte recto en los bordes laterales, no retirar la cutícula de la uña; la uña debe tener un borde libre en la parte superior del dedo.
- Usar calcetines y calzado adecuado. Que no presenten orificios, costuras o arrugas; que permitan la circulación sanguínea; preferir zapatos sin costuras internas, de piel o tela; no usar dos días seguidos los mismos zapatos; al comprar zapatos, hacerlo por la tarde (cuando el pie está hinchado) y que se ajuste a la forma y tamaño sin lastimar

### **1.5.8. Niveles de glucosa en sangre**

Es recomendable que la persona con diabetes lleve un continuo automonitoreo de sus niveles de glucosa en sangre y/u orina (Calleja y Olmos, 2004; Del Castillo, 2010; Guerrero, 2003) para que así mantenga sus niveles de glucosa en sangre lo más cerca posible de lo normal para evitar la complicaciones a corto y largo plazo (OMS, 2004).

En periodos relativamente cortos ha habido ajustes en los parámetros de control (niveles meta). En la tabla 1.4 se ejemplifica cómo algunos de estos parámetros se han modificado en diferente tiempo.

La ADA (2013e) sugiere llevar un registro con la fecha, la hora y el valor de la glucosa en sangre cada que se tomen los niveles para saber cómo la comida, la actividad y los medicamentos afectan el nivel de glucosa. Con esa información se podrán tomar decisiones sobre con qué frecuencia, en qué momento (antes o después –2 horas– de la comida, por ejemplo) realizarse los chequeos, así como personalizar la meta a mantener en los niveles para evitar que la glucosa suba o baje demasiado.

Esta ligera variación puede generar confusión en la persona con diabetes y afectar el manejo y efectividad de su tratamiento. Se recomienda seguir los parámetros más recientes establecidos por la ADA (2014), y seguir las indicaciones de su médico tratante:

- Glucemia en ayuno: 70–130 mg/dl
- Glucosa posprandial; <180 mg/dl
- A1c: <7%



Salud (2010), recomienda realizar la prueba A1c cada 6 meses si ha habido un buen control y cada 3 meses si se ha dificultado mantener los niveles.

Tabla 1.4. Parámetros de control en la persona con diabetes tipo 2 de diferentes fuentes (adaptada).

Medición/Autor	Alpizar, (2008)	Del Castillo, (2010)	Salud, (2012c)
Glucosa en ayuno	80 a 110 mg/dl	90 a 130mg/dl	≤110 mg/dl
Glucosa posprandial	80 a 136 mg/dl	≤180mg/dl	≤140mg/dl
Colesterol	Total ≤200 mg/dl (LDL ≤70mg/dl y HDL ≥50 mg/dl)	Total ≤200 mg/dl (LDL ≤100mg/dl y HDL ≥40 mg/dl)	LDLc ≤100 y colesterol no-HDL ≤130 mg/dl. En caso de presentar riesgo cardiovascular, se ajustan los valores a LDLc ≤70 y colesterol no-HDL ≤100 mg/dl
Triglicéridos	≤150 mg/dl.	≤150 mg/dl.	
Tensión arterial	135/85 mm de Hg.	≤120/80 mm de Hg.	
A1c			≤ 6.5% (para personas sin riesgo cardiovascular significativo) y ≤ 8% (si la persona presenta complicaciones cardiovasculares o con historia de hipoglucemia severa).

### 1.5.9. Consultas, medicamento e insulina

En el caso de las personas con diabetes tipo 2, necesita acudir a citas médicas regulares ya que comúnmente les proporcionan medicamentos orales para que haya más producción de insulina, para aprovecharla mejor o para evitar la absorción de carbohidratos (Calleja & Olmos ,2004; OMS, 2004). Del Castillo (2010), puntualiza que debe haber una toma de medicamento de acuerdo a las indicaciones y visitas programadas a diferentes profesionales de la salud; para ello Guerrero (2003), plantea que la propia persona con diabetes debe conocer y manejar el funcionamiento de los hipoglucemiantes orales y la insulina, pues como señala la ADA (2014), hay que tener cuidado de generar episodios de hipoglucemia. Este conocimiento permitirá organizar los tiempos de alimento–medicamento (Villamarín & Sanz, 2004).

Salud (2012c) recomienda el uso de medicamentos (como la metformina) en personas que tengan intolerancia a la glucosa, IMC ≥35, adultos mayores de 65 años de edad, mujeres con historia de diabetes gestacional, que presenten glucosa alterada en ayuno y/o A1c de 5.7% a 6.4%. Hay que tener en cuenta que debido a que en la diabetes el

cuerpo va dejando poco a poco de producir insulina, puede llegar un momento en el que el tratamiento con medicamentos requerirá de agregar la aplicación de insulina de manera exógena para lograr mantener normal los niveles de glucosa en la sangre (A.D.A., 2013f; IDF, 2013; OMS, 2004).

La ADA (2013e), recomienda que si se está comenzando a usar medicamentos nuevos, hacer las siguientes preguntas al médico:

- ¿Cuántas pastillas debo tomar?
- ¿Con qué frecuencia debo tomarlas y en qué momento?
- ¿Debo tomar el medicamento con el estómago vacío o junto con la comida?
- ¿Qué pasa si me olvido de tomar el medicamento y lo recuerdo más tarde?
- ¿Qué efectos secundarios podría tener?
- ¿Qué debo hacer si tengo efectos secundarios?
- ¿Mi medicamento para la diabetes causará algún problema con otro de mis medicamentos?

El tratamiento con medicamento debe de continuar como lo haya indicado el personal médico, si se percibe algún efecto secundario o que no está surtiendo el efecto que debería, hay que comunicarlo con su médico tratante; recordando que el medicamento tendrá un mejor efecto si se lleva un continuo tratamiento no farmacológico.

#### **1.5.10. Otros cuidados**

Las atenciones especializadas que ayudarán a reducir complicaciones (incluyendo la discapacidad), mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas con diabetes pueden ser: llevar una atención dental, utilizar ropa adecuada, revisiones con el oftalmólogo en el momento del diagnóstico y posteriormente una vez al año (OMS, 2004; Salud, 2012c).

Respecto a los **factores psicológicos**, la investigación de Hauser y Pollets (1979) recopila diversos estudios donde, a pesar de la presencia de diabetes al mismo tiempo que dichos factores, no hay alguno que pueda ser tomado como determinante para desarrollar diabetes, sin embargo estos autores revisaron estudios donde las situaciones de vida que la persona con diabetes interpreta como estresantes, afectaron los niveles de glucosa, los niveles de los cuerpos cetónicos y en la cantidad de orina excretada. Por las

características de dichas revisiones, sugieren seguir investigando la información encontrada.

Hills et al. (2004), realizaron un estudio longitudinal para determinar si los síntomas depresivos aumentaban el riesgo de desarrollar diabetes. A pesar haber encontrado que presentar síntomas depresivos moderados a altos elevaba un 63% el riesgo de presentar diabetes que quienes presentan puntuaciones bajas, los autores señalan que este dato debe tomarse con cautela, pues también deben de considerarse los factores como la edad, el uso de medicamento (antidepresivo), la cantidad de actividad física realizada, la cantidad de ingesta calórica, los niveles de glucosa en ayuno, el IMC, niveles de triglicéridos, colesterol, presión arterial, etc.

Pan et al. (2012), realizaron un análisis de los estudios realizados hasta enero de 2002; se enfocaron en los que se encontraban en diversas bases de datos, escritos en inglés. Encontraron que la depresión y el síndrome metabólico se correlacionaron de forma significativa en los estudios transversales; también reportan una asociación bidireccional en esas dos variables. Aunque los resultados varían significativamente según el sexo, el diseño del estudio, las fuentes en cuestión, y los métodos de evaluación de la depresión y el síndrome metabólico, se recupera que hay gran importancia en cómo se sienta la persona, dejando en segundo término si el diagnóstico de depresión se confirma o no; en otras palabras, aseveran que se debe poner atención para detectar oportunamente rasgos depresivos en las personas con síndrome metabólico y diabetes.

Del Castillo (2010), encontró que las emociones como tristeza, angustia, culpa por no seguir el tratamiento pueden impactar el automanejo de la enfermedad, pues la persona se sentirá menos motivada. Reitera la importancia de ser cauteloso para separar los síntomas físicos con los psicológicos de los la diabetes para evitar confundirlos.

Hauser y Pollets (1979), tienen presente el impacto emocional que puede tener el diagnóstico de la diabetes en una persona en las diferentes áreas de su vida. Por lo que además de los cuidados físicos, es necesario realizar cuidados a los factores psicológicos que se presenten al manejar la enfermedad. Si la persona realiza dentro de sus hábitos cotidianos el mantener su cuerpo sano (físicamente), controlar las molestias, llevar una alimentación sana, estas acciones le ayudarán a poderse enfocar en su salud mental (Lazarus & Folkman, 1991). Emociones como: sensación de pérdida, miedo,

estrés, enojo, estupor (shock), culpa, e incluso no creer que el diagnóstico sea cierto y no querer pensar en eso, serán diferentes en su presentación e intensidad en cada persona que tiene diabetes tipo 2 (ADA, 2013e).

Calleja y Olmos (2004), remarcan en su trabajo que es necesario también llevar un manejo del estrés y técnicas de relajación para las personas que lleven tratamiento para la diabetes. Esto también lo apoya la ADA (2013g), al sugerir poner en práctica formas adaptativas para el manejo del estrés: generando adecuadas técnicas de afrontamiento, aprender a relajarse, realizar ejercicios de respiración, realizar ejercicio físico y/o manejo de pensamientos negativos. También sugiere anotar el nivel que se percibe de estrés y junto con ello, los niveles de glucosa; si se registra frecuentemente, esto ayudará a encontrar patrones de comportamiento e ir trabajando sobre los que estresen más.

Enlistar los puntos básicos para el cuidado de la diabetes no basta, no es suficiente con saber qué cuidados se requieren, informarlos a la persona con el diagnóstico y esperar que los siga automáticamente; Alpizar (2008), lo plantea al decir que no basta con sólo jugar el rol paciente-doctor, pues adquirir esta postura sería dejar a la historia natural de la enfermedad la evolución del padecimiento. Es claro que el nivel de conocimientos sobre la enfermedad no asegura el control metabólico; para generar un mayor éxito se requiere generar la habilidad para aplicar lo aprendido (González, 2009).

Por ejemplo, en la revisión de Theofilou y Reyes (2013) se menciona que a pesar de demostrarse sus múltiples beneficios, las personas no realizan actividad física, encontrando que esto puede ser por diversos factores como: la situación demográfica, relacionada a la salud, biológica, cognitiva, conductual y ambiental. Para contrarrestarlo, recomiendan apoyarse con el pertenecer y sentir cohesión de grupo, revisar la propia situación médica y el apoyo social. También consideran importante crear una relación empática con su activador físico.

Así mismo, a pesar de que mantener una alimentación saludable en las personas con diabetes generalmente es igual que la que debe llevar si no se tuviera el diagnóstico, (bajo contenido de grasas –especialmente grasas saturadas y grasas trans–, moderada en sal y azúcar, con comidas basadas en granos enteros, frutas y verduras), llevar una alimentación adecuada es de las tareas más difíciles de llevar a cabo (Mouserrat y

Sierra, 2002). En la investigación de Barranco (2007), se encontró, de igual manera, que la alimentación se consideraba de las principales barreras en el apego al tratamiento.

González (2009), plantea que esto puede deberse a que la comida no sólo es nutrición, no sólo es alimentarse, implica situaciones emocionalmente significativas: hay toda una herencia cultural detrás, un legado de conocimiento de una determinada comunidad, región o país. El haber establecido que la forma más eficaz de consumir los alimentos es en grupo, hace reflexionar que no sólo se come para que sobreviva el organismo, sino para que sobrevivan las relaciones y valores entre las personas. Propone respetar los gustos, costumbres y preferencias alimenticias (al igual que lo mencionado por Alpizar, 2008), pero incluye asociarlo o propiciando condiciones psicológicas y socioculturales adecuadas.

Existen más variables que sólo el médico y sus indicaciones a seguir; hay factores personales, socioeconómicos, sociales, del sistema de asistencia sanitaria, del tratamiento por sí mismo, etc. En el siguiente capítulo se revisarán algunos aspectos que intervienen en el proceso de seguir un tratamiento, pues surge la necesidad de conocerlos, analizarlos y reforzar aquellos que ayuden a la persona al manejo de su enfermedad para posteriormente, como lo plantea la ADA (2014), fomentar una educación para que la persona con diabetes se cuide por sí mismo en su cotidianeidad y así evite complicaciones inmediatas o a largo plazo.

## Capítulo 2. Adherencia Terapéutica

Después de conocer el funcionamiento general del organismo ante la diabetes, se requiere que la persona con esta enfermedad procure mantener un control adecuado en su tratamiento, lo que implicará aprender u organizar sus comportamientos, sus rutinas diarias, tolerar incomodidades y persistencia al procurar funcionar eficazmente en el cuidado de su salud (OMS, 2003). Cumplir este objetivo será benéfico no sólo para el manejo de la enfermedad, sino para evitar complicaciones que se desarrollarían sin estos cuidados; pues como menciona Alpizar (2008), será más fácil tratar educando, que curar medicando.

Se reitera la importancia del papel que desempeñará la persona para tener éxito en la adherencia a su tratamiento; en palabras de la OMS (2004): *'la eficacia de los tratamientos no sólo depende de lo apropiado de los mismos, sino del grado en el que los pacientes se adhieren al tratamiento'* (p. 149).

### 2.1 Definición

Como punto de partida, se puede definir a la adherencia terapéutica como *"el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas"* (OMS, 2004 p. 3). Pero con esta acotación (que desafortunadamente muchos profesionales de la salud actualmente utilizan), se limita demasiado el campo de intervención, pues es una postura clásica donde el médico le corresponde decirle qué hacer al paciente, y si este último no lo hace, será considerado necio o ignorante, colocándolo en una actitud de percibirse incapaz de tomar sus propias decisiones o de que no se tiene en cuenta sus motivaciones personales (Del Castillo, 2010). La OMS (2003), reporta que esto pudiera servir sólo en tratamientos a corto plazo, donde es suficiente con la claridad en el diagnóstico y las sugerencias de tratamiento.

Para tratamientos a largo plazo, como en el caso de las enfermedades crónico degenerativas, será necesario extender este concepto de alianza o adherencia terapéutica para plasmar metas y acciones concretas a seguir, visualizando más que a un paciente, a una persona con un diagnóstico, alguien independiente, inteligente y autónomo, es decir tomando en cuenta sus factores internos, personalizando el tratamiento para que cada

individuo adquiera responsabilidad y toma decisiones activamente (se ha usado también el término empoderamiento o auto-manejo) sobre su propia vida pues, después de todo, sólo la persona con la enfermedad es experta en ella (Del Castillo, 2010).

Barnett, Hawkins y Lentz (2011), mencionan que también se han utilizado diferentes términos como integridad del tratamiento, fidelidad al tratamiento, fiabilidad al procedimiento, cumplimiento del tratamiento y adherencia al tratamiento; recalando que no siempre se han utilizado de manera similar. Para fines del presente trabajo se toma la definición que hace la OMS (2004), donde amplía el término de adherencia terapéutica considerando que va más allá de que el paciente sea un mero receptor de las instrucciones que da el médico. La describe como *“el compromiso activo y voluntario del paciente en el tratamiento de su enfermedad, al seguir una terapia mutuamente acordada y compartir la responsabilidad con los prestadores de asistencia sanitaria”* (p. 76). Considera que parte de ella es buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento, flexibilidad para modificar comportamientos, mantener hábitos de higiene para el manejo de la enfermedad.

## **2.2 Investigaciones sobre adherencia terapéutica y diabetes**

La OMS (2004), ha encontrado que en Europa sólo el 28% de las personas con diabetes tipo 2 se adhieren a su tratamiento, y en EUA son menos del 2% los que llevan su tratamiento tal como lo indica la A.D.A. Chapman (2009), también reportó que no se están consiguiendo las metas de control, pues en Estados Unidos, sólo el 10% de las personas con diabetes mantienen en control los niveles de A1c, LDL y Tensión Arterial (TA). Si se analizan individualmente estas cifras, se revelan datos de cuidado:

- Para la A1c: Las personas mantienen un valor  $<7\%$  sólo el 43% del tiempo. Y mantienen 18% del tiempo sus niveles arriba de 9.5%
- Para LDL: Mantienen sus niveles  $<100$  mg/dl sólo el 11% del tiempo. Y arriba de 130 mg/dl el 58% del tiempo.
- Para la Tensión arterial: La mantienen arriba de 140/90 el 44% del tiempo.

La OMS (2004), menciona que no hay algún único patrón para medir la adherencia al tratamiento; mediciones subjetivas u objetivas presentan ventajas y limitaciones en sus

alcances al determinar qué tanto se adhieren los pacientes a su tratamiento. Pero promueve que el intervenir para mejorar la adherencia terapéutica puede ser mejor que sólo tratar de mejorar el tratamiento médico específico. En el caso de la diabetes, una mala adherencia terapéutica al tratamiento puede hacer que haya mayor predisposición de que se desarrollen otras enfermedades como la hipertensión, la obesidad y la depresión. Expresa que una mala adherencia "*causa complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes y desperdicia los recursos de atención de la salud*" (p.11).

Dentro de los beneficios de involucrarse y apegarse al tratamiento, Sitges et al. (2004), mencionan que para la persona con diabetes, puede impactar en su economía, pues los cuidados diarios, a manera de prevención, harán que haga menos uso de los servicios de salud especializados y costosos por alguna complicación, crisis o recaída; las complicaciones por un deficiente control pueden generarle que los costos económicos se eleven de tres a cuatro veces más que si se llevara un adecuado control.

De igual manera, para el sistema de salud, los beneficios de una adecuada adherencia terapéutica se reflejan en reducir la cantidad de pacientes hospitalizados, los días de estadía hospitalaria y las consultas ambulatorias. Se evitará la aparición de complicaciones de la diabetes y los costos individuales, sociales y económicos que las acompañan (OMS, 2004).

Cardwell (2013), revisó varios estudios sobre mujeres con diabetes gestacional, en donde la adherencia se vio beneficiada por factores como el monitoreo continuo, el uso de tecnología para llevar un mejor registro y la constante práctica. Además se encontró que la baja adherencia se asoció con baja autoestima, baja autoeficacia y más síntomas depresivos. Respecto a la autoeficacia, reporta que trabajar su incremento benefició el conocimiento de la diabetes, el autocuidado, la adherencia al tratamiento y las personas reportaron menos síntomas depresivos. Incluso sin importar variables como el índice de masa corporal, la edad o el origen étnico.



## **2.3 Variables implicadas en la adherencia terapéutica**

La falta de adherencia se ha observado en la conducta de la persona, pero tiene causas que van más allá de ella. Dentro de estos factores se contemplan: los atributos de la propia persona, de su ambiente (apoyo social, características de su sistema de salud, funcionamiento del equipo de salud, factores socioeconómicos para acceder a los recursos del sistema de salud), así como características de la propia enfermedad y del tratamiento (OMS, 2003, 2004).

Del Castillo (2010), los clasifica como: *factores personales* (actitudes y creencias), *sociales y medioambientales*. Con el enfoque de fomentar un auto-cuidado, hace mención de que los resultados dependerán de estos factores, pero serán regulados por las conductas de manejo que la propia persona realice. Además, plantea que las emociones, al interactuar con la fisiología del individuo, sus pensamientos y creencias de la enfermedad, serán importantes en la percepción de vulnerabilidad a la enfermedad, (qué tan severa se percibe), así como qué tan capaz se siente y percibe para enfrentarla, modificando su ambiente (interno y externo), y poder recuperar su salud (ver figura 1).

En la investigación de Valderrama (2008), se agregan la autoestima, las creencias sobre la salud a las variables mencionadas, y menciona también las emociones relacionadas al diagnóstico de la enfermedad: enojo, hostilidad, depresión, indiferencia e incredulidad.

### **2.3.1. Factores personales**

Los primeros factores que se considerarán, que favorecen u obstaculizan la adherencia al tratamiento, son aquellos relacionados con la propia persona. Las situaciones individuales pueden determinar la forma de ajustar el tratamiento, por ejemplo, la OMS (2003), señala que la falta de concordancia entre la disposición del paciente por cuidarse y las recomendaciones del experto, pueden deberse a que se está ofreciendo la atención a quien aún no está listo para seguir las indicaciones, es decir, porque sólo se está considerando la postura biomédica (donde se pretende que el paciente siga incondicionalmente las indicaciones del médico), y no toda la gama de variables involucradas en la adherencia. En esta línea de investigación, Bandura y Walters (1978), refieren que en caso de que persistan conductas inapropiadas hacia un tratamiento, hay que considerar la posibilidad de que la persona aún *no conoce otra forma de reaccionar* ante las situaciones particulares que se le presenten.

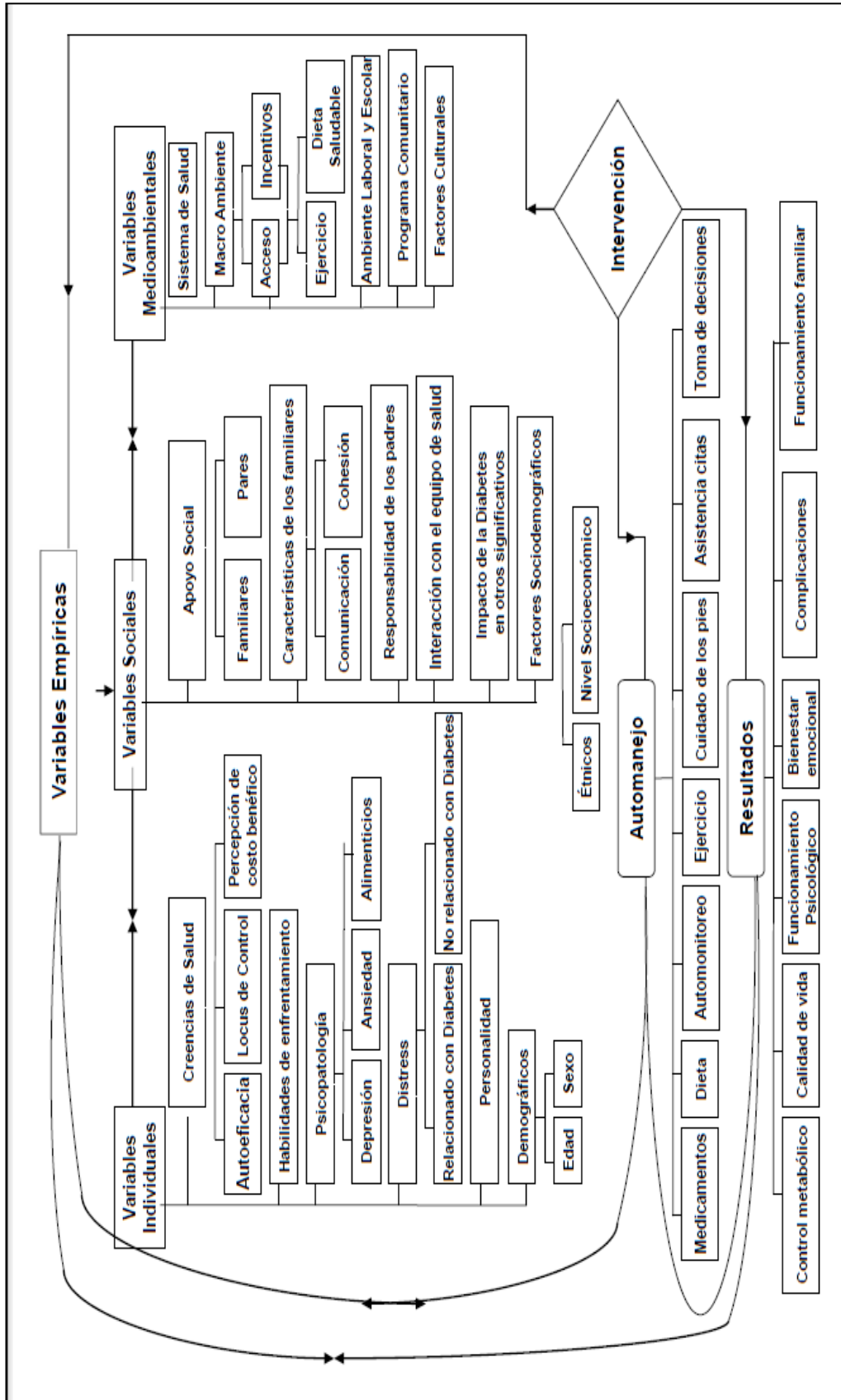


Figura 1. Modelo Psicosocial de variables que explican el automanejo y los resultados clínicos de pacientes con diabetes tipo 2. Gonder-Frederick, Cox y Ritterband en 2002, citado en Del Castillo (2010).

Habrá que enfocarse, como señala Villamarín y Sanz (2004), en las *conductas* y en las *emociones* como mediadores de la salud que interactúan con el entorno físico y social; estos autores proponen que para comprender mejor los factores determinantes de la calidad de vida, hay que analizar los *procesos psicológicos* tanto como influencia, así como consecuencia de los estados de salud física. Al respecto, Lazarus y Folkman (1991), refieren que es de gran relevancia el cómo la persona se vea a sí misma, *cómo se sienta y se perciba*; esto influirá en cómo se perciba el entorno y las situaciones en que se encuentre; en otras palabras, manejar adecuadamente su *autoconcepto, confianza y emociones*, favorecerá que se aproveche mejor los recursos con que cuente para beneficio de su tratamiento.

Por su parte, Bandura y Walters (1978), mencionan que para determinar si una persona est  llevando un adecuado autocontrol necesita resistir a *transgredir* (conductas inadecuadas al tratamiento), *reconocerse* (física o moralmente) a sí misma por los avances que va alcanzando y poder *posponer* beneficios a corto plazo (perjudiciales al tratamiento) por beneficios a largo plazo (convenientes al tratamiento)

Alpizar (2008), señala que una persona pasiva y dependiente, difícilmente lograr  los objetivos de adherencia a su tratamiento; por ello se recomienda usar un *método participativo* centrado en el desarrollo humano: es aprovechar las habilidades de cada persona para ir transformando poco a poco su propio entorno cotidiano; también es conocido como el método de aprender haciendo, pues es permitir que vaya descubriendo qué acciones cercanas a su realidad (por pequeñas que parezcan), puede ir decidiendo cambiar y actuando para lograrlo. Este método permite una participación consciente, reflexiva y organizada en su contexto social.

Bandura (1982) concuerda al mencionar que si se permite que los participantes *establezcan sus propias metas significativas* y ellos mismos se administren sus reforzadores, pueden rendir más, trabajar más por los mismos reforzadores. Bandura y Walters (1978), mencionan que los reforzadores positivos pueden ser verbales o materiales (no es indispensable dar cosas materiales siempre, pueden ser refuerzos simbólicos); además de que la participación voluntaria de la persona ayudará a que se le de mayor valor y se comprometan más con la tarea asignada, incluso si es algo difícil de realizar. Barranco (2007), refiere que para empezar a generar este autocontrol hay que permitirle al sujeto desarrollar su libertad personal para su tratamiento.

Es tanta la importancia de que se permita que los individuos mantengan la capacidad de tomar sus propias decisiones, que incluso se ha establecido como parte del ejercicio profesional del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

De acuerdo a lo anterior, Del Castillo (2010), plantea que la adherencia terapéutica implicará dejar de sentirse responsable de los pacientes, para sentirse responsable hacia ellos; plantea permitir que las propias personas logren formar parte de la construcción de su tratamiento, pues se sentirán más capaces de llevarlo a cabo, es decir, manejar una sólida *autoeficacia*. Por lo tanto, recomienda que desde el inicio las personas con el diagnóstico participen activamente (mediante comentarios, sugerencias, propuestas, etc.), que estén de acuerdo o por lo menos hayan aceptado la importancia de seguir las acciones concretas del tratamiento. Incluso, como menciona Calleja y Olmos (2004), que se les permita elegir el tipo de acciones que prefieren para cuidar su salud, como por ejemplo que elijan que ejercicio prefieren realizar, que sea divertido, elegir variedad en las actividades, que pueda reproducirse en el momento y con quien la persona desee.

En el caso del tratamiento de la persona con diabetes, es muy probable que se trate con personas de *edad* avanzada (quizá más de 60 años); esta variable será importante considerarla para poder establecer si la persona es dependiente o no de alguien más para llevar a cabo su tratamiento; de ser así se sugiere establecer una responsabilidad compartida en las tareas, ya que asumir la responsabilidad muy rápido, puede ser una gran carga para la persona recién diagnosticada (OMS 2004). Para establecer los parámetros de los estudios de laboratorio, también hay que tener presente la edad de la persona, pues en adultos mayores de 65 años los parámetros de las metas glucémicas son ligeramente diferentes dependiendo de cuál sea la expectativa de vida, si se requiere evitar hipoglucemias constantes, si hay complicaciones macro o microvasculares, deterioro en funciones cognitivas, enfermedades neuropsiquiátricas u otras (Alpizar, 2008).

Una vez considerando algunos factores personales para la puesta en marcha de un plan de trabajo con la persona con diabetes, Phillips, Leventhal, y Leventhal (2013), enfatizan que para que la adherencia al tratamiento se mantenga a largo plazo, es necesario que las *conductas* que hagan las personas para cuidarse necesitan ser efectivas, ya que esto reforzará sus creencias a favor de su salud. Pero como no basta con sólo considerar las creencias que la persona tenga, (ya que sólo serviría a corto

plazo), esta coherencia entre creencias y acciones, se tiene que repetir el tiempo suficiente hasta que la persona incorpore la conducta a su cotidianidad en forma de un *hábito* saludable.

Phillips, et al. (2013), plantearon que en general, los *hábitos* (saludables) de los individuos son los que predicen mejor la conducta adherente, más fuertes incluso que sus creencias relacionados al comportamiento. Es decir que una vez que el comportamiento se realiza de manera habitual (de manera automática, con frecuencia, sin necesidad de pensar en hacerlo, haciéndolo durante mucho tiempo, todos los días a la misma hora, dándole importancia como parte de una rutina), la persona será capaz de utilizar sus recursos cognitivos en otras tareas, evitando el olvido del tratamiento, así como la tentación de no llevarlo a cabo por alguna conducta no adherente o debido a situaciones emocionales. En pocas palabras, estos autores plantean que la falta de adherencia puede deberse a que no se han establecido sólidos hábitos o rutinas.

Si se mantiene presente que la diabetes se vive en casa de la persona con el diagnóstico, en su cotidianidad, con su familia, en su trabajo/escuela, en su entorno social y recreativo (González, 2009), el pilar principal para el mantenimiento en los cuidados que se requieran para la diabetes, será el propio paciente; los profesionales de la salud (médico, nutriólogo, enfermería, trabajo social, psicólogo...) serán sólo un apoyo (Chapman, 2009).

### **2.3.2. Apoyo social**

#### *Familia*

Los familiares y amigos de la persona con diabetes pueden ser una excelente fuente de apoyo, por el aprecio e interés por su bienestar, pero para poder ayudarle con la diabetes, necesitan entender de qué se trata (ADA, 2013e). Es claro que la familia puede elegir cómo comportarse y determinar qué tipo de impacto generar en la salud de la persona con diabetes: puede interferir o facilitar las conductas de auto-cuidado, acelerando o amortiguando los efectos del estrés en la elevación de los niveles de glucosa (Mayberry & Osborn, 2012). En esta línea de investigación, Theofilou y Reyes (2013), han encontrado que el apoyo social, de familia y amigos, se ha asociado de forma significativa para la realización de la actividad física, y el papel del cónyuge parece ser particularmente el más influyente.

Por lo anterior será necesario respetar el *rol* que desempeñe cada persona con enfermedad en su entorno, por ejemplo: si tiene un trabajo demandante o inestable, si es adicto a drogas, si vive solo o que tenga mala calidad de vida; en resumen, situaciones que puedan perjudicar el que siga el tratamiento adecuadamente (Barranco, 2007). Alpizar (2008), refuerza la importancia de que la persona con diabetes necesita mantener su rol dentro de su familia, evitando ser etiquetarlo después de un diagnóstico (por ejemplo, como “diabético”), evitar sobreprotegerlo, y enfocarse más en hacerlos responsable de su autocontrol. Valderrama (2008), también considera a la familia como un apoyo prioritario que da confianza y seguridad; pero él hace énfasis en que las creencias arraigadas y los valores que maneje cada familia, influirán en el involucramiento y tipo de apoyo que se le dé a la persona con diabetes; por lo que será importante que exista respeto y comunicación; esto incluye el respeto de hasta dónde cada familiar desea involucrarse.

Mayberry y Osborn (2012), encontraron que cuantitativamente los familiares de las personas con diabetes más informados, brindan más conductas de apoyo específicas para la adherencia de la diabetes, como apoyo *social* (emocional, informacional, valoraciones de apoyo) y apoyo *instrumental* (mediante acciones saludables). Mencionan que, el no percibir el apoyo de a los familiares, se asoció con menor adherencia al tratamiento por medicamento y valores descontrolados de hemoglobina glucosilada (A1c). Sin embargo también hallaron que algunos de los familiares bien informados sobre la diabetes, tuvieron conductas donde saboteaban las acciones saludables de la persona en tratamiento o hacían conductas para sobreprotegerla, afectando su autoeficacia e incluso generaba conflictos entre ellos. Los autores sugieren que se fortalezca la comunicación entre persona con diabetes-familiar, para encontrar un punto medio entre la ayuda nula y la sobreprotección.

El trabajo a realizar dentro de la variable del apoyo social, será dirigir las intervenciones de los profesionales de la salud, para que los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad del cuidado de su salud, incrementar la salud positiva, disminuir los riesgos, prevenir los daños a la salud, y hagan uso adecuado de los servicios de atención médica (Alpizar, 2008). Algunas de las intervenciones reportadas por Flores y González (2009), han procurado apoyar a la familia de la persona con diabetes para, mediante sesiones informativas o con la elaboración de material

didáctico, generar estrategias de afrontamiento a situaciones problemáticas y la adaptación a los cambios para promover hábitos de autocuidado.

Se ha comprobado que el mantener un adecuado control impactará más allá que sólo en la persona con diabetes, Hauser y Pollets (1979) por ejemplo, encontraron que los familiares de niños que presentaban continuo descontrol en su diabetes, se sentían más confusos, con sensación de caos, ansiosos, con miedos, fobias y sentimientos de negación y depresivos que aquellos miembros de la familia de los niños controlados; estos familiares manejaban adecuadamente sus sentimientos.

Con sus ventajas y limitaciones, la mayoría de las investigaciones están a favor de fomentar apoyo mutuo entre familia, compañeros, comunidad y equipos de salud. La ADA (2013e); y Alpizar (2008), proporcionan algunas sugerencias prácticas para que la persona con diabetes genere un convenio, fortaleciendo la comunicación con quienes convive y, de ser posible, los involucre como red de apoyo:

- Reunir a la familia para hablar de la enfermedad del paciente y de su tratamiento.
- Suscitar preguntas de la familia sobre la enfermedad.
- Pedirles que aprendan cómo la diabetes afecta su cuerpo y sus emociones.
- Permitir sentimientos y reacciones de la familia hacia la enfermedad.
- Invitarlos a ir con ellos a sus citas o clases sobre diabetes.
- Discutir los problemas médicos con la familia.
- Invitarlos a participar del nuevo estilo de vida saludable. Posiblemente se formule un contrato de apoyo por parte de la familia que se centre en la adhesión al tratamiento.
- Planificar las visitas de seguimiento o consultas de acuerdo con las necesidades
- Solicitar material educativo y proporcionarlo a la familia.
- Pedir ayuda a sus familiares y amigos cuando la necesite.
- También está bien decirles si en algún momento no desea su ayuda.

### *Grupo de Autoayuda*

Además de la familia, existen grupos formados por personas con características muy similares en lo que se refiere a la enfermedad. Éstos tienen la finalidad de apoyar a la persona con diabetes para que evalúe su propia situación, fortalezca su conocimiento, y

le permita evolucionar a una actitud autónoma para el cumplimiento de su control, para anticiparse a la enfermedad (Alpizar 2008).

En acciones concretas, Alpizar (2008), enlista que el grupo puede apoyar a:

- Recibir información relacionada a la enfermedad más certera, evitando así confundirse ante creencias que no tengan un sustento válido.
- Conocer el plan nutricional, la manera de preparar y ajustar en forma dinámica los alimentos que le permitan cumplir las condiciones para su control.
- Realizar rutina de ejercicios prescritos, tanto en la clínica, en los hospitales, en instalaciones deportivas, parques públicos e incluso en el propio domicilio, tomando las precauciones para evitar ponerse en riesgo.
- Conocer puntualmente la dosis de su medicamento y aprender a vigilar el significado de cifras de glucemia e intervenir para modificarla favorablemente. Se opta por corregir lo que se esté realizando apropiadamente para igualar a los compañeros que llevan un adecuado tratamiento.
- Manejar el estrés mediante ejercicios de relajación o realizar tareas creativas con el grupo y/o familia.
- Mejorar su autoestima. En el grupo, la persona con la enfermedad se siente aceptada, se le permite manifestar sus emociones para poder manejar temas como el duelo, temor, confusión, ira, sale de la angustia y la depresión que lo acompaña.
- Involucrar a las nuevas personas que llegan al grupo.
- Con la convivencia social y el manejo del facilitador, se libera el papel pasivo que en ocasiones propicia la propia familia. La persona crece y se fortalece junto con el grupo al que pertenece.
- Aunque las intervenciones del equipo de salud son mínimas y concretas, se favorece la relación de los integrantes del grupo con el personal médico.

Así mismo, involucrarse o anunciar públicamente un compromiso hacia algo en el grupo, implica que se genere una cierta presión hacia la propia persona; canalizada de forma constructiva, puede ser una forma de percibir la crítica o el juicio de los demás para que detengan aquellas acciones que cuestan trabajo mantener (Lazarus & Folkman, 1991), y en el caso de la diabetes, anunciar algunos compromisos para evitar conductas



inadecuadas al tratamiento, puede servir a quien de inicio se sienta poco capaz de hacerlo por sí mismo.

Como se ha mencionado, ser parte de un grupo de autoayuda, tendrá múltiples beneficios, en caso de estar interesado en crear uno, Alpizar (2008), establece algunos puntos básicos a considerar:

- Elaborar un directorio de los integrantes (nombre, dirección y teléfono).
- Elegir un facilitador o representante.
- Establecer el lugar, hora y periodicidad para las reuniones. Procurar que sean las mismas condiciones.
- Establecer las metas individuales y grupales, las cuales estarán descritas en un rotafolio colocado siempre al inicio de las reuniones. Aclarado que las metas de control serán establecidas por el médico responsable.
- Procurar dar preferencia a los temas del manejo no farmacológico: nutrición, actividad física, calidad de vida, cultura, autoestima, manejo de ansiedad, estrés, integración de grupo, sentimiento de pertenencia, monitoreo de su control metabólico, apoyo en el manejo adecuado de complicaciones de la enfermedad, reconquista de algún integrante que haya pasado por momentos difíciles por los propios compañeros, etc. Recordando que el tratamiento no farmacológico beneficiará en el aspecto económico, ahorro de insumos y se reducen los riesgos de complicaciones. Y progresivamente se espaciarán las citas médicas, creando mayor responsabilidad en la propia persona.
  - Se puede usar testimonios de personas que hayan presentado alguna complicación, cómo las superaron y qué hacen actualmente para evitarlas.
- Los temas o información sobre el tratamiento farmacológico, impartido por el personal especializado, necesitará ser breve y conciso para que los participantes puedan asimilarlos gradualmente.
- La organización interna del grupo quedará bajo la responsabilidad de los propios integrantes del grupo.

Después de su creación, Alpizar (2008), continúa mencionando algunas acciones específicas que pueden considerarse durante el desarrollo de las sesiones:

- Los integrantes se sentarán cara a cara; de preferencia en un círculo o semicírculo.
- El facilitador o representante del grupo será quien modere su desarrollo, respetando el tiempo y moderando la participación de todos sus miembros.
- En un inicio, los participantes portarán gafete que los identifica con su nombre, conforme se vayan realizando más sesiones, la intención es que se conozcan a tal grado de no necesitar las identificaciones.
- Dar la bienvenida al grupo.
- Hacer del conocimiento de los integrantes del grupo que cuentan con la libertad de sugerir elegir los temas de interés y de invitar a expertos en el manejo de la enfermedad.
- Al finalizar cada sesión, hay que ratificar lugar, hora y tema de la próxima sesión.

Por último, indica algunas consideraciones para el facilitador que quede como coordinador del grupo:

- Ser cordial. Saludar, sonreír y hablar por su nombre a las personas.
- Saber escuchar opiniones y sentimientos aprender de los demás, y elogiar. Respetar pensamientos y creencias.
- Promover la participación de todos los integrantes.
- Identificar factores de tipo social, ambiental y económico que interfieran con la capacidad del individuo para controlar su diabetes (transporte, recursos para dieta, disponibilidad y uso del glucómetro, etc.).
- Procurar que el paciente cuente con apoyo familiar o social (alguien que ayude a preparar dieta, recordar la toma de medicamento, acompañar para realizar ejercicio, etc.).
- Identificar el rol familiar del paciente, saber si tiene obligaciones laborales involucradas para el control de su tratamiento.
- Proporcionar información veraz y actualizada de la diabetes, advertir de las complicaciones que pueden presentarse por un mal control.
- Manejar siempre expectativas alcanzables, evitar ofrecer expectativas falsas a los integrantes.

- Reconocer, estimular y recompensar los esfuerzos y logros del paciente en forma individual, ante la familia y el grupo mediante dinámicas dirigidas a fortalecer su autoestima.
- Promover que los integrantes se acepten entre sí e incorporen a los nuevos participantes.
- Si fuese necesario, y en caso de que no haya otra alternativa, se separarán los integrantes que estropeen el avance de quienes sí quieren seguir adelante con el tratamiento.

Hay que recordar que un grupo de autoayuda no podrá resolver todas las necesidades de sus integrantes, se requerirá continuar con la atención individual que los profesionales de la salud proporcionan. Además de que es necesario respetar que no a todas las personas les será funcional integrarse a este tipo de grupos (Alpizar, 2008).

### **2.3.3. Factores socioeconómicos**

En el caso de la diabetes, la IFD (2013), estima que a nivel mundial, más del 80% de las personas con este diagnóstico, viven en países de medios y bajos ingresos. Aunque no sea tan determinante como la calidad de atención por parte de personal médico, sí hay que considerar factores como la pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, falta de apoyo social, mucha distancia al centro de tratamiento, alto costo de la medicación y/o disfunción familiar.

Con una situación precoz, será más difícil poder apegarse a un tratamiento, esto se plantea en la investigación de Cardoso, Aburto, Moreno y Rivera (2009); estos autores reportan que parte de la dificultad de llevar adecuadamente un tratamiento, es que las personas con diabetes se enfrentan al dilema de tener que elegir entre atender su salud o cumplir con las funciones familiares y sociales; encontrando que las personas tienden a elegir dejar en segundo término su propia salud. Puntualizan que no es la falta de voluntad lo que impide controlar la enfermedad, sino la forma de afrontar las circunstancias que en muchas ocasiones están fuera de su control y de apoyarlo para realizar cambios en su estilo de vida.

Surge entonces la necesidad de que si se pretende implementar programas de educación para la salud en diabetes, deben estar elaborados en un contexto funcional, práctico,

basado en dar respuesta a las necesidades de salud de la persona y adaptados a los recursos propios de dicha población (Alpizar, 2008).

#### **2.3.4. Atributos del sistema de asistencia sanitaria**

En México, los sistemas de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), etc., han tratado de implementar diferentes programas para atender la diabetes. En el caso de las persona no cuenta con algún tipo de estas seguridades sociales, puede acudir a la Secretaría de Salud de su estado y afiliarse al programa de “Seguro Popular” y quienes residan en el Distrito Federal, pueden complementar esa afiliación con el “Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos para los residentes del Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral” (comúnmente conocido como Gratuidad). La Secretaría de Salud del Distrito Federal Sedesa (2013), tiene aproximadamente a más de 5 millones de personas afiliadas en estos dos programas, de los cuáles gran porcentaje de población ha sido atendida por alguna enfermedad crónica como la Diabetes y/o Hipertensión (entre otros), en sus Hospitales.

Sin embargo, a pesar de que continuamente se difunde que los sistemas de salud afilian a un gran número de personas, esta política de salud, descuida en gran medida la atención o rehabilitación adecuada, oportuna, resolutiva y digna al paciente (Leal, 2009). Este autor hace una severa pero puntual crítica donde argumenta que se ha caído en *“una ‘democratización de la salud’, cuando cotidianamente cualquier mexicano enfermo –a pesar de contar con ‘derechos civiles, políticos y sociales’ constitucionalmente sancionados– paga por unos servicios incapaces de curarlo”* (p. 106).

Actualmente el Sistema de Salud determina en muchas maneras la forma de trabajar con las personas, limitando su participación en la toma de decisiones para su tratamiento. La OMS (2003, 2004) enlista algunas de ellas:

- La duración de la consulta, que no es suficiente para una buena adherencia terapéutica.
- El tiempo que durará el procedimiento y los parámetros para el seguimiento.
- Los costos de recuperación y la asignación de recursos.

Leal (2009), finaliza recomendando recuperar la confianza del usuario en el sistema de salud enfocándose en la intervención de los padecimientos crónicos y reorganizando la prestación de los servicios. Por tanto, ese es el reto a vencer por parte de los sistemas de salud en México: mejorar la calidad del manejo de la diabetes en todos los niveles, principalmente en la atención primaria.

### **2.3.5. Características del equipo de salud**

La participación de los profesionales de la salud, tendrá como objetivo promover la adherencia terapéutica mediante un enfoque multidisciplinario (OMS, 2004); evitando que, como señala Bandura y Walters (1978), las emociones surgidas en las propias experiencias vividas de los especialistas, influyan queriendo dirigir la conducta de las personas con diabetes entorpeciendo el proceso por querer aliviar su propio estrés emocional. Se requiere trabajar las emociones propias para intervenir lo más objetivamente posible. En este sentido, la autoeficacia del instructor será importante para permitir el desarrollo intrínseco y la autodirección de los individuos, buscando la solución de problemas (Bandura, 1995).

Aunque para autores como Bandura y Walters (1978), una modificación de conducta puede hacerse sin una sólida relación con el paciente, la OMS (2003, 2004), sugiere como necesario establecer una relación paciente–profesional de la salud, donde se necesitarán las capacidades de ambos para planificar el tratamiento, poder negociar activamente y así ambos estén abiertos a las posibilidades, incluso de permitirse explorar nuevos métodos e ir enriqueciendo el tratamiento. Se requiere, como plantea González (2009), considerar las condiciones psicológicas, económicas, sociales y culturales de cada persona.

Si se establece que mientras haya mejor relación paciente-terapeuta, hay una mejor adherencia, que personas insatisfechas con su terapeuta, no siguen las instrucciones; como lo plantea Valderrama (2008), la tarea consistirá en educar a los médicos de la importancia de la adherencia terapéutica en diabetes, fortalecer su capacidad de comunicación, que conozcan con más detalle a la persona con el diagnóstico para poder considerar la situación particular de cada uno al dar prescripciones. Es cuidar el trato que se le da a la persona, dando una atención pronta y eficaz, reduciendo el tiempo de espera de la consulta. Esto ayudará a mejorar el grado de supervisión y a dar un puntual refuerzo social por adherencia.

Becerril y Herrera (2004), resaltan la importancia de que el personal de salud brinde material informativo y asesorías personalizadas para que las personas puedan aclarar las dudas que vayan surgiendo conforme comienzan a apropiarse de su tratamiento. La OMS (2004) y Valderrama (2008), puntualizan que hay que permitir que las personas manifiesten sus temores por el medicamento u otra situación en ese tratamiento, que el personal de la salud esté abierto a resolver dudas, escuchar a la persona, a apreciar su punto de vista. Para ello sugieren simplificar lo más que se pueda el tratamiento, que haya claridad en las indicaciones, en la medida de lo posible, tener en cuenta las preferencias de cada persona en las decisiones terapéuticas y verificar las respuestas obtenidas. Resaltan que las personas necesitan apoyo, no ser culpadas, es ayudarlos a entender su enfermedad.

Queda claro que la comunicación entre la persona y el profesional de la salud es fundamental. Theofilou y Reyes (2013), encontraron que quienes tenían una relación positiva con sus fisioterapeutas (o activador físico), acudían con mayor regularidad a sus citas en la clínica y completaban sus actividades de rehabilitación durante sus sesiones. Además encontraron que la adherencia a los programas de ejercicios de fisioterapia era significativamente mayor cuando los fisioterapeutas dieron a los asistentes retroalimentaciones positivas; y por el contrario, los médicos que no respondieron apropiadamente (por dar demasiada información innecesaria, inespecífica, poco importante o que no cubría las necesidades del padecimiento de las personas), influyeron en los bajos niveles de adherencia.

Parte del trabajo para combatir la enfermedad se muestra en el realizado desde el 2001, donde se han establecido centros o clínicas de diabetes con el objetivo específico de atender a las personas con este diagnóstico, involucrando diferentes profesionales de la salud o personas que imparten educación en diabetes, lo cual ayuda a reforzar el tratamiento (farmacológico o no farmacológico) en el menor tiempo posible, de acuerdo con los recursos que se disponga, motivación y apoyo social de cada persona. El modelo denominado Manejo de la Diabetes por Etapas, ha demostrado apoyar al control de los niveles de glucosa, con acciones muy concretas como dar más tiempo para cada consulta, incorporar la medición de A1c trimestralmente, seleccionar al personal que realmente esté interesado en atender a la población con diabetes, entre otros. Este modelo ofrece una práctica alternativa al modelo tradicional (Rodríguez, 2009).

Otro programa de atención multidisciplinaria que se ha aplicado para intervenir con personas con diabetes es el de Cardoso, et al. (2009), ellos establecen todo un proceso de capacitación e intervención. De inicio, la capacitación tiene la finalidad de que cada profesional involucrado reconozca que un problema de salud tiene varias dimensiones, además de la propia de su disciplina, propiciando así la necesidad de intervenir multidisciplinariamente concibiendo la diabetes como un problema individual, familiar, grupal y social. Posteriormente, las intervenciones se focalizan en crear conciencia de la diabetes, brindar cuidados para la salud, el ejercicio físico, manejo de creencias relacionadas con la diabetes, manejo del estrés y análisis de los casos en equipo multidisciplinario.

Este panorama invita a las demás instituciones a ejecutar las medidas pertinentes para implementar programas con enfoques similares a los mencionados.

### **2.3.6. Características de la enfermedad**

A lo largo de este trabajo de investigación se ha planteado cómo el tener un diagnóstico de diabetes implica diversos ajustes para la persona y sus hábitos de comportamiento. Factores heredados o adquiridos durante el desarrollo que pongan en riesgo a desarrollar diabetes, conocimiento del desarrollo de la enfermedad en el organismo, familiarización con terminología principalmente médica, impacto emocional que resulte de saberse con el diagnóstico, consideraciones y conductas de ajuste al estilo de vida que se acostumbró durante años, monitoreo continuo mediante estudios de laboratorio para detectar niveles de glucosa en sangre, evitar y saber manejar complicaciones agudas y en su caso las complicaciones crónicas; en resumen adoptar un estilo de vida saludable puede verse desde diferentes perspectivas, dependiendo de los factores personales y los medioambientales que le rodean a cada individuo.

Valderrama (2008), plantea que es importante la evaluación que la persona haga sobre la gravedad del padecimiento y las complicaciones asociadas (agudas y crónicas), esto determinará cómo será la modificación de hábitos de ejercicio, alimentación, administración de medicamentos e insulina, medidas diarias de glucemia. Este autor puntualiza que en el caso de la diabetes, durante los episodios hiperglucémicos la mayoría de las personas no tienen síntomas. Cada paciente suele tener un patrón idiosincrásico y además cambiante a lo largo del tiempo, lo que dificulta la discriminación e interpretación de síntomas. Por ejemplo, Barranco (2007), evaluó a

204 personas con diabetes, encontrando que si se tenía menos de 11 años con el diagnóstico de la enfermedad, se descuidaban algunos hábitos saludables en su vida cotidiana como obtener información, realizar actividad física y adherencia al tratamiento; además presentaban emociones negativas en intensidad moderada.

### **2.3.7. Características del tratamiento**

Implican las citas, consultas, inoculaciones, uso del medicamento, cambio de conducta, dieta, ejercicio, adicciones, automonitoreos, higiene... (OMS, 2013). Valderrama (2008), plantea que las características del tratamiento que influyen en la adherencia son:

- Su complejidad. El número de medicamentos a consumir, la frecuencia del consumo, su combinación de distintos tipos de intervención..., determinarán la aparición de errores y omisiones en el cumplimiento. Mientras más complejo sea el tratamiento, habrá menor adherencia a éste.
- La duración. Mientras mayor sea el tiempo del tratamiento, menor adherencia.
- La exigencia. Si el tratamiento es muy exigente y la persona no ve balance de lo que invierte en su estilo de vida respecto a los beneficios obtenidos (incluyendo que el tratamiento se asocie con sensaciones adversas o no gratificantes), habrá menor adherencia. Barranco (2007), refiere que “es más fácil seguir las indicaciones del médico cuando el medicamento proporciona algún alivio a los síntomas” (p. 31). Si la persona detecta una mejora clínica y un aumento de su calidad de vida, habrá mayor posibilidad de seguir el tratamiento.
- Discrepancia. Si la persona percibe que no hay congruencia entre las expectativas sobre el tratamiento con la realidad o que no haya continuidad en la atención, reducirá el nivel de adherencia. Bandura (1982), menciona que a medida que progresa el tratamiento, van retirándose las ayudas suplementarias; por lo que en cada sesión se recomienda preguntar o sondear los avances, para identificar si hay dificultades en algún punto.

Otra variable es que muchas veces los hábitos perjudiciales tienen recompensas inmediatas, lo dañino se acumula y surge mucho tiempo después. Respecto a esto, Schwarzer y Reinhard (1995), mencionan que las personas muchas veces buscan salir de situaciones conflictivas usando distracciones o conductas que a corto plazo les dan



alivio (pues son atractivas y persistentes personal o socialmente), pero traen consecuencias severas a largo plazo.

Por su parte, la OMS (2004), recomienda, para una mayor adherencia, que las consultas de seguimiento a las personas con diabetes, sean por parte del mismo profesional. Esto coincide con Villamarín y Sanz (2004), quienes sugieren que la persona con un diagnóstico sea atendida en sus seguimientos solamente por el mismo especialista de cada área, y que pueda localizarlos de manera fácil por si tuviera alguna duda entre sus citas programadas, así se evaluará que el paciente no sea resistente al tratamiento (principalmente a los fármacos). En un estudio para el cuidado de una enfermedad cardiovascular, Carpi et al. (2010), menciona que las conductas de auto-cuidado son necesarias, aunque no suficientes para que las personas tengan cambios y sobre todo, es importante que los beneficios sobre la salud sean lo más rápidos que sea posible.

Bandura y Walters (1978), mencionan que es mejor advertir antes de que se realice la conducta indeseada (así generará culpa-autocontrol) que castigar después de haberla hecho. Menciona que la autocrítica puede ser un amortiguante menos severo (o incluso un reforzador positivo) que el autocastigo. Se aplicaría educando al paciente a autocontrolarse, pero también enseñarlo a permitir las "reparaciones" o el corregir su conducta equivocada. Educarlos en cómo hacer esas correcciones, más que sólo advertir las consecuencias de una conducta que se desea evitar, es instruir explícitamente cómo sí se puede comportar (es enseñar cómo sí, en lugar de castigar por cómo no).

Como ha podido observarse, hay una gran cantidad de variables a considerar para procurar que la persona pueda ajustar su estilo de vida para mantener hábitos saludables. Sería una ilusión pretender abordar y controlar todos, pero sí se puede abordar uno a uno aquellos que han demostrado generar un impacto en la conducta de las personas a favor de su salud. Una de estas variables es la que está relacionada con la propia persona, sus creencias sobre sus capacidades que le permitan aventurarse en la adopción o modificación de acciones que mejoren su calidad de vida. Es por ello que en el siguiente capítulo se revisará con más detalle el concepto de la autoeficacia y su impacto en los procesos que conciernen al individuo.

### Capítulo 3. Autoeficacia

Como primer acercamiento se ha revisado la información sobre la enfermedad (siendo el inicio para que la persona con este diagnóstico vislumbre el panorama al que se enfrenta), posteriormente se han considerado las diversas variables que influyen apego a un tratamiento; esto ayudará a evitar caer en una postura biomédica, que sería bastante limitativa. Sin embargo, es necesario avanzar un paso más y reconocer que los profesionales de la salud encontrarán, como lo plantea Colin y Garduño (1996), que las personas pueden ya saber cuáles son las acciones necesarias para realizar o mantener una conducta (por ejemplo, pueden saber qué es la diabetes y qué se necesita hacer para manejarla), pero en ocasiones no se sienten capaces de llevar a cabo las acciones para lograrlo. Como plantea la investigación de Garrido (2009), no se trata de querer cuidarse, se trata de sentirse capaz de cuidarse; pues no se cuidará el que quiera, sino el que se sienta capaz de cuidarse.

Valderrama (2008), señala que existen diversos modelos de intervención psicológica que se pueden emplear para el manejo de la diabetes además de la autoeficacia, los principales son:

- *Modelo de creencias en salud.* Donde influye lo social (mitos, redes de apoyo), lo personal (creencias, experiencias con la enfermedad), lo emocional (por ejemplo, manejo de emociones, manejo ante el estrés...), lo cognitivo-comportamental, la percepción de si hay amenaza o no, qué tan vulnerable se percibe, qué tan grave considera que es la enfermedad, la creencia para reducir la amenaza, los beneficios y barreras percibidas.
- *Modelo transteórico.* Donde sus principales representantes son Prochaska y Di Clemente, quienes en 1982 describieron los estados y procesos de cambio en cinco etapas de disposición y motivación para cambiar algún comportamiento: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento.
- *Modelo Locus de control.* Ubica la fuerza motivadora que lleva a las personas a actuar de una manera o de otra ante la misma situación: Interno (se percibe la causa de una acción o comportamiento en el propio individuo), Externo (se cree que quien controla la situación son las circunstancias o personas ajenas al individuo) y Debido al azar (se percibe que la situación depende de factores incontrolables o azarosos, que no se puede hacer nada al respecto).

- *Modelo de Lazarus y Folkman*. Su modelo se basa en el estrés psicológico, las estrategias de afrontamiento que proponen son Centradas en el problema (intentando manejar la causa del estrés) o Centrada en la emoción (donde se intenta regular la emoción resultado del estrés). Las estrategias pueden ser adaptativas (las que generalmente favorecen la salud) o desadaptativas (frecuentemente perjudican la salud).
- El presente capítulo se centrará en desarrollar la *Teoría de la Autoeficacia*, donde se identifican de manera general los procesos psicológicos relacionados a la percepción de capacidad que las personas creen tener para realizar una conducta.

Cuando se le plantea una situación a realizar a una persona, ésta forma una rápida autoevaluación sobre qué tan factible es llevarla a cabo. Diversos estudios han encontrado que lo más frecuente es que las personas sobrevaloren las habilidades o el control que creen poseer sobre algunas situaciones particulares; de hecho sus resultados aseveran que quienes puntuaron más exactos o bajos al autoevaluar sus creencias de capacidades con sus ejecuciones reales, puntuaron leve o severamente deprimidos (Taylor & Brown, 1988).

### 3.1 Definición

La teoría de la autoeficacia surge dentro de la Teoría Social Cognitiva que Bandura plantea en 1986, la cual establece que los procesos psicológicos surgen por la interacción de los *factores personales* (cogniciones, habilidades y emociones), *situaciones* (materiales y sociales) y la *conducta* (principalmente observando a los demás) (Villamarín y Sanz, 2004).

La autoeficacia se define como el juicio o creencias que hace la persona sobre sus propias capacidades, su organización y puesta en práctica para alcanzar los objetivos que se plantee (Bandura, 1997). Como Cardwell (2013) menciona, y para fines de este estudio, es cuánta capacidad perciba la persona de hacer cambios en los estilos de vida y aprender nuevos comportamientos a favor de su salud.

De manera específica, el juicio de la percepción de capacidad es hacia los propios rasgos de personalidad, “*no es un rasgo de la personalidad, sino una capacidad específica de cada circunstancia y aprendida*” (Garrido, Masip & Herrero, 2009, p. 50);

por lo tanto está en constante movimiento, adecuándose particularmente a cada momento (tiempo) y a cada ocasión o circunstancia. Retomando, (de acuerdo con Eneko et al., 2008; Guillén, 2007), las experiencias pasadas para, en el presente, evaluarlas, generar expectativas y regular así las conductas específicas posteriores.

### **3.2 Factores que influyen en la autoeficacia**

Bandura (1982, 1997); Lazarus y Folkman (1991); Schwarzer y Reinhard (1995); Villamarín y Sanz (2004); mencionan que, en la autoeficacia, para incrementar la probabilidad de que las personas generen o mantengan un cambio a favor de su salud es necesario considerar la percepción de riesgo, las expectativas de eficacia y las de resultado:

#### **3.2.1. La percepción de riesgo.**

De manera casi automática, el individuo valora tanto si la conducta que presenta actualmente le es perjudicial en alguna forma, como si las posibilidades del cambio son alcanzables o no. Algunos factores que influirán en esa percepción serán de carácter personal y situacional tales como el grado de conocimiento de la situación (de la diabetes, en este caso). En base a ello el acontecimiento puede percibirse como estresante o desafiante, y en este último caso, la persona se puede plantear una meta más alta para dominio, resultando en experiencias positivas que fortalecerán el sentido de eficacia (Lazarus & Folkman, 1991).

Es recomendable que el grado de dificultad de una actividad se mantenga desafiante para el individuo, pero una alta posibilidad de alcanzarlo (Guillén, 2007); Eneko et al. (2008), lo aclara al plantear que hay que tener cuidado con querer generar miedo, culpa, ansiedad en un paciente para que siga su adherencia al tratamiento, pues colocará al objetivo (del médico o de la institución) como no-autoconcordante y persistirá un locus de control externo. Por su parte Rey, Blasco y Borrás (2000), lo resumen diciendo que un estado de ánimo negativo, no favorece el desarrollo de la autoeficacia.

### **3.2.2. Las expectativas de resultado.**

Es reconocer y anticipar que hacer algo específico (en la conducta, pensamiento o emoción), producirá determinado resultado, se identifica y evalúan los recursos con que se cuenta, las estrategias de afrontamiento, las posibles acciones a seguir, cuáles son factibles de llevar a cabo, y sus posibles consecuencias. En términos prácticos, alguien puede mencionar que puede hacer algo diferente para reducir una situación perjudicante, por ejemplo: “...*si como saludablemente, mantendré mi nivel de glucosa en sangre en valores normales...*”.

Hay que considerar que este tipo de expectativa colocaría a la persona sólo con la información de qué hacer, pero hará falta complementar en su percepción de ser capaz de llevar a cabo las acciones que se requieran.

### **3.2.3. Las expectativas de eficacia.**

Es el sentimiento de la propia capacidad percibida para influir ante una situación y producir resultados, en otras palabras, es qué tan convencida está la persona de que puede realizar determinada conducta. Retomando el ejemplo anterior (de las expectativas de resultado) sería planteado como: “...*me siento capaz de comer saludablemente esta semana, incluso si voy a una reunión social...*”.

Lazarus y Folkman (1991), refieren que la persona evaluará qué es aquello que está en juego, sus creencias al respecto y los compromisos que se tengan en esa relación. Si para la persona la situación es irrelevante, no se dará interacción; si es benigna-positiva, la persona puede motivarse a buscar lograr o mantener un bienestar; si es estresante, dependerá de que sea percibida como una “amenaza” (daño o pérdida que aún no ocurre, generando miedo, ansiedad o mal humor) o como un “desafío” (el evento estresante se percibe como algo que se puede superar, se detectan las propias fuerzas que se necesitan para afrontar la situación; dando lugar a emociones como impaciencia, excitación y regocijo). Estos autores mencionan que a mayor autoeficacia, la persona tendrá menor miedo a enfrentar las situaciones que se le planteen.

De acuerdo con Bandura (1982), estas expectativas de eficacia tendrán variaciones en cuanto a su:

- *Magnitud.* Esto es que cada persona percibirá diferente su propia capacidad ante cada tarea particular que se le establezca.

- *Generalidad.* La autoeficacia que la persona perciba puede estar limitada a alcanzar sólo una parte de la meta, o ser más general y percibirse capaz de realizar la tarea completa o incluso percibir poder avanzar más de lo que se le establezca de primera instancia.
- *Fuerza.* Se establece que un fuerte sentido de eficacia mantendrá constante esfuerzo, mientras uno débil, se extinguirá a la primera confrontación.

La interacción de las expectativas de resultado y de eficacia determina el estado de ánimo y/o de estrés (Lazarus & Folkman, 1991); Guillén (2007), especifica que, de estas dos expectativas, trabajar con las de eficacia tendrá mayores probabilidades de que se establezcan objetivos y haya mayor esfuerzo invertido en la tarea asignada. Schwarzer y Reinhard (1995), coincide cuando agregan que “*el proceso de la volición parece no estar influido por las experiencias de resultado sino por la auto-eficacia... los planes de acción deben depender de la propia competencia personal concebida y de la experiencia*” (p. 243).

Diferenciar y detectar cada una de estas expectativas permitirá entender que una persona bien puede saber qué es lo que necesita hacer, pero puede no sentirse capaz de llevar a cabo las acciones necesarias (Bandura, 1982). Garrido et al., (2009), agrega además que una persona puede poseer las habilidades para desarrollar una tarea, pero tener una baja autoeficacia que obstaculice su realización, es decir, que es diferente *ser capaz* de realizar algo, que *sentirse capaz* de ello.

Bandura (1982); y Garrido et al. (2009), esquematizan cómo es que los procesos de eficacia influyen en la conducta:

Persona → (expectativa de eficacia) → conducta → (expectativa de resultado) → resultados

Sin embargo, en la explicación de su modelo, Bandura (1982), describe que no es lineal o tan simple, sino que los resultados también influirán en los procesos psicológicos. Lazarus y Folkman (1991), también consideran que la relación individuo-situación es bidireccional; en el caso del individuo, son sus procesos psicológicos y sus acciones (u omisiones) las que determinaran cómo perciba su entorno. Por lo anterior, otra manera de visualizarlo sería como se muestra en la Figura 3.1.

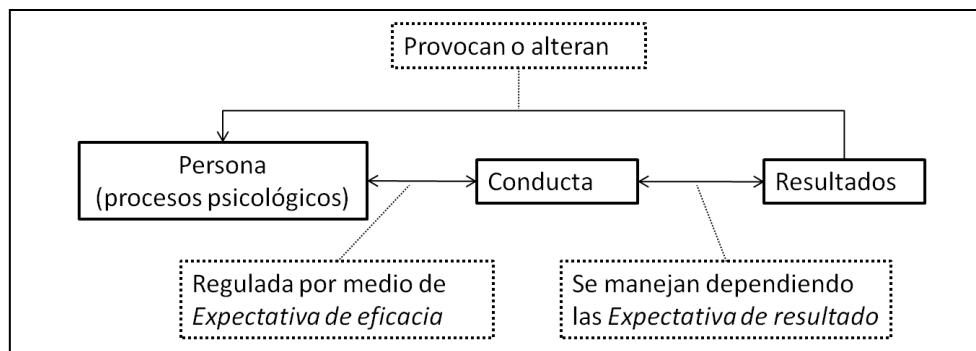


Figura 3.1 (adaptada). Proceso explicado por Bandura (1982), sobre cómo la autoeficacia influye en la conducta y sus resultados.

### 3.3 Influencia de la autoeficacia en el comportamiento

En cada situación en la que se encuentre la persona, la autoeficacia influirá en cuatro procesos o estructuras: en sus procesos cognitivos, de selección, afectivos y en los motivacionales (Andreu, Pallarés & Juárez 2004; Bandura, 1982, 1995; Bandura, 1986, citado en Eneko et al., 2008; Flammer, 1995; Guillén, 2007; Jerusalem & Mittag, 1995; Schwarzer & Reinhard, 1995). Estos cuatro procesos operan en conjunto y determinarán la forma en cómo se interpreten las situaciones a las que cada individuo se enfrente, así como la forma de percibir los éxitos, fracasos o estados de ánimo (Bandura, 1997; Garrido et al., 2009).

Bandura (1995), detalla estos procesos fundamentales de la eficacia y su influencia en el comportamiento:

#### 3.3.1. Procesos cognitivos

Bandura (1997), plantea que el inicio del curso de una acción, comúnmente inicia en el pensamiento, y las creencias sobre la propia eficacia pueden influir en los patrones de ese pensamiento, la percepción o significado de la situación, mejorando o perjudicando el rendimiento, el compromiso y los objetivos que se tengan con la acción a realizar (Tabla 3.1).

Lazarus y Folkman (1991), plantean que dependiendo de cómo el individuo evalúe la situación con la que se va a comprometer (si le perjudica/amenaza o beneficia/desafía), así como la evaluación de cómo se siente al inicio y con el paso del tiempo dentro de la interacción que implique (si le es agradable/desagradable), dependerá el grado en el que se comprometa a dicha situación, el beneficio percibido (construyendo recursos para

hacer frente a los desafíos) o, por el contrario, el perjuicio (percibiéndose en un estado de incapacidad).

Hay que señalar que las capacidades no serán las mismas para las personas ni para las situaciones; se puede ver la capacidad de manera diferente en diferentes dominios de funcionamiento. Por ejemplo, un novelista será bueno escribiendo, pero no necesariamente lo será resolviendo problemas matemáticos (Bandura, 1997).

Tabla 3.1 (Adaptada). Influencia de la autoeficacia en los procesos cognitivos: pensamiento, objetivos, compromiso, percepción del entorno y los apoyos (Bandura, 1997).

Alta Autoeficacia	Baja Autoeficacia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tipo de pensamiento es analítico, enfocado en sus propias capacidades, para buscar soluciones.</li> <li>• La persona se plantea objetivos altos, los cuales se perciben como retadores y desafiantes.</li> <li>• Mantiene un firme compromiso.</li> <li>• Visualizan éxito, confianza en la tarea a realizar. Mantienen esperanza.</li> <li>• Los apoyos que se presentan, se perciben como positivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tipo de pensamiento es redundante, genera abatimiento, enfocado en sus carencias personales, pierden la fe en sus capacidades.</li> <li>• La persona se plantea objetivos conformistas o bajos. Se perciben como amenazantes.</li> <li>• El compromiso es débil e inestable.</li> <li>• Visualizan fracaso, en las tareas a realizar, como no manejables las situaciones.</li> <li>• Ve los posibles apoyos de manera pesimistas y negativa. Se enfoca más en los obstáculos.</li> <li>• Pueden sentirse incapaces de manejar su propio tratamiento sin el apoyo de otros (Del Castillo, 2010).</li> </ul>

Bandura (1997), plantea que las personas que son acosadas por dudas sobre sí mismas, anticipan la inutilidad de los esfuerzos para modificar su situación de vida. Las personas a menudo prefieren abandonar el ver las situaciones como retos realizables porque creen que se requiere invertir un extraordinario esfuerzo, pues sólo ven las hazañas de otros, pero no se vislumbra el compromiso inquebrantable y un sinnúmero de horas de esfuerzo perseverante que las produjo.



### 3.3.2. Procesos motivacionales

El proceso cognitivo es inicio de la acción, sin embargo, el siguiente proceso será el poder anticipar los resultados o metas mediante los procesos motivacionales. Estos procesos se dividen en la Teoría del valor de la expectativa de resultado, la Teoría basada en metas y la Teoría de las atribuciones causales. Un resumen de ellas puede observarse en la Tabla 3.2.

Tabla 3.2 (Adaptada). Influencia de la autoeficacia en los procesos motivacionales de la persona (Bandura, 1997).

	Alta Autoeficacia	Baja Autoeficacia
<i>Teoría del valor de la expectativa de resultado</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se percibe que si se hace algo, si se realizan acciones específicas, se obtendrá un resultado determinado.</li> <li>• Ese resultado es valioso para la persona.</li> <li>• Se involucra tenazmente en la actividad, muestra interés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aunque sea atractiva la meta o sepan qué hacer para conseguirlo, no lo harán.</li> <li>• Abandonan actividades que antes gustaban o provocaban placer.</li> </ul>
<i>Teoría basada en metas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo que se quiere conseguir es individual y específico.</li> <li>• Le gusta o satisface.</li> <li>• Se está dispuesto a adaptarse para lograrlo, conforme va avanzando, se va ajustando</li> <li>• Se está dispuesto a invertir mayor tiempo y esfuerzo.</li> <li>• Se anticipan resultados, planifica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfecho por las ejecuciones personales.</li> </ul>
<i>Teoría de las atribuciones causales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se atribuye el fracaso o derrota a factores externos, a falta de esfuerzo o habilidades pero que pueden ser adquiridas (se percibe que es posible mejorar).</li> <li>• Se aumenta el esfuerzo ante la posibilidad de fracaso.</li> <li>• Recuperan más rápidamente la sensación de eficacia tras los fracasos o contratiempos, pues siguen considerándose hábiles o capaces.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se atribuye el fracaso o derrota a las deficiencias personales (internas), por el auto-juicio rígido.</li> <li>• Abandonarán rápidamente ante las dificultades.</li> <li>• Vulnerabilidad a recaídas.</li> <li>• Tomará más tiempo recuperarse de una recaída o fracaso.</li> <li>• No invierten esfuerzo para tener o retomar el control.</li> <li>• Si hay feedback social, se considera como evaluaciones del valor personal y se sienten personalmente más responsables de los fracasos que de los éxitos.</li> </ul>

### 3.3.3. Procesos afectivos

La autoeficacia influye también en las emociones que se relacionan con el bienestar de las personas, por ejemplo, en el control de la ansiedad, el estrés y la depresión (tabla 3.3).

Tabla 3.3 (Adaptada). Influencia de la autoeficacia en los procesos afectivos (Bandura, 1997).

Alta Autoeficacia	Baja Autoeficacia
Reduce la vulnerabilidad a emociones como: <ul style="list-style-type: none"><li>• Estrés</li><li>• Depresión</li><li>• Miedos anticipatorios</li><li>• Inhibición</li><li>• Pensamientos rumiantes y molestos</li></ul>	Mayor susceptibilidad al : <ul style="list-style-type: none"><li>• Estrés</li><li>• Depresión, desánimo</li><li>• Ansiedad</li><li>• Angustia, preocupación</li><li>• Ven la situación con carga de ira</li><li>• Mantienen un bajo nivel de funcionamiento</li></ul>

Bandura (1997), plantea que las personas poseen la capacidad de regular sus propios procesos de pensamiento; y debido a que la interacción con el entorno social es inminente, el control que la gente pueda tener para regular lo que piensan, influirá en cómo se sienten y se comporten para conseguir un bienestar personal.

### 3.3.4. Procesos de selección

Son las conductas y elecciones sobre las metas a seguir, el nivel de compromiso, la cantidad de esfuerzo invertido y el mantenimiento frente a obstáculos (tabla 3.4).

Respecto a la influencia que tiene la autoeficacia en la *salud*, Bandura (1995), menciona estudios epidemiológicos y correlacionales para indicar que la baja falta de control en conductas o percibido sobre las demandas ambientales, hace a la persona más vulnerable hacia las enfermedades físicas e incluso acelera el índice de progresión de la enfermedad. También hace referencia a estudios que señalan que entrenar a la persona, enfrentándola a situaciones gradualmente más estresantes, impacta a nivel orgánico (inmunológico) y a mejorar su autoeficacia.

Tabla 3.4 (Adaptada). Influencia de la autoeficacia en los procesos de selección (Bandura, 1997).

Alta Autoeficacia	Baja Autoeficacia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se enfrentan a las situaciones difíciles (por percibirse como retadoras).</li> <li>• Tienden a cambiar favorablemente la situación, su realidad.</li> <li>• Se creen moderadamente más capaces de lo que realmente son.</li> <li>• Por todo lo anterior cultivarán competencias, intereses y redes de apoyo que favorecerán sus procesos de selección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evitan las situaciones difíciles (por percibirse como amenazantes).</li> <li>• Se muestran cínicos o apáticos ante la posibilidad de un cambio.</li> <li>• No ven su potencial para emprender nuevas cosas.</li> <li>• Tienden a ser realistas.</li> </ul>

La autoeficacia también se encontrará relacionada con otros conceptos como:

- **Autoconcepto.** Avendaño y Barra (2008), plantean que es conocerse uno mismo, conocer el mundo exterior para desarrollar competencias. De acuerdo con Bandura (1997), se va formando a lo largo de la propia experiencia y con las evaluaciones adoptadas de personas significativas. Aunque existen investigaciones que evalúan una autoeficacia general y una específica (Sitges et al., 2004); el presente trabajo retoma la afirmación de Guillén (2007), de que el autoconcepto es una manera general de ser autocrítico, mientras que la autoeficacia es específica para cada situación.
- **Percepción de control.** Carpi, González, Zurriaga, Marzo y Buunk (2010), establecen que la percepción de control considera los aspectos relacionados con la tarea o situación a realizar; la autoeficacia, los factores internos de la persona. Guillén (2007), menciona la autoeficacia valora qué se puede hacer con los recursos que tiene en ese momento la persona.
- **Competencia personal.** Ornelas et al. (2012), mencionan a diversos investigadores que extienden el concepto de autoeficacia a la competencia personal; sobre cuán efectiva puede ser una persona para poder enfrentar situaciones estresantes efectivamente. Es decir no sólo se quedan con la percepción, sino que consideran las habilidades del individuo. Ornelas et al.

(2102), mencionan que la autoeficacia será mediada por cuánta capacidad crea el individuo que tenga para aprender. Guillén (2007), aclara que no es necesaria una comparación de las propias capacidades con otro individuo.

- **Autoconcordancia.** Eneko et al., (2008) analizaron la autoeficacia con la autoconcordancia y corroboraron que la autoeficacia (independiente y junto con la autoconcordancia) está relacionada con las variables de bienestar, con el afecto negativo. En otras palabras, argumentan que no importa si se está de acuerdo al 100% con los objetivos que se planteen; si se siente capaz de hacerlo, es más probable que los logre, que haya menos sentimientos negativos y menos malestar físico.
- **Afrontamiento.** Márquez (2006), menciona que son las conductas que la persona hace para adaptarse o solucionar alguna situación amenazante; Lazarus y Folkman (1991), mencionan que son los actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo el malestar fisiológico; algunos ejemplos son el autocontrol, el humor, llanto, blasfemar, lamentarse, jactarse, discutir, pensar, liberar energía de alguna forma, etc. Guillén (2007), considera que las percepciones de eficacia influyen en estas estrategias de afrontamiento, aunque, regresando con Lazarus y Folkman, se debe ver el afrontamiento como los esfuerzos sin necesariamente considerar los resultados, es decir, que ninguna estrategia es mejor (o peor) que otra, pues depende del contexto y momento en el que se utilice. Habrá que considerar que no siempre se puede solucionar el problema, a veces nos quedamos con los procesos de afrontamiento (las emociones y reacciones "naturales").
- **Autoestima.** Bandura (1997), define que es con qué tanto valor se percibe la persona. Menciona que “*no hay una relación fija entre la autoeficacia y la autoestima*” (p. 11), es decir, que si alguien puede percibirse ineficaz para realizar alguna tarea, entonces no invertirá tiempo, esfuerzo para realizarla; no pondrá su propio valor a prueba; visto también a la inversa, puede sentirse capaz de hacer cierta acción sin por ello necesariamente sentirse orgulloso. Es natural que las personas sólo se enfoquen en actividades que crean poder realizar y que fortalezcan su sentimiento de valoración propio.
- **Locus de control interno o externo.** Lazarus y Folkman (1991), mencionan que cuando una situación es ambigua, las creencias personales de si se puede o no

influir en ella, se denominan por lo que Rotter planteó en 1966 como Locus de control Interno y Locus de Control Externo. En otras palabras, mientras más específica y clara sea la situación a realizar, se podrá determinar el nivel de autoeficacia que la persona cree tener.

Flammer (1995), menciona otros aspectos derivados de las creencias de eficacia: plantea que la *autoestima* estará conformada en gran parte por la creencia del control (físico o social) que se cree disponer; conforme se vaya construyendo una autoeficacia en múltiples áreas de la vida, se necesitará *contemplar y priorizar* los puntos de mayor interés personal; y posteriormente se *confrontará con la reducción de control* cuando, a lo largo del curso de la vida de la persona, se enfrente a situaciones en donde exista un mínimo o nulo control para ejercer.

Respecto a la reducción de control, Flammer (1995), plantea que con menor posibilidad de modificar la situación, hay una mayor tendencia a cambiar lo subjetivo. Esto ocurre también como parte del desarrollo del individuo, pues a mayor edad, mayor tendencia al ajuste cognitivo que a la conducta activa; aquí hace referencia a Bandura que en 1981 plantea que lo importante es que este proceso no se anticipe indebidamente para evitar que los adultos mayores caigan en profecías auto-cumplidas o abatimiento. Para evitarlo, Flammer continúa mencionando que es recomendable primero procurar hacer un cambio, hacer modificaciones mediante el desarrollo y el aprendizaje; y si no es posible, usar la adaptación, aceptar la situación como parte de la vida, es decir, cambiar los estados subjetivos (aspiraciones, percepciones e interpretaciones).

Bandura 1995, plantea que una vez instaurados los hábitos perjudiciales, es más difícil modificarlos; argumenta que se necesita prevenir antes de que se instauren, integren o arraiguen en el esquema de la persona. Pero por otro lado, Reigal y Videra (2013), sí encontraron, en adultos mayores, un mantenimiento de actividad física relacionada con la percepción de autoeficacia.

### **3.4 Investigaciones en el campo de la autoeficacia**

El concepto de autoeficacia ha sido de gran interés en diversas áreas de estudio, por ejemplo se le puede encontrar fácilmente en investigaciones relacionadas a la educación, la lección de carrera, el deporte, la actividad física, la salud, las

organizaciones, la computación, la intervención para solucionar problemas de globalización, adicciones, delincuencia, etc. (Garrido 2009). Para fines de la presente investigación, a continuación sólo se recopilan algunos estudios donde se ha encontrado que la autoeficacia influye en las conductas de salud.

Se podrá notar que, citando a Schwarzer y Reinhard (1995), *“la autoeficacia está estrechamente relacionada con las intenciones conductuales y con el cambio de conductas relacionadas con la salud. ... A menudo pasa a convertirse en el predictor simple más poderoso”* (p. 240).

### **3.4.1. Autoeficacia y conductas para el cuidado de la salud**

Haciendo referencia a Sitges et al. (2004), la autoeficacia ayuda a desarrollar competencias personales en el manejo de situaciones estresantes. Carpi et al. (2010), coincide al plantear que para que alguien ejecute una conducta, hay que considerar qué tanto control se percibe sobre ella; ellos encontraron que la autoeficacia ha demostrado ser una variable importante en el inicio y en mantenimiento de la conducta de salud. Mouserrat y Sierra (2002), agregan que en lo que se refiere a una búsqueda de conductas saludables, la autoeficacia ayudará a generar planes de intervención y poder lograr cambios. Por su parte Villamarín & Sanz (2004), mencionan que la autoeficacia es un buen predictor de las conductas relacionadas con la salud.

Carpi et al. (2010), hacen referencia a diversos estudios donde plantean que la evaluación específica de la autoeficacia provee mayor intención para hacerse una mastografía. Schwarzer y Reinhard (1995), investigaron cómo influía la predicción de la autoeficacia en el inicio de la conducta de autoexploración de mama. Al respecto, López et al. (2004), encontraron que las mujeres que se hacían una autoexploración mamaria con frecuencia, eran las que fueron evaluadas con mayor autoeficacia que en aquellas que no lo llevaban a cabo con frecuencia.

En salud sexual, Guillén (2007), encontró estudios donde la autoeficacia se relacionó con tener conductas para prevenir el riesgo sexual. Ornelas et al. (2012), recopilan que la autoeficacia se ha usado en manejo crónico del VIH, recuperando la salud o evitando riesgos. Carpi et al., (2010), encontraron en estudiantes universitarios, que la autoeficacia estuvo relacionada con la intención y el uso de métodos anticonceptivos. Schwarzer y Reinhard (1995), refieren estudios donde se encontró la aportación de la

autoeficacia para reducir conductas sexuales de riesgo, para fortalecer la intención y la conducta del uso de métodos anticonceptivos y para manejar las presiones sociales y la negociación interpersonal. Es importante delimitar con precisión la autoeficacia, pues Forsyth y Carey (1998), señalan que así se podrá reducir el comportamiento de riesgo en la salud sexual, incluida la prevención de la transmisión sexual del VIH.

Dentro de otras conductas más comunes, Schwarzer y Reinhard (1995), citan investigaciones donde se muestra que la autoeficacia ayuda para cambiar creencias sobre la enfermedad periodontal y para predecir la intención, conducta, frecuencia de usar hilo de seda. Carpi et al., (2010), hacen referencia a estudios que plantean la relevancia de la autoeficacia en la intención y la conducta del uso de protector solar al tomar sol de verano.

En lo referente al manejo de las enfermedades crónicas, Pastor et al. (2004), investigaron la autoeficacia percibida en pacientes con fibromialgia, encontrando que se puede mantener una adecuada autoeficacia independientemente de si se es tratado en un nivel de atención primaria o especializada, e incluso sin distinguir el tiempo de evolución que tenga la enfermedad a la hora de hacer uso de los servicios médicos. Así concluyen que a mayor autoeficacia, la persona requerirá menor uso de los servicios médicos.

Cardwell (2013), encontró, en varios estudios con mujeres con diabetes gestacional, que a mayor autoeficacia, mayor autocuidado en conductas como el manejo de un plan alimentario, ejercicio y automonitoreo de glucosa en sangre. Esto hacía que le dieran mayor interés a lo que realizaban, tuvieran menos discrepancia, mayor bienestar psicológico y adherencia al tratamiento.

Por su parte, Alijsem, Peyrot, Wissow y Rubin (2001), encontraron en 309 personas con diabetes tipo 2, que mientras reportaran mayor sentimiento de eficacia, había mayor frecuencia en las mediciones de glucosa, mejor apego al tratamiento con medicamentos y mayor adherencia al plan alimenticio recomendable; estos autores sugieren que en el tratamiento de salud se deben incluir la intervención sobre la autoeficacia percibida. Estos resultados concuerdan con los reportados por Bernal, Woolley, Schenaul y Dickinson (2000), quienes encontraron mayor influencia de la autoeficacia en el seguimiento del plan alimentario y la aplicación de la insulina.

Del Castillo (2010), señaló que la autoeficacia puede modificarse mediante intervenciones cognitivo-conductuales para mejorar el autocuidado. Pacientes con bajos índices de autoeficacia presentan mayores problemas para llevar a cabo el plan alimenticio; por el contrario si se tiene alta eficacia es más sencillo mantener saludables hábitos alimenticios todo esto independientemente de contar con red de apoyo. Los pacientes con baja autoeficacia pudieran creer tener mayor dificultad para manejar su padecimiento sin apoyo.

### **3.4.2. Autoeficacia, alimentación y peso**

Schwarzer y Reinhard (1995), hace referencia a varias investigaciones donde se encontró que la autoeficacia favoreció el hacer una dieta y controlar el peso, hubo mayor respuesta a un tratamiento conductual y estuvieron menos propensos a recaídas en dietas insanas previas.

Campos y Pérez (2007), encontraron, en un estudio realizado en mujeres con sobrepeso, una correlación inversa entre la autoeficacia y la indecisión para adaptar nuevos estilos de vida y bajar de peso. Resaltan la importancia de que las personas entren a un programa que incremente la autoeficacia antes de las intervenciones para bajar de peso.

### **3.4.3. Autoeficacia y ejercicio**

Andreu et al. (2004), mencionan que en lo que respecta al deporte, además de tener la capacidad, habilidad o destreza, es necesario que la persona tenga una buena autoeficacia, es decir que tenga la percepción de que es capaz de mantener un buen rendimiento y quiera luchar por su meta. En su investigación, detectaron la autoeficacia en las conductas de rendimiento específicas de un deporte, trabajaron para incrementar la autoeficacia en la que salió con menor puntaje para incrementarla. Con ello demostraron que el trabajar sobre el rendimiento de una conducta específica puede hacer que se mejore la autoeficacia y ejecución de la misma.

Guillén (2007), realiza una investigación documental sobre la relación de algunos aspectos de las percepciones de eficacia y el ejercicio en niños y jóvenes que deportistas o que comienzan a realizar ejercicio. Encuentra que a mayor autoeficacia, hay un establecimiento de metas desafiantes, mantienen el compromiso y el esfuerzo invertido por más tiempo y manejan una percepción favorable de los resultados obtenidos.



Reigal, y Videra (2013), encontraron, con adultos de la tercera edad, que a mayor frecuencia de ejercicio realizado (tres veces por semana), había relación con un alto nivel de autoeficacia. Barros (2012), encontró un dato similar pues investigó la autoeficacia para mantener la práctica de ejercicios a pesar de los obstáculos que puedan surgir en personas que continuamente realizan actividad física (tres veces por semana); encontró que la fuente más importante para generar la autoeficacia fue la *persuasión social*, es decir, el que otros los animen a realizar el ejercicio. Considera que para quien sí realice ejercicio, el apoyo social es muy importante, seguido de las experiencias vicarias, las experiencias directas y al final los estados fisiológicos y emocionales.

Cabe especificar que Barros (2012), identificó que el momento donde se sentían más capaces de hacer ejercicio era después de volver de vacaciones, resaltando que ahí, ya no se cuenta de inicio con el apoyo social, por lo que se hace más uso de la creencia en uno mismo. La correlación más alta fue la de autoeficacia y fuente de experiencia directa. Elaboró una lista para evaluar la autoeficacia clasificadas por las fuentes que la generan. Plantea, sin hacer menos las características para comprender el comportamiento del ejercicio, que en lo que respecta a los factores del individuo, la autoeficacia es un mediador importante para la adopción de un comportamiento activo para realizar ejercicio lidiando con los obstáculos como el mal tiempo y la falta de tiempo. También hace referencia a otros autores que intervinieron para aumentar la autoeficacia y facilitar el seguir programas de actividad física considerando las cuatro fuentes para generar autoeficacia, y así aumentar el mantenimiento de la actividad física.

Barros (2012), hace una compilación de investigaciones en las que la autoeficacia es relevante para la actividad física:

- Encuentra que a mayor autoeficacia más práctica de la actividad física, que habrá más adherencia al ejercicio, aumento de la conducta de caminar y que se predispondrán estilos de vida saludables a mayor autoeficacia.
- También encontró investigaciones con mujeres que plantearon que el ser físicamente activo, generó mayor autoeficacia sobre el ejercicio y las barreras.
- Y menciona otros estudios que muestran que el trabajar para aumentar la autoeficacia en las personas, puede mejorar el comportamiento para hacer ejercicio.

Schwarzer y Reinhard (1995), encontraron que la autoeficacia fue determinante para motivar, realizar y mantener el ejercicio, a pesar de condiciones disuasorias y a pesar de enfermedades cardiovasculares o respiratorias. Carpi et al., (2010), por su parte, refiere que se ha encontrado que la autoeficacia, favorece mayor intención para realizar ejercicio en personas mayores; también fue el mejor predictor de la conducta de realizar actividad física en adolescentes sobrevivientes del cáncer. Las investigaciones referidas en Guillén (2007), plantean que la autoeficacia se relacionó con mayor participación y mejor ejecución en el ejercicio durante los entrenamientos y las competencias.

McAuley y Courneya (1992), encontraron que los sujetos que fueron evaluados con mayor autoeficacia en su estudio, reportaban mayor bienestar por hacer ejercicio y haber requerido menos esfuerzo, así como haber tenido menor desgaste o cansancio que los sujetos con baja autoeficacia de ese estudio.

#### **3.4.4. Autoeficacia y bienestar subjetivo**

Avendaño y Barra (2008) argumentan una relación positiva entre el nivel de autoeficacia y el bienestar subjetivo o calidad de vida percibido, mayor inclusive que el apoyo social percibido. Su estudio se suma a las argumentaciones de que aún cuando se tenga una enfermedad, crónica en este caso, se puede percibir y hacer cosas para mantener una calidad de vida satisfactoria. Estos autores también hacen referencia a otras investigaciones sobre autoeficacia donde se encontró que:

- En población de adultos, la autoeficacia será importante para la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas (se enfocaron en la función pulmonar y la fibrosis quística).
- La autoeficacia ayudará a ajustar las condiciones de salud crónica y por lo tanto su calidad de vida.
- En adolescentes mayores, el apoyo entre pares es más importante que el apoyo de la familia.
- Con adolescentes diabéticos, la autoeficacia estuvo directamente relacionada con la calidad de vida, la percepción de dificultad del manejo de la enfermedad e inversamente relacionada con la sintomatología depresiva.
- El plantear un programa para enseñar a pacientes a manejar su propia enfermedad, refuerza la autoeficacia y mejora las conductas de salud.

- Con mayor autoeficacia habrá más resistencia al estrés, mayor adaptación para enfrentar la evolución de la enfermedad, mayor capacidad de adaptar su estilo de vida. Por todo lo anterior dará, por lo tanto, mayor bienestar.

Flammer (1995), lo plantea desde el estado de ánimo, como parte de un círculo en la percepción de control; menciona que el fracaso produce desánimo y mal humor, lo que hace que se perciba ese fracaso más sobresaliente, esto hace que la persona evite las conductas que requieran esfuerzo o busque tareas muy difíciles; lo que producirá fracaso y percibirse como incapaz o con deficiencias. Campos y Pérez (2007), coinciden al mencionar que los estados de ánimo como ansiedad y depresión, disminuyen la autoeficacia. Ornelas et al. (2012), cita investigaciones que encontraron que mantener una autoeficacia elevada beneficia a la persona en su bienestar general.

Villamarín y Sanz (2004), retoman que el cómo la persona valore su capacidad personal, será determinante en su manejo de situaciones estresantes; donde a mayor autoeficacia percibida, hay un mayor control de las emociones negativas y a sus respuestas fisiológicas.

### **3.4.5. Autoeficacia y el apoyo social**

Fernández-Ballesteros, Díez-Nicolás, Vittorio, Barbarabelli y Bandura (2004), definen la *eficacia personal* como aquella individual que influye en vida laboral, salud, finanzas y relaciones con pareja; *la eficacia individual social* es cómo se percibe que la propia eficacia influirá hacia un grupo; y *la eficacia colectiva social* como la que se percibe cuando se es parte de un grupo, y en conjunto con éste, se percibe que es capaz de influir ante sistemas más amplios como el desempleo, crisis económicas, corrupción, actividades criminales, de drogas, terrorismo, etc. Por lo tanto las creencias de eficacia variarán en su magnitud dependiendo si los objetivos son personales o colectivos.

Fernández-Ballesteros et al. (2004), aseveran que la autoeficacia de un grupo no dependerá necesariamente de la autoeficacia individual que tengan sus integrantes, sino de la dinámica que el grupo (o sus miembros clave) en conjunto tengan para conseguir su objetivo; en otras palabras, que se perciban capaces de realizar cambios sociales si comparten recursos, experiencias específicas y trabajan juntos en lugar de hacerlo de forma aislada.

Avendaño y Barra (2008) encontraron, en 100 adultos mayores asistentes de un grupo de reunión, que la red de apoyo social puede influir moderada o levemente en la autoeficacia. Refieren concordancia con otros estudios que encontraron que en el apoyo familiar, el emocional, incluso más que el material, presentó correlaciones significativas leves o moderadas en su percepción de autoeficacia para realizar actividades y en particular, conductas de salud. Así mismo concuerda investigaciones que no encontraron relación entre ese apoyo social percibido con los problemas de salud, los eventos estresantes, el estrés percibido y el ánimo depresivo. Avendaño y Barra mencionan que es la personalidad la que determinará la forma en cómo se percibe el apoyo social. Así, trabajar con la autoeficacia de manera individual, podría ser más relevante que con el que se apoyen entre sí; será trabajarla a la par.

#### **3.4.6. Autoeficacia, su relación con el organismo y/o su rehabilitación**

Schwarzer y Reinhard (1995), recopilan información de varios autores que muestran cómo influye la autoeficacia en el organismo. Referente al manejo de estresores, plantean que la autoeficacia percibida afecta sobre la función del sistema inmunológico; argumentan que a mayor creencias de eficacia, mayor tolerancia al dolor. En pacientes con artritis reumatoide, el incremento de la autoeficacia mediante técnicas cognitivo conductuales, reducía el dolor y la inflamación articular y mejora el funcionamiento psicosocial; también mencionan que ante situaciones difíciles, la autoeficacia afecta a la presión sanguínea y al ritmo cardíaco; así como investigaciones que señalan que la confianza en la propia capacidad cardíaca y física favorece la recuperación en pacientes poscoronarios.

La investigación de Carpi et al. (2010), encontró que la autoeficacia fue el mejor predictor (que la percepción de control) para pronosticar la intención y las conductas preventivas en una enfermedad cardiovascular. Sanz y Villamarín (2001), midieron el incremento de la frecuencia cardíaca en relación con la autoeficacia, encontraron que a menor autoeficacia percibida, mayor aumento en la frecuencia cardíaca, menor temperatura de la piel y aumento en la presión del pulso durante la ejecución de las tareas; todo esto principalmente cuando a los sujetos les resultaba de gran importancia su propio desempeño. Guillén (2007), hace referencia a diversos estudios para recapitular que la autoeficacia se asoció con reporte de mejoría en la percepción del dolor, del estado psicológico y estado general de salud.

### 3.4.7. Autoeficacia y adicciones

Schwarzer y Reinhard (1995), recopilan a diversos investigadores para mencionar la relación de la autoeficacia para el tratamiento del tabaquismo, plantean que la autoeficacia influyó en la intención y conducta de dejar de fumar, para reducir el número de cigarrillos consumidos, para mantenerse más tiempo sin fumar después de un tratamiento y para ayudar a manejar la influencia social que incite a continuar fumando. Siguiendo con el manejo de adicciones también hacen referencia estudios en donde la autoeficacia influyó para predecir los resultados en un programa de consumo controlado de alcohol.

Como se ha revisado, la autoeficacia puede ser relacionada con diversas conductas para el mantenimiento de la salud, sin embargo en cada una de ellas se ha de puntualizar con detalle en dónde se mide o involucra esa autoeficacia. Bandura (1997), plantea que para saber cómo la eficacia influye en las conductas, se debe ser muy específico al plantear la situación, pues no servirá el conceptualizarla de forma general; él plantea que es igual de inútil hablar de autoeficacia en general, que comportamiento social inespecífico. Con ello coincide Garrido (2009), entendiendo que al ser multivariable lo que la forma, incrementa o decrementa, se ha de ser muy puntual y evitar generalizar que la autoeficacia genera conducta, se tiene que hablar en términos muy específicos.

López, et al. (2004), también plantean que para predecir conductas de salud, las creencias específicas acerca de realizar una conducta determinada, tienen más capacidad predictiva que otras creencias planteadas en términos más generales. Esto muestra que al momento de intervenir con una población, hay que analizar cada parte las tareas que se están imponiendo y evaluar el nivel de las de eficacia para poder trabajarlas; es decir, saber exactamente qué se pretende evaluar o incrementar, dará mejores resultados que trabajar aspectos generales.

Cabe aclarar que hay investigaciones donde no encontraron a la autoeficacia como determinante en todas las conductas; por ejemplo, Mouserrat y Sierra (2002), en sus conclusiones plantean que no encontraron correlación entre la autoeficacia y la cantidad de fibra que reportan las personas que comen. Más de la mitad reportó comer bastante fibra, pero menos de la mitad reportó niveles altos de autoeficacia. López, et al. (2004),

tampoco encontraron diferencia significativa por edad, al medir la autoeficacia de 131 mujeres de entre 26 y 82 años, al autoexplorarse para detectar cáncer de mama.

En el estudio de Campos y Pérez (2007) se menciona que a pesar de no haber encontrado algún perfil de las mujeres en relación a la autoeficacia, plantean que a mayor escolaridad, mayor percepción de eficacia, debida quizá por las herramientas o habilidades con que disponen a mayor educación. En la investigación de Reigal y Videra (2013), mencionan que a pesar de que en la literatura no hay un consenso de si hay diferencia sobre la autoeficacia en hombres y mujeres, ellos la encontraron a favor de los hombres.

Como lo plantea Rey et al. (2000), el reconocer que hay estudios que sí encuentran la relación de la autoeficacia para predecir intenciones y/o conductas, pero otros que no encuentran esa relación, lejos de ser una limitante, da pie para seguir buscando, investigando y explorando nuevos campos o situaciones sobre el concepto y su funcionalidad en el cuidado de la salud. Por ello se fomenta seguir conociendo cómo se origina, regula o induce la autoeficacia.

### **3.5 Fuentes de la autoeficacia**

Bandura (1997), señala que en la teoría social cognitiva, la eficacia se desarrolla (además de las experiencias previas), por las vicarias, persuasión social, y efectos psicológicos o su interpretación.

Para realizar una tarea, no es suficiente con que la persona diga que puede realizar las conductas necesarias; se requiere comprender los componentes y alcance de la autoeficacia para, como menciona Garrido et al., (2009), entender que se trata de que la persona retome el control de su vida, que gestione su propia existencia. Bandura (1995), coincide al plantear que las creencias de eficacia influyen en el individuo si busca alcanzar o quiere mantener las modificaciones de sus hábitos de salud; especificando que “...la auto-regulación efectiva de conductas saludables no se alcanza mediante un acto de voluntad...” (p. 44).

Bandura (1982, 1995), plantea que se requiere destrezas auto-reguladoras para influir en la motivación, en la conducta; dice que esta auto-regulación se logra cuando se van seleccionando los objetivos, se establecen y hacen conscientes los procesos cómo se van

eligiendo. Esto hace que la persona se perciba capaz de influir en su vida e ir reconociendo sus límites. El autor se caracteriza por considerar que las personas “...no son ni objetos impotentes controlados por las fuerzas ambientales ni agentes libres que hacen lo que les da la gana. Las personas y el medio se determinan en forma recíproca...” (p. 11).

La construcción de la autoeficacia es un proceso donde intervienen, de acuerdo con Bandura (1982, 1995), cuatro fuentes que permiten esa construcción de las creencias de eficacia; autores como Andreu et al. (2004); Garrido et al., (2009); Guillén (2007); Barros (2012), apoya sus propias investigaciones en estas fuentes; Flammer (1995), agrega que se originan a la par del desarrollo del individuo, desde muy temprana edad. Estas cuatro fuentes para formar la autoeficacia son:

### **3.5.1. Experiencias de dominio**

El modo más efectivo y fiable de crear una fuerte sensación de eficacia, de acuerdo con los autores citados, son las experiencias de dominio o logros de ejecución, es decir, el que la persona haga por sí misma una conducta. Se basa en las experiencias, pues los éxitos previos crean una fuerte creencia de eficacia personal y los fracasos la debilitan, particularmente si surgen antes de haber fortalecido el sentido de eficacia.

Para generar la sensación de capacidad, el éxito debe ser atribuido exclusivamente a la propia persona (no cuenta del todo si recibió ayuda), lo debe haber conseguido sola y por sí misma. Es importante evitar éxitos fáciles, pues éstos enseñan a esperar resultados inmediatos y pueden generar desmotivación rápida si es que hay fracasos. En resumen, se necesita plantear la superación de obstáculos que requieran esfuerzo persistente, sostenido y con la inquietud de seguir o en la búsqueda de las propias metas. Para esto la persona necesita tener estructuras cognitivas y conductuales autorreguladoras, pues es necesario para activarse y alcanzar lo que desea, de perseverar ante la adversidad. Hay que tener presente que la satisfacción por haber conseguido algún logro, no es eterna (y quizá, ni siquiera finita); la persona verá condicionada su propia valoración en un continuo de seguir en busca de metas más altas.

Se plantea que serán de mucha utilidad los éxitos sobre los que la persona haya tenido el control de situaciones difíciles (Bandura, 1995); y se resalta la importancia del mantenimiento en esos éxitos, ya que el cambio de hábitos tendrá poco efecto a menos

que sean lo más perdurables posible. Flammer (1995) menciona diversos estudios que sugieren, para el incremento de autoeficacia, enfocarse en cómo se recuerdan los anteriores logros, su rapidez, lo específico y lo positivo que sean.

Para lograr una construcción de eficacia a nivel cognitivo, Bandura (1995), menciona que hay que capacitar a las personas a predecir sucesos; construir opciones, a largo y corto plazo, controlar (regular), recordar resultados. Para motivar una alta autoeficacia, necesitan saber qué cosas hacer en una tarea, que consideren importante lo que quieren o se sientan satisfechos de lograrlo.

Esto se ha comprobado en la investigación de Bandura y Walters (1978), quienes después de considerar las múltiples variables como edad, sexo, estatus socioeconómico, encontraron que se obtiene un mejor autocontrol en niños cuando se les estimula mediante un reforzamiento que mediante el castigo (positivo o negativo) para generar en el niño un autocontrol. Menciona otras técnicas conductuales para la modificación de la conducta: Extinción (dejar de reforzar o ignorar), contracondicionamiento (desensibilizar sistemáticamente), condicionamiento aversivo, imitación social y aprendizaje por discriminación. En este último maneja que la persona se dé cuenta (tenga un insight) de las conductas que le benefician y las que le perjudican mediante exponerlo a situaciones reales. Bandura y Walters consideran el insight como un aprendizaje que surge después del cambio de conducta (o de la reestructuración).

### **3.5.2. Experiencias vicarias**

Es observar a un modelo (con características y en condiciones similares a las de la propia persona), que alcanza un logro por sus esfuerzos; esto generará el sentimiento de que también la persona puede alcanzar dicho objetivo. Mientras mayor similitud con el modelo, en características, condiciones o incluso sentimientos, mayor identificación para influir en pensamientos, emociones y conductas. Bandura y Walters (1978), mencionan además que hay que considerar que se dará mayor aprendizaje si el modelo muestra conductas que la persona desconocía o que no se atrevía a hacer. Para el incremento de autoeficacia hay que centrarse en que la identificación se dé porque actualmente se tengan características similares al modelo, y no porque se desee tenerlas o ser como él en un futuro. Será de mayor utilidad mostrar que varios modelos ejecutan satisfactoriamente varias veces la conducta establecida a mostrar sólo un modelo o repetición. También será importante considerar la influencia de la recompensa (o



castigo) que se le dé al modelo influirá en el impacto que genere en la persona a moldear; así como el observar fracasar o recibir consecuencias negativas, a pesar de los esfuerzos, a ese modelo similar, reducirá la percepción de eficacia personal y motivación. Habrá que tomar los cuidados pertinentes en esta forma de persuasión, pues Bandura y Walters (1978), señalan que en este sentido, las experiencias vicarias también pueden generar nuevas formas de alguna conducta no deseada o intransigente.

### **3.5.3. Persuasión social.**

Son los comentarios de otras personas hacia el individuo, lo inducen a que perciba que tiene las capacidades para dominar las actividades que se plantee; de que necesita esforzarse lo necesario y de que mida sus éxitos en términos de automejora en lugar de triunfo sobre los otros.

Bandura y Walters (1978), plantean que esta persuasión es eficaz, en parte, debido a que la persona busca obtener algo de los demás (proximidad, contacto físico, ayuda, atención, confianza o aprobación). Esta forma de persuasión es útil principalmente cuando se está pasando por dificultades, pero las personas que induzcan esta persuasión deben ser significativas para la persona y tener credibilidad sobre lo que hablan (Bandura, 1997).

Guillén (2007), refiere que la familia es la principal fuente de persuasión social, seguida del ambiente escolar. Esta fuente de eficacia, es de fácil acceso, de uso frecuente, puede afianzar las metas que se plantean o establecer otras más altas; sin embargo, su efecto es temporal si no se presentan experiencias de dominio positivas, así como si no hay retroalimentación de los avances conseguidos o si son irreales (o inalcanzables) los objetivos a los que se persuade. Es importante evitar que el individuo dude de sí mismo, de que se enfoque en sus deficiencias personales ante los problemas.

Bandura y Walters (1978), determinan que si las respuestas del individuo a la persuasión social, son muy frecuentes o inoportunas, provocarán que posiblemente se les catalogue como autocompasivos, egocéntricos o consentidos. Por lo tanto, la persuasión social también puede debilitar las creencias de eficacia (lo cual es más fácil que fortalecerlas); persuadirlo de que carece de capacidades hará que evite situaciones retadoras que sí podría lograr, o que se coloque en situaciones demasiado retadoras a sus posibilidades y opte más al abandono ante las dificultades. El trabajo ha de ser

incrementar o mantener un sentido fuerte de autoeficacia para resistir la presión de los demás.

Bandura (1997), plantea que quizá no sea la mejor herramienta para generar un cambio duradero, pero es de utilidad cuando se quiere reforzar los cambios que se han logrado por iniciativa de la propia persona. Bandura (1982) plantea que es recomendable intervenir simultáneamente en dos campos, como la persuasión social y la ejecución de la conducta. Teóricamente se plantea que es mejor intervenir en varias áreas, pero el desafío es controlar ese ambiente heterogéneo para poder medir adecuadamente las múltiples variables.

#### **3.5.4. Respuesta a estados fisiológicos, psicológicos o emocionales.**

Bandura (1997), plantea que las personas generalmente interpretan las reacciones físicas de su cuerpo para determinar si la situación con la que se enfrentan los coloca en una situación estresante o vulnerable, las reacciones emocionales o físicas (estrés, fatiga, dolores, molestias, ansiedad, vergüenza, pena, miedo, vulnerabilidad), pueden debilitar las expectativas de eficacia y la ejecución de una tarea; por el contrario, un estado de ánimo positivo (reduciendo las emociones o sensaciones mencionadas) puede fortalecer las creencias de eficacia y, de acuerdo con Poy et al. (2004), también el desempeño en las tareas impuestas. Se afirma que aunque estas emociones existan, dependerá de cada persona el cómo sean interpretadas o percibidas: como signos de debilidad/incapacidad o trabajarlas para percibir las como respuestas adaptativas que aumenten la confianza en sí mismas.

Lazarus y Folkman (1991), refieren que las creencias generalmente no contienen componente emocional hasta que, por alguna circunstancia se ve involucrado o comprometido con la situación. Por ejemplo, alguien sin el diagnóstico de diabetes puede emitir un juicio sobre si la diabetes es fácil ó difícil de controlar y no presentar emoción alguna; pero a alguien que le acaban de dar un diagnóstico de que tiene diabetes, surgirán emociones sobre los cuidados que deberá de empezar a realizar. Estos autores muestran que cuando la persona percibe algo en el entorno que es importante para sus compromisos y creencias, no bastará trabajar sólo con el pensamiento, habrá que manejar procesos motivacionales y emocionales, no basta con sólo informar. Y Rey et al. (2000), plantean que si se va a trabajar en que un estado de ánimo influya en la

autoeficacia, dicho estado de ánimo debe modificarse significativamente (o intensamente).

Así mismo, hay que ser sensibles y respetar la posibilidad de que la persona pueda no querer saber tanto detalle de la situación que enfrentará. Lazarus y Folkman (1991), recopilaron investigaciones donde se encontró que el dar la opción de control al individuo puede generarle más estrés, principalmente cuando el ejercicio de control se opone al estilo cognitivo del individuo. Estos autores también plantean el estar sensibles de que es totalmente válido que las personas experimenten disgusto o malestar por la enfermedad, malestar. López, et al. (2004), mencionan que en su estudio, a parte de la autoeficacia encontraron que una cuarta parte de las mujeres de su muestra no se exploraban por “temor a encontrar algo”, hacen la reflexión de que hay más variables que la autoeficacia.

### **3.6 Otras consideraciones al fomentar la autoeficacia**

Bandura (1995), también menciona que, al querer fortalecer la autoeficacia, es importante considerar:

- Las diferencias de cada persona. Las creencias hacia sus propias capacidades, su estado de salud físico y emocional, la cantidad de esfuerzo invertido. Guerrero (2003) agrega que esto también sea considerado para la familia del paciente. Lazarus y Folkman (1991), mencionan que la personalidad y las experiencias o conocimientos previos también influye en cómo interpretar una situación ambigua (ejemplo con usuarios obsesivos e histéricos) establecen que la ambigüedad no es siempre un factor que aumenta la amenaza; y la claridad, a veces puede resultar más agresiva, principalmente si la ambigüedad parece permitir la esperanza o prevenir una conclusión apresurada o prematura.
- La situación específica a realizar.
  - *Su dificultad.* Pues hay que recordar que los pacientes requieren de habilidades mínimas físicas y cognitivas para cuidar y controlar su diabetes; en caso de que sea necesario, apoyarse con el cuidador primario (Guerrero, 2003). Lazarus y Folkman (1991), refieren que se puede sentir capaz a evaluar o controlar sólo una parte de su totalidad de la tarea o de

la situación, por ejemplo, en la diabetes hay acciones básicas para comenzar y mantener su control; será por tanto de gran ayuda definir las con precisión.

- *Su claridad.* Mientras más certera sea la meta, es más fácil establecer un sentido de eficacia; si hay ambigüedad, resultará más difícil. La cantidad de información que se posea será de gran ayuda el aumentar la conciencia y el conocimiento sobre la situación a abordar (Bandura, 1982, 1995). Lazarus y Folkman (1991), lo mencionan como que mientras más exacta sea la situación a realizar, funcionarán mejor las evaluaciones que se hagan de ella. Pastor et al. (2004), plantean que el diseño de intervenciones dirigidas a incrementar la autoeficacia han de ser específicas en función de la conducta que se quiera abordar. Guerrero (2003) menciona también que los objetivos planteados sean enfocados a las necesidades del paciente, que sean realistas (alcanzables) y que estén pactados con él.

Cardwell (2013), muestra que las personas necesitan tener una autoeficacia específica de las acciones a realizar para englobar una más grande. En el caso de la diabetes, esto se puede aplicar recomendando detallar las acciones y cuidados que se requieren para su manejo, lo que facilitará la identificación de aquellas a las que la persona se perciba capaz de realizar y por lo tanto, mejorar en general su adherencia al tratamiento.

- La situación social. Incluyendo la cantidad de ayuda recibida, será de gran ayuda el usar apoyo social e identificar los que fomentan o debilitan las conductas del cuidado de la salud.
  - Guerrero (2003), refuerza la necesidad de que la familia se involucre activamente. También hace referencia que el personal de enfermería así como el grupo de salud pueden ayudar en estos cuidados. Considera que la educación en diabetes puede ser individual o en grupo; sugiriendo que primero sea la individual (en un recién diagnóstico, en un nuevo tratamiento, en recaídas o cuando haya alguna descompensación), y después la de grupo (para que sirva como motivador o reforzador). Otros autores lo han señalado, la eficacia percibida sí puede ser sometida a cambios, principalmente cuando la situación en la que se encuentra la

persona le exige a ésta el manejo de demandas complejas en un nuevo entorno (Jerusalem & Mittag, 1995), Lazarus y Folkman (1991), denominan a este proceso de cambio de la autoeficacia como “reevaluación”.

Algunas recomendaciones que Bandura (1995), agrega en el desarrollo de destrezas auto-reguladoras para la construcción de la autoeficacia son:

- Manejar un lenguaje sencillo y adaptado a la población que decida.
- Usar métodos didácticos que faciliten la comprensión.
- Si hay alguna práctica a realizar, ésta debe ser relativamente fácil de hacer, evitar demasiada complejidad.
  - Construir la autoeficacia con prácticas guiadas donde apliquen sus destrezas en tareas que puedan llevar a su cotidianeidad.
- Proporcionar y recoger incentivos.

Guerrero (2003) agrega algunos puntos que pueden ser de utilidad:

- La educación requiere ser continua, progresiva y comenzar con aquellos elementos esenciales del propio cuidado y su régimen médico.
- Observar la conducta para establecer los ajustes necesarios.
- Que sea un máximo de tres temas en una sesión para evitar sobresaturación de información.
- Considerar los tiempos. Esto toma sentido si se considera que el aprendizaje necesita ser gradual (Bandura & Walters, 1978).
- Evitar repetir lo que la persona ya sabe, pues de hacerlo, será escaso el cambio.

Para Bandura (1995), el reto es buscar el cambio, convertir lo que preocupa en hábitos agradables y manejar el entorno, estableciendo metas alcanzables. Este punto, Schwarzer y Reinhard (1995), lo plantean mediante el logro de submetas proximales, es decir dividir una meta de mayor dificultad alcanzando metas más pequeñas sucesivas. Bandura (1982), menciona que hay que enfocarse en este apartado con detenimiento, es importante que el objetivo se perciba alcanzable, pues de lo contrario se podría querer obtenerlo por medios ilícitos; o se podría optar por la creencia de que dicho objeto no tiene valor para el individuo (Bandura & Walters, 1978); e incluso si se percibe insostenible o demasiado abrumador el objetivo, se podría caer en depresión (Lazarus y

Folkman, 1991). En el caso de búsqueda de salud, habrá que cuidar que el lograrla no se perciba inalcanzable, para evitar estas reacciones.

A manera de ejemplo, la Tabla 3.5 retoma la categorización de algunas técnicas para influir en cada una de las fuentes de eficacia que plantea Bandura (1982). Sin embargo, como refiere Lazarus y Folkman (1991), hay que considerar que ninguna técnica es determinante para todas las personas, pues incluso puede haber quienes se estresen más con técnicas de relajación.

Tabla 3.5 Técnicas para influir en las fuentes de eficacia (Bandura, 1982, p. 104).

Fuente de eficacia	Modo de inducción
Logros de ejecución	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelado participante</li> <li>• Desensibilización por ejecución.</li> <li>• Exposición de ejecución</li> <li>• Ejecución auto-instruida</li> </ul>
Experiencia vicaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelado vital</li> <li>• Modelado simbólico</li> </ul>
Persuasión verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugestión</li> <li>• Exhortación</li> <li>• Auto-instrucción</li> <li>• Tratamientos interpretativos</li> </ul>
Excitación emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atribución</li> <li>• Relajación, Biofeed-back</li> <li>• Desensibilización simbólica</li> <li>• Exposición simbólica</li> </ul>

Se ha determinado que la forma en cómo sean percibidas las propias capacidades, influirá en el cómo sean percibidas las situaciones que se le presenten al individuo y de qué forma las maneje; también se ha señalado que para el incremento de autoeficacia hay diversas variables a considerar y es un área de oportunidad para que el psicólogo las considere, adapte la información, el tipo de intervención y las técnicas a la población y objetivos que se persigan. Por lo anterior, en el capítulo siguiente se hace una propuesta de desarrollar un taller para trabajar con personas con el diagnóstico de diabetes, con el objetivo de incrementar su autoeficacia por medio de dinámicas adaptadas, que abordan los puntos mencionados en la teoría.

## **Capítulo 4. Propuesta de intervención**

### **4.1 Justificación.**

Por su mortalidad, prevaecía, costos implicados y complicaciones, la diabetes tipo 2 se convierte rápidamente en un problema de salud pública, no sólo porque cada vez hay más personas con el diagnóstico, sino porque se incrementa el número de muertes relacionadas con la enfermedad e incluso a edades cada vez más tempranas. Para muestra, la Federación Internacional de Diabetes (IFD, por sus siglas en inglés) (2013), señaló que en ese año, 382 millones de personas en el mundo viven con diabetes, y la mitad de las personas que murieron por causas relacionadas a la diabetes, tenía menos de 60 años de edad.

Es claro que para el manejo de la diabetes se requiere conocer desde su fisiología, los tipos de diabetes, cómo se mide la glucosa en sangre u otros estudios de laboratorio, sus parámetros, cuáles son sus complicaciones, cómo manejarlas, además de adecuar el estilo de vida hacia una alimentación saludable (revisando qué comer, en qué cantidad y cada cuánto tiempo), realizar con frecuencia ejercicio o actividad física (que sea de tipo aeróbica, con los respectivos cuidados para evitar lesiones en el cuerpo o hipoglucemias) y por si fuera poco, tener que convivir o combatir con las emociones que surjan en el transcurso de la evolución de la enfermedad.

Considerar todos estos factores de la enfermedad, los afines al tratamiento, los factores relacionados a la propia persona, de su ambiente (apoyo social y factores socioeconómicos) además de los relacionados al sistema de salud, pudieran generar, en la persona con recién diagnóstico de diabetes, un panorama complicado o abrumador. Tanto, que esta persona pudiera percibirse así misma como incapaz de poder llevar a cabo las acciones necesarias para enfrentar esta nueva condición de vida que se le presenta con la enfermedad, dejando al azar, al destino, a una deidad divina o a la propia historia natural de la enfermedad, la evolución del padecimiento, indefenso frente ella.

Como se ha establecido en el marco teórico, se requerirán intervenciones desde las diferentes disciplinas, no sólo la médica; se puede incluir a otras profesiones como enfermería, trabajo social, nutrición, educador en diabetes, odontología, podología, educación física y psicología. Pero la participación más importante, aquella que

determinará en gran medida el éxito o fracaso del tratamiento, será la de la propia persona con el diagnóstico, el que integre a su cotidianeidad las acciones necesarias para el cuidado de su salud, además de que se procure integrar a su familia, amigos y entorno social (los cuales pueden ser un gran apoyo), definirán el mantenimiento de estilos de vida saludables.

Surge entonces, la necesidad de crear programas que fomenten el interés en la población para conocer esta enfermedad, y con ello se reconozcan las acciones concretas que se pueden emprender para tomar el control de su tratamiento: previniendo su aparición, manteniendo su salud o manejando recuperaciones adecuadas.

Se han creado gran cantidad de intervenciones dirigidas a educar a la persona con diabetes, pero la participación del psicólogo ha sido limitada, por no decir subestimada. Es por ello que se propone, mediante el diseño de un taller, generar o fortalecer los aspectos psicológicos que favorecen el incremento de la autoeficacia en las conductas para el manejo del tratamiento; fomentando la participación de la propia persona con el diagnóstico, y percibiendo que los beneficios impactarán no sólo en su salud física y emocional; sino que lo podrá replicar y compartir incluso con su familia, amistades, personas con diabetes, lo que indirectamente beneficiará al propio sistema de salud. El psicólogo puede considerar la autoeficacia dentro de su particular modelo motivacional para influir en que el paciente se adhiera al tratamiento o mantenga conductas saludables.

La presente propuesta fomentará el manejo adecuado de la diabetes, pero centrada en la persona con el diagnóstico; se trabajará en su individualidad, su involucramiento y en fortalecer la confianza de que él es el principal protagonista quien ayudará al manejo de su enfermedad; evitando plantear que una persona que no siga el tratamiento, sea porque no quiera, por desobediencia o por rebeldía, se optará en cambio por explorar si conoce otra forma de conducirse y examine qué tan capaz se siente de llevar a cabo las recomendaciones del profesional de la salud.

Para los profesionales de la salud, en esta propuesta se concentran los aspectos básicos de la diabetes e intervenciones prácticas que se pueden considerar para apoyar a esta población, pero puntualizando que sean sólo como una guía o acompañamiento, evitando ser sobreprotectores con las personas; pues para obtener mayores resultados



tanto para la persona como para el sistema de salud, hay que permitirles generar su propio aprendizaje, ya que ellos son los expertos en su vida cotidiana.

Más que la intervención de diferentes profesionales con su participación aislada, será recomendable realizar intervenciones transdisciplinarias, es decir, donde se conozca, respete, apoye, retroalimente, fortalezca y se promueva el trabajo de los compañeros profesionales que se involucren. Se tiene el siguiente objetivo general, a concretarse al término del taller sobre el incremento de la autoeficacia:

#### **4.2 Objetivo general**

El participante:

Fortalecerá sus capacidades para llevar una adecuada adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 que facilite el manejo de su enfermedad.

Dado que el taller se enfocará en el tratamiento no farmacológico de la diabetes tipo 2, es decir, el conocimiento de la enfermedad, aspectos básicos de la alimentación, del ejercicio e identificación y manejo de emociones, se derivan los objetivos específicos:

##### **4.2.1. Objetivos específicos**

El participante:

1. Conocerá la *información* básica de la diabetes que le sea práctica, así como los cuidados para mantener salud.
2. Identificará sus propias capacidades y generará estrategias para cuidar su *alimentación* en la vida cotidiana.
3. Identificará sus propias capacidades y generará estrategias para realizar *ejercicio* e incorporarlo como parte de su vida cotidiana.
4. Manejará técnicas para el control de *pensamientos* que favorezcan sus procesos *motivacionales* y así visualizar éxito y confianza en la tarea a realizar.
5. Identificará las *emociones* generadas en situaciones particulares y empleará alguna estrategia para su manejo.

6. Favorecerá su capacidad de enfrentar problemas y generar estrategias de solución que ayuden al mantenimiento de su tratamiento, mediante la integración a un *grupo* de ayuda mutua de diabetes.
7. Mantendrá su sensación de capacidad, enfocándose en que es posible mejorar, aunque haya *retrocesos o fracasos*.

Cada sesión tendrá la finalidad de procurar incrementar la autoeficacia en el tema expuesto. Para ello se procurará que los pacientes participen activamente, (mediante comentarios, sugerencias, propuestas, etc.), así como que hayan aceptado la importancia de seguir las acciones concretas del tratamiento.

### **4.3 Participantes.**

Los siguientes rubros son una propuesta de las características de las personas que pueden integrarse al taller, pero cabe aclarar que se podrán hacer excepciones, si el coordinador del taller así lo determina:

- *Edad*: se recomienda que sean adultos de entre 20 y 60 años.
- *Grado escolar*: mínimo primaria concluida, se requiere que sepa leer y escribir.
- *Nivel socioeconómico*: mínimo clase media baja, es necesario que tenga posibilidad de trasladarse a sus consultas médicas, a las sesiones del taller y pueda adquirir sus medicamentos.
- *Población de origen*: Se dará preferencia a las personas que estén siendo atendidas en una Institución de salud (Clínica familiar, Centro de Salud o Clínica particular).
- *Condición personal característica*: Preferentemente que sean personas con diagnóstico de diabetes tipo 2. Aunque se puede incluir a población con factores de riesgo y/o familiares. Importante considerar el tiempo que tienen con el diagnóstico.
- *Conocimientos previos*: No es necesario, aunque lo que sepa respecto a la enfermedad que presenta, será de utilidad. Para ello habrá que considerar el tiempo que lleven acudiendo a su unidad de salud o el invertido para familiarizarse con los temas afines a la enfermedad.

- *Número de participantes:* Es recomendable que el grupo sea conformado por un mínimo de 10 personas, y que no rebasen las 20. Esto con la finalidad de proporcionar la debida atención a cada uno.
- *Forma de selección:* El personal médico puede identificar a las personas que serán beneficiadas con el taller y referirlos con el coordinador. Se les hará la invitación para saber si desean participar, si aceptan, se les tomarán sus datos como: Nombre, dirección, teléfono (local), correo electrónico (en caso de tenerlo), diagnóstico y tiempo de evolución.
- *Forma de convocatoria:* Se publicarán carteles dentro de la institución cede donde se llevará a cabo el taller. Se puede promocionar a través de las consultas o del personal de la propia institución por medio de folletos o de manera verbal.

Como criterios de exclusión solamente se restringirá a personas con algún trastorno psiquiátrico o bajo desempeño cognoscitivo; los facilitadores evaluarán si la persona podrá participar o no. Será importante sondear las características de cada persona para tratar de homogeneizar, lo más que sea posible las características de los participantes: nivel cognoscitivo, educación, posibilidades socioeconómicas, etc. Esto ayudará a que las dinámicas puedan aplicarse para la mayoría de los integrantes del grupo.

#### **4.4 Materiales**

Instrumento para evaluar autoeficacia en el tratamiento de diabetes. Consta de 13 reactivos que evalúan la percepción de capacidad que la persona cree tener respecto a tres áreas específicas del manejo de la diabetes tipo 2: seguimiento del plan alimenticio, toma de medicamento y realización de actividad física (Del Castillo, 2010).

#### **4.5 Escenario**

Institución de salud (Clínica familiar, Centro de salud o Clínica particular) que trate a personas con el diagnóstico de diabetes tipo 2.

- *Descripción:* Se deberá considerar un espacio suficientemente amplio para llevar a cabo las dinámicas. Puede ser un salón de usos múltiples, un cuarto o en su

defecto un espacio al aire libre, pero que cuente con las condiciones del menor ruido posible.

- *Dimensiones:* El espacio que se requerirá será de 16m<sup>2</sup> como mínimo y máximo de 25m<sup>2</sup>. Si no fuera posible esta condición, se trabajará con el espacio que se disponga.
- *Mobiliario:* Sillas cómodas para cada participante y 5 mesas para que sean utilizadas de acuerdo a cada dinámica.
- *Iluminación:* De preferencia que sea en combinación de luz natural con artificial.
- *Ventilación:* Debe contar con la adecuada ventilación para evitar que sea muy caluroso o demasiado frío.
- *Equipo necesario:* Material de papelería común (lápices, bolígrafos, hojas blancas, cinta adhesiva, tijeras, pegamento, etiquetas), proyector digital, computadora portátil, extensión, música tranquila previamente escogida, bocinas. Esto será utilizado de acuerdo a cada dinámica.

#### **4.6 Cartas descriptivas**

El contenido temático ha sido diseñado para ser abordado en 10 sesiones con duración de dos horas cada una, con una frecuencia de una sesión por semana, cada 15 días, o dependiendo la disponibilidad de las personas y la Institución sede, ajustar su frecuencia.

La mayoría de las dinámicas ya han sido utilizadas en algunos grupos de ayuda de centros de salud del Distrito Federal, por lo que se recomienda ampliamente su utilización y se permitirá que el facilitador haga los ajustes necesarios para la población con la que trabaje. Las temáticas están centradas en fortalecer la integración y confianza de grupo, el reconocimiento, expresión y manejo de emociones para favorecer el trabajar barreras para la alimentación, el ejercicio, la asertividad, la autoestima, el estrés, las pérdidas, mediante la solución de problemas para fortalecer el tratamiento y retrasar las recaídas.

El facilitador procurará que los pacientes participen activamente mediante comentarios, sugerencias, propuestas, etc., compartiendo la importancia de seguir las acciones concretas del tratamiento. Para lograrlo necesitará estar sensible y escuchar las necesidades del grupo, pudiendo ajustar el orden o tiempo de las sesiones, dependiendo lo que requiera el grupo y determinará si es necesario profundizar en algún tema o concepto antes de centrarse en los procesos psicológicos relacionados con el incremento de la autoeficacia.

Esta propuesta no evita, ni limita la posibilidad de que los pacientes participen posteriormente en nuevos grupos o dinámicas con el equipo de salud, por el contrario, se alentará que busquen y soliciten con el equipo interdisciplinario para hacer escuchar lo que necesiten para su cuidado. El taller será mayormente aprovechado si el equipo de salud complementa con manejo médico, nutricional y de activación física. En el caso de que algún participante requiriera una intervención más específica, se canalizará para su intervención individual.

## Sesión 1. Presentación, integración de grupo y evaluación

Objetivos específicos de la sesión:

- Que los participantes refuercen la información básica para mantener los cuidados de su salud.
- Que los participantes comiencen a reconocer algunos aspectos de los integrantes de su grupo.
- Evaluar la autoeficacia percibida de los pacientes en el manejo de su tratamiento.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Presentación y bienvenida	El instructor dará la bienvenida, se presentará, expondrá los objetivos y reglas del taller	Etiquetas y plumines para que cada asistente anote su nombre para identificarse	15 minutos	Se permitirá que los integrantes del grupo expresen sus expectativas y dudas respecto al taller	Estar atento a las dudas o expectativas de cada participante.
Elaboración de acuerdos	Facilitador y participantes se pondrán de acuerdo para establecer las reglas de comportamiento dentro del grupo	Rotafolios y plumones	10 minutos	Procurar que la mayoría de los asistentes estén de acuerdo en los puntos establecidos.	Fomentar la participación de los asistentes.
Diabetes: conceptos básicos	Exposición sobre qué es la enfermedad, sus parámetros, complicaciones, cómo manejarlas, a través de una alimentación saludable y ejercicio	Proyector digital, computadora portátil, o rotafolios con información puntual sobre diabetes y sus cuidados	60 minutos	Se solicitará a cada participante un ejemplo de cómo han incorporado alguno de los temas revisados a su cotidianidad.	Conocimiento claro y preciso de la diabetes. Permitir la intervención de los asistentes en la medida de lo posible. Escuchar y anotar los ejemplos que mencionen sobre cómo se cuidan.
Integración de grupo	Dinámica “Acuerdo-desacuerdo”. Se utilizarán frases que permitan vislumbrar el cómo las personas afrontan las circunstancias	Espacio suficientemente amplio con sillas para cada persona	20 minutos	Cada frase contendrá temas relacionadas al afrontamiento de la diabetes	Las frases deberán ayudar a conocer los temores o dudas de los participantes sobre la diabetes
Evaluación	Aplicación del Instrumento para evaluar autoeficacia de Del Castillo, 2010, (Ver anexo “A”)	Instrumento para evaluar autoeficacia en el tratamiento de diabetes	15 minutos	Los datos obtenidos se incorporarán a una base para su análisis.	Estar pendiente de que las instrucciones sean claras

## Sesión 2. Reconocimiento y expresión de emociones.

Objetivos específicos: Los participantes identificarán y expresarán su repertorio emocional así como algunas técnicas para su manejo.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Música como apoyo a la relajación	Se reproducirá música seleccionada a lo largo de toda la sesión.	Reproductor de CD (grabadora o laptop) Pistas de audio (ver material de apoyo CD)	120 minutos	Al finalizar la sesión se permitirá que los asistentes compartan su experiencia por la música escuchada.	Modular el volumen para evitar que interfiera con las demás actividades.
Integración de grupo	Dinámica “Los vecinos”: Colocados en parejas, cada participante dispondrá de dos minutos para presentarse a su compañero.	Espacio suficientemente amplio con sillas para cada persona.	30 minutos	Se les preguntará de qué forma lo que escucharon permite conocer un poco más a su compañero.	Medir tiempo para cada integrante.
Reconocimiento de emociones	Se mostrará la lista del abecedario emocional (ver anexo “B”).	Proyector digital, computadora portátil, o rotafolios con abecedario emocional.	10 minutos	Se promoverá que cada participante incorpore el nombre de una o dos emociones a su repertorio.	Conocimiento claro de cada emoción para poder ejemplificarla si hay dudas de los asistentes.
Reconocimiento de emociones	Dinámica “Dígalo con mímica”. Sin hablar se elegirá a un participante para que exprese una emoción. Los demás tendrán que adivinar de qué emoción se trata.	Espacio suficientemente amplio con sillas para cada persona	20 minutos	Se detectará qué emociones fueron más difíciles de identificar.	Preparar emociones fáciles y difíciles de identificar para evitar juzgar anticipadamente.
Identificación de pensamientos invasivos	Dinámica “El oso blanco”. Después crear la imagen mental de un oso blanco, se les pedirá que intenten, por todos los medios que quieran, no pensar en él.	Espacio suficientemente amplio. Imágenes de osos blancos en hojas tamaño carta.	10 minutos	Se les preguntará qué conductas tuvieron que hacer para tratar de no pensar en la imagen del oso y si les funcionó.	El facilitador hará comentarios o presentará imágenes que dificulten que se olvide al oso, se puede valer de imágenes de osos.
Manejo de emociones	Dinámica “La lista feliz y la .lista de cosas hechas por mí” Cada participante elaborará una lista de cinco actividades que realizaron ese día, que les haya hecho feliz.	Suficientes hojas (divididas por la mitad), bolígrafos o lápices.	25 minutos	Cada participante deberá haber anotado cinco actividades que realizó y la hicieron sentir feliz.	Las pequeñas cosas hechas por uno mismo, pueden provocar emociones agradables.
Manejo de emociones	Técnica de relajación. Imaginación guiada.	Espacio suficientemente amplio con sillas para cada persona.	25 minutos	Se permitirá que los participantes compartan su experiencia.	Modulación adecuada del tono y volumen de voz.

### Sesión 3. Reconocimiento y manejo de barreras emocionales para la alimentación

Objetivos específicos: Los participantes identificarán situaciones cotidianas que impiden una alimentación saludable.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Integración de grupo	Dinámica “limón-limón”. Sentados en círculo se les preguntará el nombre de quien tengan a la derecha o izquierda con la frase limón-limón o naranja-naranja.	Espacio suficientemente amplio con sillas para cada persona.	20 minutos	Si se equivocan de nombre o tardan mucho tiempo, pierden su lugar y toman el lugar de quien pregunta limón-limón.	Fomentar que mediante la participación de todos los integrantes para conocer los nombres de varias personas y fomentar su integración como grupo.
Comidas saludables y no saludables en el entorno social	Se elaborará un collage con las imágenes de comida: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que le guste bastante</li> <li>• Que sea saludable o recetada</li> <li>• La ofrecida por amistades</li> <li>• Que esté al alcance económico</li> <li>• Que sea de fácil acceso cuando salen de casa.</li> </ul>	5 metros de papel Kraf, plumones, imágenes de alimentos, ya sean de revistas (o ver Material de apoyo CD), tijeras, cinta adhesiva o pegamento.	40 minutos	Los integrantes identificarán los alimentos que pueden se les presenta en su entorno cotidiano dependiendo de la situación o contexto en que se encuentren.	Se analizará el contexto social que dificulta llevar una alimentación saludable así como algunas estrategias saludables. Asesorarse con nutriólogos.
Identificación de costo-beneficio	Dinámica “Las toronjas”. Después de darle una etiqueta a cada toronja de conductas no saludables, se irán colocando una a una en una manta mediana, los participantes que gusten podrán sopesarla una vez acumuladas.	10 Kg de toronjas. Cobija o manta mediana.	30 minutos	Los participantes analizarán y reconocerán cómo es que pequeñas conductas pueden acumularse y afectar la salud.	Para recuperar la salud pueden hacerse pequeñas acciones a su alcance, que realizadas frecuentemente, pueden crear hábitos saludables. Sólo deben responsabilizarse.
Aprender a decir “no”	Se analizarán las situaciones y emociones por las cuales resulta difícil decir “no” a algunas solicitudes u ofrecimientos de alimentos no saludables.	Pizarrón y plumones para pizarrón blanco.	30 minutos	Cada participante compartirá sus experiencias y elaborará un ejemplo de cómo decir no a una situación particular.	Conocimiento de por qué culturalmente es difícil decir “no” y de técnicas para hacerlo sin sentirse culpable.



#### Sesión 4 Autoestima.

Objetivos específicos: Los participantes identificarán las emociones y pensamientos que pueden ayudarles a aumentar o afectar su autoestima.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Integración de grupo Dinámica “Mi nombre recuerda algún gusto”	Un participante dirá su nombre y algo que le guste (animal, cosa, actividad) que comience con la misma letra que inicia su nombre.	Espacio suficientemente amplio.	30 minutos	Cada participante deberá repetir los nombres y gustos mencionados antes que él y agregar los propios.	Apoyar y reforzar el logro de que todos los participantes recuerden los nombres y gustos mencionados.
Autovaloración de la propia estima	Aplicación de “Preguntas para medir la autoestima” (ver anexo “C”).	Suficientes cuestionarios impresos y bolígrafos.	20 minutos	Cada participante evaluará su autoestima.	La calificación será secreta, para fomentar la sinceridad de las respuestas.
Identificación de factores que ayudan o perjudican la autoestima	Dinámica “Construyendo tu autoestima”. Se utilizarán piezas de rompecabezas para detectar factores que ayuden o dificulten el construir la propia estima (ver material de apoyo en CD).	Cinta adhesiva o pegamento, rotafolios o papel kraf para pegar las piezas.	25 minutos	Se pedirán que el propio grupo genere sugerencias de qué frases, pensamientos, emociones o acciones podrían ayudar a la construcción o fortalecimiento de la autoestima.	Hacer que el grupo genere más estrategias para fortalecer la autoestima (Pasar tiempo con personas queridas, hacer algo para los demás, hacer algo sólo para divertirse, perdonarse, cuidar su cuerpo, etc.).
Detección y manejo de pensamientos estresantes	Dinámica para manejo de “frases auto-lastimosas. Mediante técnica de relajación e imaginación, devolverán las frases desmotivantes a quien en algún momento se las dijo.	Espacio suficientemente amplio con sillas para cada persona sin distracciones.	25 minutos	Cada participante expresará la forma que le sea de mayor utilidad para detener pensamientos indeseables.	Manejo claro de técnica de relajación profunda e imaginación para generar un ambiente seguro y confiable para manejar sentimientos de culpa.
Fortalecimiento de emociones agradables	Técnica de relajación con anclaje. Los participantes colocarán una de sus manos en alguna parte de su cuerpo (pecho, brazo, hombro, etc.) mientras se hace el reconocimiento de emociones agradables.	Espacio suficientemente amplio con sillas para cada persona sin distracciones.	20 minutos	Cada participante expresará qué parte de su cuerpo eligieron y cómo qué emociones anclaron.	Fortalecer en repetidas ocasiones el anclaje de la parte tocada de su cuerpo con las emociones agradables.

**Sesión 5: Asertividad.** Objetivos específicos: Los participantes identificarán diferentes maneras de comunicarse de forma asertiva.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Integración de grupo	Dinámica “El es, y se siente...”. Cada participante elegirá una carita de papel (Ver material de apoyo en CD) que exprese cómo se siente en este momento, pero sin mencionar por qué la eligió.	Suficientes cartas de papel con expresión de diferentes emociones.	25 minutos	El asistente presentará a quien tenga a la derecha y al ver la carita de papel, tratará de adivinar cómo se siente. El facilitador preguntará si acertó o no.	Hacer ver que nuestro cuerpo y rostro pueden dar mensajes sobre de los sentimientos y que pueden ser bien o malinterpretados.
Suposición vs certeza	Dinámica “La máquina registradora”. Se leerá y resolverá la historia (ver anexo “D”).	Historia impresa con suficientes copias y bolígrafos para cada participante.	40 minutos	Se aplicará el criterio de calificación que proporciona el ejercicio.	Reforzar la importancia de evitar emitir juicios antes de comprobar los hechos en las relaciones personales.
Identificación de conductas asertivas y no asertivas ante los demás	Dinámica “El puente”. Se imaginarán que hay que cruzar un puente colgante donde sólo puede pasar dos personas a la vez en sentido contrario. El instructor se colocará sin advertirlo en el centro del camino y no hablará más.	Espacio suficientemente amplio. Cinta canela o masquin tape para simular el puente (opcional).	20 minutos	Los participantes verán en el facilitador un obstáculo que tratarán de pasar empujando, saltando o sobre él, lo que generará cierta molestia (fingida) en el facilitador.	El facilitador será realmente una persona muda en medio del puente; como cualquier persona, si le hablan, podría saber lo que los otros quieren e incluso ayudarlos a cruzar.
Diferentes tipos de enfrentamiento	Se expondrán los estilos de enfrentamiento que se pueden adoptar en las diversas situaciones.	Proyector digital, computadora portátil, o rotafolios con información puntual de afrontamiento.	15 minutos	Se solicitará a cada participante un ejemplo de cómo han incorporado alguno de los temas a su cotidianidad.	Conocimiento de los estilos de competición, cooperación, evasión y acomodación.
Planteamiento de nuevas conductas y frases asertivas. Ejercicio “yo me siento...”	Mediante la escritura, se ordenarán las frases para que los participantes expresen lo que quieren sin juzgar anticipadamente (ver anexo “E”).	Ejercicio impreso con suficientes copias y bolígrafos para cada participante.	20 minutos	Los participantes elaborarán sus propios ejemplos de situaciones donde se pueden utilizar las frases.	Ordenar la emoción, pensamiento, sin prejuicios y alternativas. Procurar aplicarlo hacia el equipo de salud.

## Sesión 6: Solución de problemas

Objetivos específicos: Los participantes resolverán diversas situaciones fortaleciendo su capacidad de resolución de problemas.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Integración de grupo Dinámica “Fila de...”	Sin hablar, los participantes tendrán organizarse en una fila en orden ascendente, siguiendo las indicaciones del instructor.	Espacio suficientemente amplio, sin obstáculos.	25 minutos	Se organizarán según su edad, por antigüedad en el grupo, fecha de siguiente consulta u otra actividad.	Reforzar la participación, disponibilidad, organización y adaptación para resolver la situación.
Solución de conflictos Dinámica “Los nueve puntos”.	Los participantes deberán unir los nueve puntos (ver anexo “F”) con cuatro líneas rectas continuas.	Suficientes hojas blancas, bolígrafos o lápices.	10 min	Supervisar si se genera una visión de túnel ante los problemas.	Reflexionar que en ocasiones es necesario salirse un poco del problema para poder solucionarlo.
Adaptarse para solucionar problemas	Dinámica “Las naranjas Ugli”. Dividir al grupo en dos equipos a quienes se les dará un caso que justifique la búsqueda de las naranjas.	Suficientes copias del caso de las naranjas Ugli (Ver anexo “G”).	30 minutos	Se analizará hasta qué punto se es capaz de escuchar al otro para el beneficio común, antes que el propio.	Dar la indicación de conseguir lo que se desea y dejar al grupo la decisión de hacerlo compitiendo o colaborando.
Solución de problemas en grupo (Dinámica “Los cocodrilos”)	Simulando que hay que cruzar un río, únicamente pueden utilizar unas “piedras especiales” (ver material de apoyo en CD), las pueden colocar donde gusten, pero cada piedra sólo puede cargar una persona a la vez.	Espacio suficientemente amplio sin obstáculos, y pocas piedras para cruzar (sólo para ½ ó ¾ de camino).	35 minutos	Los participantes pondrán a prueba su capacidad para solucionar la situación. Todos los participantes deben cruzar usando las piedras únicamente.	Se puede agregar dificultad si el facilitador simula ser un cocodrilo que atrapará a quien caiga al agua o se comerá aquellas piedras que no estén siendo pisadas por alguna persona.
Trabajo en equipo Dinámica “La torre”.	Se colocarán vasos desechables que deberán ser recolectados por tres equipos con diferentes indicaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer lo necesario para ganar</li> <li>• Mantener la igualdad</li> <li>• Mantener la Paz.</li> </ul>	300 Vasos desechables.	20 min	Ganará el equipo que haga la torre más alta en el tiempo estimado. Procurar dar no más de cinco minutos para la elaboración de la torre y el resto para reflexión.	Los equipos competirán entre sí, tratando de ganar, pasando sobre los otros y sin defenderse. Pero trabajando unidos, los equipos ganan y se siguen las indicaciones.

## Sesión 7: Pérdidas y elaboración del duelo

Objetivos específicos: Que los participantes identifiquen las características del proceso de duelo y cómo han manejado sus diferentes pérdidas.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Integración de grupo	Dinámica “El Guiño”. Sentados en círculo y por parejas el coordinador hará un guiño a alguien al azar, su pareja tratará de detenerlo sólo tocándolo.	Espacio suficientemente amplio con sillas para cada persona.	20 minutos	Los participantes compartan su experiencia, dificultades y facilidades para retener a su pareja.	Usar la dinámica como ejemplo de cómo se reacciona ante la posibilidad de una pérdida.
Pérdidas	Dinámica “El Huracán”. Cada participante anotará cinco cosas o personas que les tenga aprecio.	Suficientes hojas blancas divididas en ocho pedazos.	20 minutos	Se permitirá que los participantes compartan su experiencia, dificultades y facilidades para desprenderse de las cosas y aceptar la situación.	Se retirarán y destruirán de dos a tres papeles de los que anotaron los participantes.
Duelo	Exposición sobre procesos involucrados en la pérdida de la salud o de un ser querido.	Proyector digital, computadora portátil, o rotafolios con información puntual sobre duelo y manejo de las pérdidas.	40 minutos	Se solicitará a cada participante un ejemplo de cómo han incorporado alguno de los temas revisados a su cotidianidad.	Conocimiento preciso de los procesos psicológicos involucrados en el duelo. Permitir la intervención de los asistentes en la medida de lo posible. Escuchar y anotar las dudas.
Manejo del emociones relacionadas a las pérdidas	Dinámica “Escritura emocional reflexiva”. Se seguirán las instrucciones señaladas en el anexo “H” sobre esta dinámica.	Hojas blancas suficientes para cada asistente con bolígrafo o lápiz.	25 minutos	Los participantes compartirán su experiencia sobre cómo la escritura puede ayudarles a manejar las pérdidas.	Fomentar la canalización de los sentimientos relacionados a las pérdidas a través de la escritura. Fomentar su práctica cotidiana.
Manejo del Duelo Dinámica de imaginación guiada.	Se recordará alguna pérdida, se permitirán emociones y se dejará ir de forma simbólica cerrando el ciclo del que fue parte.	Espacio suficientemente amplio con sillas, sin distracciones.	15 minutos	Los participantes compartan su experiencia.	Enfocar la dinámica para la autoafirmación, el aprendizaje y motivación para superar las pérdidas.

**Sesión 8: Confianza.** Objetivos específicos: Los participantes reforzarán la confianza en sí mismos y en el grupo.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Expresión de emociones	Dinámica “La orquesta de las emociones”. Con música cada participante se moverá de acuerdo a cómo le haga sentir. Se puede aplicar la variante de todos quedarse inmóviles.	Reproductor de CD, bocinas, extensiones eléctricas, música previamente seleccionada (Ver material de apoyo CD).	25 minutos	Al finalizar, se permitirá que los participantes compartan su experiencia, dificultades y facilidades para expresar sus emociones.	Dar mayor énfasis a emociones relacionadas a ansiedad, estrés, las pérdidas (de la salud, de un ser querido), y las relacionadas a la depresión.
Integración de grupo	Dinámica “El juego del bingo” Se usará una hoja del juego del bingo (Ver Anexo “I”) por cada participante para conocer a sus compañeros de grupo.	Juego del Bingo impreso. Suficientes para cada participante con sus bolígrafos o lápices.	25 minutos	Los participantes detectarán a las personas que pueden servir de apoyo en diferentes áreas de su tratamiento.	Promover identificación, creación y uso de redes de apoyo mediante el conocimiento de sus compañeros.
Responsabilidad y confianza personal	Juego de roles “Tú me obligaste a hacerlo”. Se tomarán diversos escenarios donde generalmente se trate de evadir responsabilidades.	Espacio suficientemente amplio con sillas para cada persona.	20 minutos	Se solicitará a cada participante que identifique en qué momentos a usado la frase “tú me obligaste a hacerlo”.	Empatía y sensibilidad para permitir reconozcan los momentos donde usaron o usan esta frase.
Confianza en el grupo	Dinámica “Los satélites”. De pie y colocados en círculo, se elegirán (uno a la vez) de 2 a 4 participantes para vendarles los ojos y caminar lentamente de un lado al otro del círculo, guiados por los demás.	Espacio suficientemente amplio sin obstáculos. Bufanda o mascada para vendarles los ojos.	20 minutos	Dirigir: tomar del hombro y dar un ligero empujón por la espalda en la dirección elegida. Recibir: poner mano en el hombro y el estómago del “satélite” apoyando un pie hacia atrás.	Mostrar la forma cuidadosa para dirigir y recibir a las personas vendadas de los ojos, fomentando su respeto y cuidando para generar confianza en los integrantes del grupo.
La activación física como medio para disolver la tristeza	Apoyados por un activador físico, se realizarán ejercicios básicos para el mantenimiento de la salud.	Espacio suficientemente amplio.	30 minutos	Los participantes compartirán su experiencia sobre cómo adaptar la rutina a su vida cotidiana.	Realizar los ejercicios con la mayor exactitud posible y generar sentimiento de capacidad para incorporarlo a su cotidianidad.

**Sesión 9: Recaídas.** Objetivos específicos: Los participantes fortalecerán que aunque haya retrocesos o “fracasos”, pueden aprender de ellos y mantener su sensación de capacidad.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Autoconocimiento	Dinámica “Como la palma de mi mano”. Los participantes dibujarán con la mayor precisión posible la palma de su mano (sin ver la real).	Hojas blancas suficientes para cada asistente con bolígrafo o lápiz.	15 minutos	Los participantes compararán la precisión de su dibujo con su palma real.	Se reflexionará que existen aspectos de uno mismo que desconoce, fomentar el voltear hacia uno mismo frecuentemente.
Planteamientos realistas	Dinámica “Volvemos más realistas”. Se utilizarán las frases para la dinámica (ver anexo “J”).	Hojas blancas suficientes para cada asistente con bolígrafo o lápiz.	25 minutos	Los participantes identificarán los planteamientos realistas de los que no lo son y darán un ejemplo.	Utilizar las frases del anexo “J” como guía. Fortalecer que los planteamientos para su tratamiento sean realistas, pues “nadie es perfecto”.
Recaídas	Los participantes escribirán su propio concepto de una recaída, qué pensarán ante ella y qué acciones realizarán si se presenta.	Hojas blancas suficientes para cada asistente con bolígrafo o lápiz.	30 minutos	Se identificarán los pensamientos y emociones que se presentan ante una recaída. Expresarán los compromisos ante el grupo para evitar recaídas.	Fortalecer la motivación y sentimiento de capacidad ante recaídas, fomentar el aprendizaje y alternativas.
Identificación de redes de apoyo	Dinámica “Mis apoyos” Usar material en anexo “K” para identificación de personas que pueden servir de apoyo.	Ejercicio impreso con suficientes copias y bolígrafos para cada participante.	30 minutos	Los participantes identificarán sus propios apoyos así como la forma en que cada uno puede aportarle algo.	Permitir que tomen el tiempo suficiente para reconocer que cada persona de su círculo puede apoyar de diferente manera.
Motivación	Técnica de relajación e imaginación guiada.	Espacio suficientemente amplio con sillas para cada persona sin distracciones.	20 minutos	Los participantes expresarán sus sentimientos y comentarios sobre la dinámica.	Focalizar la dinámica para generar sentimiento de plantearse objetivos retadores y desafiantes en lugar de amenazantes o debilitadores.

**Sesión 10: Cierre.** Objetivos específicos: Se fortalecerá la integración de grupo para continuar su tratamiento y se evaluará su autoeficacia.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Integración de grupo	Dinámica “El tren”. En fila y en círculo, los participantes darán masaje a quien tengan enfrente en hombros, cuello, cabeza y espalda.	Espacio suficientemente amplio.	20 minutos	Seguirán las instrucciones de mantener respeto y evitar lastimar a quien están masajeando.	Se reflexionará cómo el ayudar a un integrante puede impactar en ellos mismos y en el grupo.
Integración de grupo	Dinámica “El regalo”. Cada participante hará un dibujo, luego lo pasarán a quien tengan a la derecha y recibirán el de quien tengan a su izquierda para colocarle una frase.	Suficientes hojas blancas, bolígrafos o lápices.	30 minutos	Cada participante escribirá una frase positiva, que lo aliente a no recaer, o si lo hace a recuperarse más rápido dedicada a la persona dueña del dibujo.	Cuidar que sólo se escriban frases en sentido positivo. Remarcar que nuestras palabras pueden ser un gran aliento para los demás.
Integración de grupo	Dinámica “La telaraña”. Colocados en círculo, cada participante se presentará y comentará qué espera del grupo, pasando el estambre a otro miembro formando una telaraña.	Una madeja de estambre. Espacio suficientemente amplio.	30 minutos	Cada participante expresará de qué forma contribuye al trabajo del grupo.	Fomentar que se reconozca la integración formada por los participantes a lo largo de las sesiones, que se identifique la importancia de la participación de cada integrante del grupo.
Evaluación	Aplicación del Instrumento para evaluar autoeficacia de Del Castillo, 2010, (Ver anexo “A”).	Instrumento para evaluar autoeficacia en el tratamiento de diabetes.	20 minutos	Los datos obtenidos se incorporarán a una base para su análisis.	Estar pendiente de que las instrucciones sean claras.
Evaluación, retroalimentación y cierre del curso	Se solicitará que los participantes compartan su experiencia, aprendizaje y sugerencias para fortalecer el taller.	Hojas blancas o pizarrón para tomar nota.	20 minutos	Recopilar experiencias, sugerencias y comentarios de los participantes. Qué gustó más, Qué no gustó, Propuestas.	Fomentar la participación de todos los integrantes. Agradecer y reconocer su constancia y participación e invitarlos a involucrar nuevos integrantes.

#### **4.7 Criterios de evaluación.**

Se hace la recomendación de evaluar el impacto del taller mediante la aplicación del instrumento elaborado por Del Castillo (2010) a manera de pretest-postest para medir la autoeficacia percibida hacia el tratamiento de diabetes tipo 2.

Habría que considerar que una evaluación importante que puede hacerse respecto al taller, será la de los propios participantes, serán ellos quienes determinen qué es lo que necesitan y cómo poder cubrir esas necesidades que ayuden al mantenimiento de su tratamiento mediante el cultivar sus competencias, intereses y redes de apoyo que favorecerán sus procesos de selección para involucrarse en el manejo de la enfermedad, e involucrar a otras personas de su entorno.

En la vida diaria del paciente, el impacto se mostrará cuando cada persona perciba sus actividades cotidianas como retos alcanzables, que es motivante buscarlas y son percibidas como un logro al alcanzarlas: comer saludablemente, realizando ejercicio, tomando su medicamento, midiéndose su glucosa u otros estudios, manejando las situaciones estresantes, previniendo recaídas, evitando ponerse en situaciones de riesgo, etc.



## Conclusiones

Las investigaciones revisadas en el presente trabajo han planteado que una alta autoeficacia favorece diversas conductas relacionadas a la salud, encontrando que será normal que una persona estable psicológicamente hablando, incline esa percepción a favor de sus rasgos positivos más que considerar en un balance casi equilibrado sus cualidades positivas y negativas.

El proceso de construcción de esta percepción o su fortalecimiento, implica más que sólo de decir “sí puedo” o decirle a alguien “tú puedes”; es necesario edificarla mediante la propia ejecución de la tarea, pudiendo incluir el haber visto a un modelo ejecutarla acción, o haber sido reforzado por la conducta generando así la coherencia necesaria que mantenga la relación ejecución-resultado, así como el haber trabajado las emociones que se relacionan con la actividad planteada. Al establecer objetivos, han de mantenerse lo suficientemente desafiantes para motivar el querer alcanzarlos, pero suficientemente realistas para poder lograrlos.

Al aplicar el concepto de la autoeficacia al manejo de la diabetes, esta propuesta ha iniciado dando a conocer sus aspectos básicos y las variables que influyen en el mantenimiento de su tratamiento para así poder centrar la atención en la percepción de capacidad que tiene el individuo para llevar a cabo un adecuado control de esta enfermedad. Esto ha sido planteado con sesiones para el reconocimiento de emociones, pensamientos, aceptación de responsabilidades para fortalecer la autoestima, herramientas para la interacción eficaz con las personas utilizando redes de apoyo para poder enfrentar los problemas cotidianos; sirviendo incluso para quienes aún no tienen el diagnóstico o a los familiares.

La intervención para el fortalecimiento de la autoeficacia puede adecuarse dependiendo de las características de la persona y la evolución de la enfermedad. Por ejemplo, la persona aún no tiene un diagnóstico de diabetes, se puede fortalecer que prevenga su aparición en edades tempranas; si ya tiene el diagnóstico de la enfermedad, que sienta la capacidad de evitar que avance rápidamente; si ya se encuentra en etapas avanzadas, que se perciba capaz de intervenir para evitar malestares, complicaciones y actuar o adecuarse para manejar su vida de la manera más digna posible.

Aunque se reconoce, como argumenta Villamarín y Sanz (2004), que *“la autoeficacia y las expectativas de resultado no son todos los determinantes de la conducta”* (p. 125), la relevancia de ésta permanece, pues también han sido la base para otros modelos teóricos utilizados como los Modelos de creencias sobre la salud, la Teoría de la acción razonada y la Teoría de la conducta planificada.

Fortalecer este sentido de capacidad puede hacer que la persona con diabetes, genere estrategias para percibir la enfermedad como algo que puede ser controlado por ella misma y se apoye en el equipo de salud cuando lo considere necesario para poder personalizar su tratamiento. Generar personas que se involucren en su tratamiento, impactará en que los sistemas de salud se vean en la necesidad de prepararse y actualizarse en las formas de tratamiento que surjan sobre la enfermedad, para manejar parámetros homogeneizados de niveles de glucosa, de HbA1c, de colesterol y otros, por lo menos cada año; pues actualmente, el que el médico (nutriólogo, psicólogo, etc.) no maneje esos niveles estandarizados (u otra información relacionada) en su consulta, genera confusión en las personas con diabetes y resulta difícil que se perciban capaces de manejar su tratamiento.

Habrá que considerar para las futuras investigaciones que Flammer (1995), plantea que a pesar de que se han revisado las ventajas adaptativas que pueden originar las altas creencias de eficacia, también pueden colocar al sujeto en situaciones de riesgo y afectarlo a largo plazo. Hace referencia a estudios donde se encontró que los estudiantes moderadamente optimistas alcanzaban más progresos en su ejecución académica que aquellos excesivamente optimistas o indebidamente pesimistas. También se refiere que quienes tuvieran mayores ilusiones de control, tendían a la indefensión aprendida en un entorno incontrolable. Por lo anterior, se entiende que será normal esperar un puntaje moderado a alto de autoeficacia, pero en el caso de caer en el extremo de sobrestimarla (sin los fundamentos para su construcción, como los revisados en la teoría), más que permitir ese desarrollo de las capacidades, puede plantear que la persona esté en alguna situación de riesgo.

Lazarus y Folkman (1991), mencionan que las investigaciones han prestado poca atención a aquellos individuos que tienen la creencia general de ser capaces de controlar la mayoría de

las situaciones, refiriendo que algunas personas que poseyeran tales creencias, pueden parecer como arrogantes, vanidosos o posiblemente fanáticos.

Finalmente, se ha revisado que mientras más específica se plantee la situación a ejecutar, la medición e intervención de la autoeficacia generará mayor impacto. En el caso del trabajo de personas con diabetes, se sugiere desglosar y analizar cada componente que conforma el conocimiento y manejo de la enfermedad para poder intervenir con más detalle en cada área. Por ejemplo, revisar la relación autoeficacia-alimentación para manejar grupo de alimentos, tipo e identificación de los que hay que moderar, manejo de porciones, ritmo al comer, leer etiquetas, mantener la alimentación sana cuando haya periodos de enfermedad, ajustar horarios de comida, acudir con su nutriólogo, la relación autoeficacia-ejercicio, autoeficacia-toma de medicamento (incluyendo las variables para que acuda a sus consultas médicas, realice un automonitoreo constante...) y la relación autoeficacia-procesos psicológicos relacionados con la enfermedad incluyendo la capacidad para resolver problemas, manejar el duelo por la pérdida de la enfermedad, la adaptación a vivir con ella, reducir riesgos, prevenir y recuperarse de las recaídas.

## Referencias

- Alijaseem, L., Peyrot, M., Wissow, L. & Rubin. (2001). The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 27 (3), 393-404.
- Alpizar, M., (2008). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: Alfíl.
- Alva, M. I., González, R. (s.f.). *Guía para la alfabetización emocional*. México: Material elaborado por Cuidarte A. C.
- Andreu, L., Pallarés, A. & Juárez, O. (2004). La incidencia del entrenamiento en el nivel de eficacia percibida: Un estudio en un equipo femenino de fútbol. En M. Salanova, R. Grau, I. M. Martínez, E. Cifre, S. Llorens, M. García-Renedo. (Eds.). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Castelló de la Plana: Universat Jaume.
- American Diabetes Association ADA. (2013a). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 36, Supplement 1, S11-S66
- American Diabetes Association ADA. (2013b). *Diabetes Statistics*. Recuperado de [www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/?loc=DropDownDB-stats](http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/?loc=DropDownDB-stats)
- American Diabetes Association ADA. (2013c). *Diabetes Myths*. Recuperado de <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-myths/#x>
- American Diabetes Association ADA. (2013d). *Complications*. Recuperado el 23 de enero de 2014 de <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/?loc=superfooter>
- American Diabetes Association ADA. (2013e). *¿Por dónde comienzo? Viviendo con Diabetes tipo 2*. Recuperado el 11 de noviembre de 2013 de [http://main.diabetes.org/dorg/lwt2d/Where\\_Do\\_I\\_Begin-American\\_Diabetes\\_Association-v3-sp.pdf](http://main.diabetes.org/dorg/lwt2d/Where_Do_I_Begin-American_Diabetes_Association-v3-sp.pdf)
- American Diabetes Association ADA. (2013f). *Common Terms*. Recuperado el 23 de enero de 2014 de <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/common-terms/>
- American Diabetes Association ADA. (2013g). *Stress*. Recuperado el 1 de abril de 2014 de [http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/mental-health/stress.html?utm\\_source=Living%20With%20Type%20Diabetes%20Program%20-%20Monthly%20Newsletter%20SP&utm\\_campaign=fe5e2fb949-ADA\\_DEC\\_2013\\_LWT2D\\_eNews\\_SP\\_FEB\\_2014&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_a9b842b579-fe5e2fb949-#sthash.3vlnh1fz.dpuf](http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/mental-health/stress.html?utm_source=Living%20With%20Type%20Diabetes%20Program%20-%20Monthly%20Newsletter%20SP&utm_campaign=fe5e2fb949-ADA_DEC_2013_LWT2D_eNews_SP_FEB_2014&utm_medium=email&utm_term=0_a9b842b579-fe5e2fb949-#sthash.3vlnh1fz.dpuf)
- American Diabetes Association ADA. (2014). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 37, Supplement 1, S14-S80

- American Psychological Association. (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association* (2ª ed. adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.
- Avendaño, M. J. & Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*, 26 (2), 165-172.
- Bandura, A. (1995). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En A. Bandura (Ed.), *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. Stanford University. New York.: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. & Walters, R. (1978). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad* (3ª. Ed.) Madrid: Alianza Editorial.
- Barnett, D., Hawkins, R. & Lentz F. E. (2011) Intervention adherence for research and practice: Necessity or triage outcome? *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 21, 3, 175-190, DOI: 10.1080/10474412.2011.595162
- Barranco, A. D. (2007). *Estilos de vida y barreras ambientales en el apego al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barros, M. B. (2012). Autoeficácia para a prática de atividade física por indivíduos adultos. *Motricidade*, 8 (2), 32-41.
- Becerril, D. & Herrera, J. A. (2004). *Evaluación de material educativo para el desarrollo de autoeficacia en el seguimiento de un plan alimentario para el cuidado de la diabetes mellitus tipo 2*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bernal, H., Woolley, S., Schenaul, J. & Dickinson, J. (2000). Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes [resumen]. *Diabetes Educator*, 26 (3), 673-680. Resumen recuperado de la base de datos PubMed.
- Calleja, E. R. & Olmos, G. M. (2004). *Evaluación de Material educativo para el desarrollo de autoeficacia para el incremento del ejercicio en el cuidado de la diabetes mellitus tipo 2*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Campos, S. & Pérez, J. (2007). Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Revista Chilena de Nutrición*, 34, (3), 0.
- Cardoso, M. A., Aburto, I. A., Moreno, G. M. & Rivera, J. (2009). DUPAM: Atención multidisciplinaria a personas adultas con diabetes tipo 2. Hacia la modificación de

- los estilos de vida. En Universidad Nacional Autónoma de México. *3ª Reunión internacional sobre diabetes. Una visión económica, sociocultural y familiar del problema*. Primera edición. ISBN 978-607-02-0975-8
- Cardwell, M. (2013). Improving medical adherence in women with gestational diabetes through self-efficacy. *Clinical Diabetes*, 31 (3) 110-115
- Carpi, A., González, P., Zurriaga, R., Marzo, J. C. & Buunk A., (2010). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 423-432.
- Castro, M. A., Aguilar, C. A., Liceaga, M. G. & Hernández, S. C. (2010). *Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus*. México: Alfil.
- Colin, A., & Garduño, C. (1996). *La autoeficacia como una medida predictiva de éxito en un tratamiento para bebedores problema*. Tesis licenciatura. D.F., México.
- Del Castillo, A. (2010). *Apoyo social, síntomas depresivos, autoeficacia y bienestar psicológico en pacientes con diabetes tipo 2*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Eneko, S., Gil, L., Agirrezabal, A., Larrañaga, M., Ortiz, G., Valencia, J. F. & Fuster, M. J. (2008). Autoconcordancia y autoeficacia en los objetivos personales: ¿Cuál es su aportación al bienestar? *Anales de la Psicología*, 24 (1), 121-128.
- Federación Mexicana de Diabetes FMD. (2012). Recuperado el 23 de enero de 2013, de <http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/estadisticas.php>
- Fernández-Ballesteros, R., Díez-Nicolás, J., Vittorio G., Barbarabelli, C. & Bandura, A. (2004). Determinantes y relaciones estructurales desde la eficacia personal. En M. Salanova, R. Grau, I. M. Martínez, E. Cifre, S. Llorens, M. García-Renedo. (Eds.). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Castelló de la Plana: Universat Jaume.
- Flammer, A. (1995). Análisis evolutivo de las creencias de control. En A. Bandura (Ed.), *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Flores, V. & González, L. (2009). Enfermería y cuidados a la familia con diabetes. En Universidad Nacional Autónoma de México. *3ª Reunión internacional sobre diabetes. Una visión económica, sociocultural y familiar del problema*. Primera edición. ISBN 978-607-02-0975-8
- Forsyth, A. & Carey, M. (1998). Measuring Self-efficacy in the context of HIV risk reduction: Research challenges and recommendations [resumen]. *Health Psychology*, 17 (6), 559-568. Resumen recuperado de la base de datos PsycINFO.
- Fritzen, S. (1999). *70 juegos para dinámica de grupos*, Argentina: Lumen

- García-Talavera, N.V., López-Ruíz, A., Nuñez, M. A., Meoro, A., Sánchez, C., Romero, H., López, M. D., Lapaz, M. A., Guirao, J. M., San Eustaquio, F., Soriano, J., Collaborative Group of the Diabetes Unit of the Reina Sofía University Hospital. (2012). How to reduce avoidable admissions due to acute diabetes complications? Interrelation between primary and specialized attention in a diabetes unit. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (6), 2079-2088.
- Garrido, E., Masip, J. & Herrero, C. (2009) *Autoeficacia y delincuencia*. Madrid: Dykinson.
- González, C. (2009). La diabetes como problema económico-social en México. En Universidad Nacional Autónoma de México. *3ª Reunión internacional sobre diabetes. Una visión económica, sociocultural y familiar del problema*. Primera edición. ISBN 978-607-02-0975-8
- Guerrero, G. (2003). *Intervención de enfermería dirigida al incremento de la autoeficacia para la práctica del ejercicio físico en el paciente diabético tipo 2*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guillén, N. (2007). Implicaciones de la Autoeficacia en el rendimiento deportivo. *Pensamiento Psicológico*. 3 (9), 21-32.
- Hauser, S. & Pollets, D. (1979). Psychological aspects of diabetes mellitus: a critical review. *Diabetes Care*. 2 (2), 227-232.
- Hill, S., Williams, J. E., Ford, D. E., Yeh, H., Paton, C., Nieto, F. J., Brancati, F. L. (2004). Depressive Symptoms and the Risk of Type 2 Diabetes: The Atherosclerosis Risk in Communities study. *Diabetes Care*. 27 (2), 429-435
- International Diabetes Federation IDF (2013). *Diabetes Atlas*. (6th edition). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2011). <http://www.inegi.org.mx/> . Recuperado el 15 de octubre de 2013, de Estadísticas de Mortalidad: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
- Jerusalem, M. & Mittag, W. (1995). Autoeficacia en transiciones vitales importantes. En A. Bandura, *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kaufman, G., Raphel, L., Espeland, P. (1993). *Aprende a defenderte*. México: Pax.
- Kaufman, G., Raphel, L., Espeland, P. (2005). *Cómo enseñar autoestima*. México: Pax.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos* (3ª. ed.). México: Roca.

- Leal, G. (2009). Calderón y el “Seguro” para los recién nacidos: Un “Seguro Popular” Cambray. En Universidad Nacional Autónoma de México. *3ª Reunión internacional sobre diabetes. Una visión económica, sociocultural y familiar del problema*. Primera edición. ISBN 978-607-02-0975-8
- López. S., Neipp, M. C., Pastor, M. A., Terol, M. C. & Massutí, B. (2004). Creencias de autoeficacia y conducta de autoexploración en mujeres con cáncer de mama. En M. Salanova, R. Grau, I. M. Martínez, E. Cifre, S. Llorens, M. García-Renedo. (Eds.). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Castelló de la Plana: Universat Jaume.
- Márquez, S. (2006). Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, (2), 359-378.
- Mayberry, S. S. & Osborn, C. Y. (2012). Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35, 1239-1245
- Mejía, E., Díaz, A., Pasupuleti, V., Morales & V. Saldaña, K. (2009). Proyecto de control metabólico de diabetes mellitus tipo 2: A través de la ingesta de un complemento de soya en grupos de ayuda mutua en San Luis Potosí, México. En Universidad Nacional Autónoma de México. *3ª Reunión internacional sobre diabetes. Una visión económica, sociocultural y familiar del problema*. Primera edición. ISBN 978-607-02-0975-8
- McAuley, E. & Courneya, K. (1992). Self-Efficacy Relationships With Affective and Exertion Responses to Exercise [resumen]. *Journal of Applied Social Psychology*. 22, 4 pp. 312-326. Resumen recuperado de la base de datos Wiley Online Library.
- Mouserrat, M. & Sierra, J. (2002). *Autoeficacia percibida en el consumo de fibra alimentaria en personas con riesgo a padecer diabetes en San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. En: Sabate, E. (Ed.) *Adherence to long term therapies: Evidence for action* Geneva: World Health Organization. 135-149.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2004) *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Washington, D.C.: Traducido al castellano e impreso por la Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades No Transmisibles).
- Organización Mundial de la Salud OMS. (septiembre de 2012). <http://www.who.int/es/>. Recuperado el 27 de octubre de 2013, de *Diabetes*: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>



- Organización Mundial de la Salud OMS (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud
- Ornelas, M., Blanco, H., Aguirre, J. F., & Guedea, J. C. (2012). Autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la salud en universitarios de primer ingreso. Un estudio con alumnos de educación física. *Perfiles educativos*, XXXIV (138), 62-74.
- Ortíz, L., Ramos, N., Pérez, D., Ramírez, M. L. (2013). *Fundamentos de nutrición para la consulta nutricional. Una guía teórico-práctica para promover la alimentación saludable mediante técnicas de consejería*. México: Trillas
- Pan, A., Keum, N., Okereke, O. I., Sun, Q., Kivimaki, M., Rubin, R. R., Hu, F. B. (2012). Bidirectional Association between depression and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Diabetes Care*. 35, 1171-1180
- Pastor, M. A., Lledó, A. Martín-Aragón, M., Pons, N., López-Roig, S., Terol, M. C. & Rodríguez-Marín, J. (2004). Expectativas de autoeficacia y utilización de recursos sanitarios en el síndrome fibromiálgico. En M. Salanova, R. Grau, I. M. Martínez, E. Cifre, S. Llorens, M. García-Renedo. (Eds.). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Castelló de la Plana: Universat Jaume.
- Pérez, E., (2013). *Manual de apoyo para el educador en diabetes: Tomo I. Aspectos clínicos*. Tercera Edición. Material proporcionado en el Diplomado de Educación en Diabetes. Asociación Mexicana de Diabetes. México.
- Phillips, A., Leventhal, H. & Leventhal, E. A. (2013). Assessing theoretical predictors of long-term medication adherence: Patients' treatment-related beliefs, experiential feedback and habit development. *Psychology & Health*, 28 (10), 1135-1151, DOI: 10.1080/08870446.2013.793798
- Poy, R., Segara, P., Pastor, M. C. Montañés, S., Tormo, M. P. & Moltó J. (2004). Emoción, autoeficacia y cognición. En M. Salanova, R. Grau, I. M. Martínez, E. Cifre, S. Llorens, M. García-Renedo. (Eds.). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Castelló de la Plana: Universat Jaume.
- Rey, M., Blasco, T. & Borrás, F. X. (2000). Efectos de un procedimiento de inducción de estados de ánimo sobre la autoeficacia. *Anales de Psicología*, 16 (1), 23-31.
- Reigal, R. & Videra, A. (2013). Frecuencia de práctica física y autoeficacia en la tercera edad. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 13, (49), 107-120.
- Rodríguez, J. (2009). Retos y oportunidades para atender la diabetes en México: Un modelo estructurado. En Universidad Nacional Autónoma de México. *3ª Reunión internacional sobre diabetes. Una visión económica, sociocultural y familiar del problema*. Primera edición. ISBN 978-607-02-0975-8

- Sanz, A. & Villamarín, F. (2001). The role of perceived control in psychological reactivity: self-efficacy and the incentive value as regulators of cardiovascular adjustment. *Biological Psychology*, 56, (3), 219-246.
- Schwarzer, R. & Reinhard, F. (1995). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: el rol de las creencias de auto-eficacia. En A. Bandura (Ed.), *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Secretaría de Salud. (2006). *NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. Diario Oficial (Primera sección).
- Secretaría de Salud. (2010). [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx). Recuperado el 7 de noviembre de 2013. *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco\\_juridico/normas/nom\\_14.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/normas/nom_14.pdf)
- Secretaría de Salud. (2012a). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales*. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/Ensanut2012ResultadosNacionales.pdf> Recuperado el 10 de octubre de 2013.
- Secretaría de Salud Ensanut. (2012b). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Evidencia para la política pública en salud*. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf> Recuperado el 16 de octubre de 2013.
- Secretaría de Salud. (2012). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención*. Recuperado el 4 de febrero de 2014 de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/093\\_GPC\\_DiabetesMellitus2/SSA\\_093\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/093_GPC_DiabetesMellitus2/SSA_093_08_EyR.pdf)
- Secretaría de Salud del Distrito Federal Sedesa. (13 de febrero de 2013). (Comunicación personal).
- Secretaría de Salud del Distrito Federal Sedesa. (2011). [www.salud.df.gob.mx](http://www.salud.df.gob.mx). Recuperado el octubre de 2013, de *Agenda Estadística*: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda2011/INDEX.HTML>
- Secretaría de Salud del Distrito Federal Sedesa. (2012). [www.salud.df.gob.mx](http://www.salud.df.gob.mx). Recuperado el 7 de noviembre de 2013, de *Agenda Estadística*: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda2012/inicio.html>

- Sitges, E., Rodríguez, J., Pastor, M. A., Tirado, S., Mira, J. J. & Martín-Aragón, M. (2004). Influencia de la autoeficacia en los resultados de los pacientes sometidos a un tratamiento de rehabilitación física. En M. Salanova, R. Grau, I. M. Martínez, E. Cifre, S. Llorens, M. García-Renedo. (Eds.). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Castelló de la Plana: Universat Jaume.
- Sociedad Mexicana de Psicología, (2007). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas
- Taylor, S. & Brown, J. (1998). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, (2), 193-210.
- Theofilou, P. & Reyes A. (2013) Adherence and physical activity. *Health Psychology Research*, 1 (e6), 22
- Chapman, K. (2009). Programas en comunidades de bajos ingresos. En Universidad Nacional Autónoma de México. *3ª Reunión internacional sobre diabetes. Una visión económica, sociocultural y familiar del problema*. Primera edición. ISBN 978-607-02-0975-8
- Valderrama, C. E. (2008). *Intervención psicológica en la adherencia terapéutica para el control de la diabetes tipo 2*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villamarín, F. & Sanz, A. (2004). Autoeficacia y salud: Investigación básica. En M. Salanova, R. Grau, I. M. Martínez, E. Cifre, S. Llorens, M. García-Renedo. (Eds.). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Castelló de la Plana: Universat Jaume.

# **Anexos**

## Anexo "A"

### Cuestionario de Autoeficacia en el tratamiento de diabetes (Del Castillo, 2010) (Sesión 1 y 10)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tiempo con el diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tiempo en el grupo de ayuda mutua: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Lea cada frase y llene con un círculo el número que indique qué tan capaz se siente dependiendo de la siguiente clasificación:

- 1 No me siento capaz
- 2 Me siento poco capaz
- 3 Me siento capaz

1. Me siento muy capaz Seguir la dieta sugerida para controlar su diabetes	1	2	3	4
2. Seguir su dieta aunque otras personas coman otros alimentos delante de usted	1	2	3	4
3. Seguir su dieta cuando va a una fiesta donde hay distintos tipos de comida	1	2	3	4
4. Seguir su dieta aunque otras personas insistan en que coma otras cosas	1	2	3	4
5. Seguir su dieta cuando se siente preocupado	1	2	3	4
6. Hacer ejercicio sin la compañía de su familia o amigos	1	2	3	4
7. Hacer ejercicio cuando está ocupado	1	2	3	4
8. Hacer ejercicio cuando está lloviendo o hace frío	1	2	3	4
9. Hacer ejercicio cuando se siente cansado	1	2	3	4
10. Hacer ejercicio cuando se siente preocupado	1	2	3	4
11. Tomar su pastilla(s) todos los días	1	2	3	4
12. Tomar su pastilla(s) cuando está fuera de casa	1	2	3	4
13. Tomar su pastilla(s) a la hora indicada por el médico	1	2	3	4

Gracias por su participación

**Anexo "B"**  
**Abecedario Emocional (Alva & González, s.f.)**  
**(Sesión 2)**

**A**

Abandono	Abatimiento	Aborrecimiento	Aburrimiento	Abulia
Admiración	Aflicción	Agobio	Alegría	Altivez
Amargura	Amistad	Amor	Angustia	Anhelos
Ánimo	Ansia	Ansiedad	Apatía	Antojo
Añoranza	Apatía	Apego	Aprensión	Arrepentimiento
Asombro	Atracción	Autocompasión	Autodesprecio	Autoestima

**B**

Benevolencia	Bienestar	Bondad		
--------------	-----------	--------	--	--

**C**

Calma	Capricho	Cariño	Celos	Certeza
Certidumbre	Cólera	Compasión	Confianza	Confusión
Congoja	Conmoción	Consternación	Consuelo	Coraje
Crueldad	Cuidado	Culpa	Curiosidad	

**D**

Decepción	Desaliento	Desamparo	Desánimo	Desapego
Desconcierto	Desconsuelo	Desdén	Desdicha	Desencanto
Desengaño	Deseo	Desesperación	Desesperanza	Desgana
Desgracia	Desidia	Desilusión	Desinterés	Desolación
Despecho	Desprecio	Disgusto	Dolor	Duda

**E**

Elación	Enamoramiento	Enemistad	Enfado	Enojo
Entusiasmo	Envidia	Espanto	Esperanza	Euforia
Exasperación	Expectación	Éxtasis		

**F**

Fastidio	Fe	Felicidad	Fervor	Fracaso
Frustración	Furia			

**G**

Gozo	Gratitud			
------	----------	--	--	--

**H**

Horror	Hostilidad	Humillación		
--------	------------	-------------	--	--

**I**

Ilusión	Impavidez	Impotencia	Incertidumbre	Indecisión
Indiferencia	Indignación	Infelicidad	Inferioridad	Inquietud
Insatisfacción	Intranquilidad	Ira	Inseguridad	

**J**

Júbilo				
--------	--	--	--	--

**L**

Languidez	Lástima			
-----------	---------	--	--	--

**M**

Maldad	Melancolía	Menosprecio	Miedo	Misericordia
--------	------------	-------------	-------	--------------

**N**

Nostalgia				
-----------	--	--	--	--

**O**

Odio	Orgullo			
------	---------	--	--	--

**P**

Pánico	Pasión	Pavor	Paz	Pena
Perplejidad	Protección	Piedad	Placidez	Preocupación

**R**

Rabia	Recelo	Regocijo	Remordimiento	Rencor
Repugnancia	Resentimiento	Resignación	Rivalidad	Repulsión

**S**

Satisfacción	Serenidad	Simpatía	Soberbia	Sobrecogimiento
Soledad	Sosiego	Sospecha	Superioridad	Susto
Seguridad	Sometimiento			

**T**

Temor	Ternura	Terror	Tranquilidad	Tribulación
Turbación	Tristeza			

**U**

Ultraje				
---------	--	--	--	--

**V**

Vergüenza	Vulnerabilidad			
-----------	----------------	--	--	--

**Z**

Zozobra				
---------	--	--	--	--

## **Anexo "C"**

### **PREGUNTAS PARA PROBAR LA AUTOESTIMA (Kaufman, Raphel, & Espeland, 1993, 2005). (Sesión 4)**

Instrucciones: Sin pensarlo mucho tiempo, elige una de las respuestas a cada pregunta.

1. Al verte al espejo iniciando el día, te dices:
  - a. ¡Te ves sensacional! Vas a tener un día grandioso
  - b. ¡Oh no, no tú otra vez! ¿por qué molestarse en levantarse?
2. Al fracasar o cometer un error, te dices:
  - a. Todos tienen derecho a equivocarse cada día
  - b. ¡Lo estropee de nuevo! No puedo hacer nada bien, ya sabía que iba a salir mal.
3. Cuando tienes éxito en algo, te dices:
  - a. ¡Felicidades! Estoy orgulloso de mí mismo.
  - b. "Lo hubiera hecho mejor, si me hubiera esforzado más.
4. Después de hablar con alguien que tiene poder sobre uno, la opinión es:
  - a. "Lo manejé bastante bien"
  - b. ¡Actué mal! Siempre digo tonterías
5. Al salir de una primera reunión social, te sientes:
  - a. Fue divertido, conocí a personas nuevas, algunas me cayeron bien, y mi participación estuvo bien.
  - b. Hablé demasiado y no le caí bien a nadie, lo que dije no fue adecuado.
6. Al salir de una reunión de amigos, te dices:
  - a. ¡Qué divertido! Les caigo bien a mis amigos
  - b. Mis amigos sólo fingían que les agradaba, quizá no me inviten de nuevo.
7. Cuando alguien te hace un cumplido, te dices:
  - a. ¡Te lo mereces!
  - b. Sólo lo dicen por conveniencia. Además no me lo merezco
8. Si alguien te decepciona, te dices:
  - a. Hirieron mis sentimientos, pero me recuperaré, después averiguaré qué pasó
  - b. Esto prueba que a esa persona no le intereso
9. Si decepcionas a alguien que te interesa, te dices:
  - a. No es agradable ni divertido, pero a veces las personas nos fallamos mutuamente. Admitiré lo que hice y continuo adelante.
  - b. ¿Cómo pude hacer algo tan terrible? Debería avergonzarme de mí mismo
10. Al sentirte necesitado o inseguro, te dices:
  - a. Todos nos sentimos así a veces. Buscaré un abrazo o me daré tiempo y espacio para pronto estar mejor.
  - b. ¡Crece! No tengo que ser infantil, pues es desagradable

---

Clave y Calificación: 10 puntos para las respuestas (a) y 5 puntos para las (b).

- 90-100. Autoestima Alta y Aceptable
- 75-90. Puede mejorar la autoestima
- 60-75. Autoestima baja, ya lo sabes, puedes elegir cambiar
- 50-60. Autoestima muy baja. Por fortuna existen muchas cosas que se pueden hacer... comienza HOY.



**Anexo “D”**  
**La historia de la máquina registradora (Fritzen, 1999)**  
**(Sesión 5)**

Instrucciones: Proporcionar una copia de la historia de la máquina registradora por cada participante, lápiz y bolígrafo. Distribuir el material, permitir 5 a 7 min para leerlo y señalar las declaraciones consideradas verdaderas (V), falsas (F) o desconocidas (¿?).

**Máquina registradora**

La Historia: Un comerciante acaba de encender las luces de una zapatería, cuando surge un hombre pidiendo dinero. El propietario abre una máquina registradora. El contenido de la máquina registradora es retirado y el hombre corre. Un miembro de la policía es inmediatamente avisado.

Declaraciones acerca de la historia:	V	F	¿?
1. Un hombre aparece apenas el propietario enciende las luces de la zapatería			
2. El ladrón era un hombre			
3. El hombre no pidió dinero			
4. El hombre que abrió la máquina registradora era el propietario			
5. El propietario de la zapatería retiró el contenido de la máquina registradora y huyó			
6. Alguien abrió una máquina registradora			
7. Después que el hombre que pidió el dinero tomó el contenido de la máquina registradora, huyó			
8. Aún cuando había dinero en la máquina registradora, la historia no dice cuánto			
9. El ladrón pidió dinero al propietario			
10. La historia registra una serie de acontecimientos que involucran a tres personas: el propietario, un hombre que pidió dinero y un miembro de la policía			
11. Los siguientes acontecimientos de la historia son verdaderos: -una máquina registradora fue abierta -su dinero fue retirado y -un hombre huyó de la tienda			

Respuestas correctas: la respuesta 3 es falsa, la 6 es verdadera y todas las demás son desconocidas

**Anexo "E"**  
**Ejercicio Yo me siento...**  
**(Sesión 5)**

**YO ME SIENTO** (plantea tus emociones) \_\_\_\_\_ **CUANDO TÚ** (hecho real, tal cual, sin interpretaciones, juicios ni generalizaciones) \_\_\_\_\_ **PORQUE** (efecto de la actitud sobre uno; puede dar interpretación) \_\_\_\_\_. **Y ME GUSTARÍA** (alternativas, necesidades concretas) \_\_\_\_\_

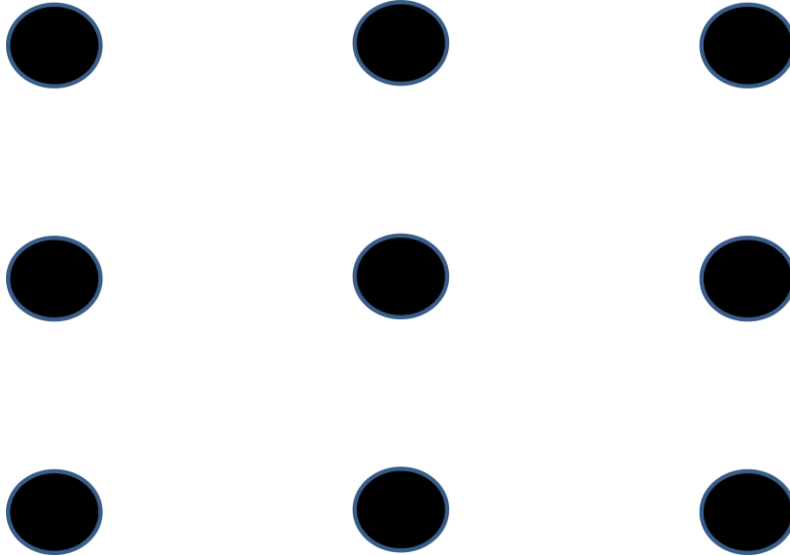
**YO ME SIENTO** (plantea tus emociones) \_\_\_\_\_ **CUANDO TÚ** (hecho real, tal cual, sin interpretaciones ni generalizaciones) \_\_\_\_\_ **PORQUE** (efecto de la actitud sobre uno; puede dar interpretación) \_\_\_\_\_. **Y ME GUSTARÍA** (alternativas, necesidades concretas) \_\_\_\_\_

**YO ME SIENTO** (plantea tus emociones) \_\_\_\_\_ **CUANDO TÚ** (hecho real, tal cual, sin interpretaciones ni generalizaciones) \_\_\_\_\_ **PORQUE** (efecto de la actitud sobre uno; puede dar interpretación) \_\_\_\_\_. **Y ME GUSTARÍA** (alternativas, necesidades concretas) \_\_\_\_\_

**YO ME SIENTO** (plantea tus emociones) \_\_\_\_\_ **CUANDO TÚ** (hecho real, tal cual, sin interpretaciones ni generalizaciones) \_\_\_\_\_ **PORQUE** (efecto de la actitud sobre uno; puede dar interpretación) \_\_\_\_\_. **Y ME GUSTARÍA** (alternativas, necesidades concretas) \_\_\_\_\_

**Anexo "F"**  
**Los nueve puntos**  
**(Sesión 6)**

Instrucciones: Sin despegar el lápiz (o bolígrafo) del papel, intente unir los nueve puntos mediante cuatro líneas rectas



**Anexo “G”**  
**EL CASO DE LAS NARANJAS UGLI** (Papel del Dr. Juárez)  
(Sesión 6)

Usted representará el papel del Dr. José Juárez, científico en investigación biológica, contratado por una empresa farmacéutica.

Usted ha elaborado recientemente la fórmula para un producto químico sintético útil para prevenir y curar el Rudosen.

El Rudosen es una enfermedad que pueden contraer las mujeres en estado de “gravidez”. Si no se les descubre en las primeras semanas del embarazo y se les trata inmediatamente, la enfermedad causa serios daño en el cerebro, ojos y oídos del feto.

Recientemente se ha presentado una epidemia de Rudosen en su región y muchas mujeres han contraído la enfermedad.

Usted ha experimentado con mujeres voluntarias su suero sintético, descubierto recientemente, encontrando que cura el Rudosen en sus primeras etapas.

La situación es que el suero se fabrica con jugo de naranjas ugli, que es una fruta muy rara.

Durante la última estación se produjo solamente una pequeña cantidad de estas naranjas, la cual no pasó de de las 4,000 naranjas. No se dispondrá de más naranjas ugli hasta la próxima estación y para entonces será demasiado tarde para curar a las víctimas que actualmente han sido atacadas por el Rudosen en esta epidemia.

Usted ha demostrado que su suero sintético, no tan sólo cura la enfermedad, sino que no produce reacciones secundarias, ni daño alguno a las mujeres embarazadas. Por tal razón, el Departamento de Administración de Alimentos y Medicinas de su empresa, ha autorizado la producción y comercialización del suero como remedio contra el Rudosen.

Su empresa ha patentado la fórmula del suero sintético y espera que sea un producto altamente redituable en cuanto inicie su comercialización. Desafortunadamente la actual epidemia fue tan repentina y su empresa no había planeado tener el suero disponible sino hasta dentro de seis meses.

Usted ha sido informado por fuentes fidedignas, que el Sr. R. H. Domingo, importador sudamericano de frutas, tiene en su poder 3,000 naranjas ugli en buenas condiciones. Si usted pudiera obtener el jugo de las 3,000 naranjas, podría producir suero para curar a todas las mujeres que actualmente han sido víctimas del Rudosen, así como inoculación suficiente a las demás mujeres embarazadas de la región. Con lo cual, prácticamente eliminaría la enfermedad, ya que no se ha presentado en ninguna otra región cercana colindante con la suya.

También le han informado que el Dr. Pedro Romero está buscando urgentemente las naranjas ugli y también él está enterado que el Sr. Domingo tiene 3,000 naranjas disponibles.

El Dr. Romero trabaja para una empresa farmacéutica que compite con la empresa en la que usted presta sus servicios actualmente.

Recientemente se ha investigado mucho en su región sobre formas para combatir enfermedades por estos tipos de bacteria, y esto ha provocado un gran “espionaje” en toda la industria farmacéutica.

Usted tiene conocimiento que en los últimos meses la empresa en que trabaja el Dr. Romero, ha intercambiado demandas con la empresa en que usted trabaja por violaciones de derechos de patentes así como “espionaje”.

Su empresa le ha autorizado ponerse en contacto con el Sr. Domingo, a fin de negociar la compra de las 3,000 naranjas ugli, para lo cual le ha dispuesto de un presupuesto máximo de \$4,250,000.00

Usted tiene conocimiento que el Sr. Domingo está dispuesto a vender las naranjas ugli al mejor postor.

Antes de ponerse en contacto con el Sr. Domingo, usted ha decidido hablar con el Dr. Romero para persuadirle que no le obstaculice en la compra de las naranjas ugli.

## EL CASO DE LAS NARANJAS UGLI (Papel del Dr. Romero)

(Sesión 6)

Usted representará el papel del Dr. Pedro Romero. Trabaja como biólogo investigador para una empresa farmacéutica. Esta empresa tiene un convenio con el gobierno para realizar una investigación sobre métodos para evitar efectos bacteriológicos producidos por pruebas de bombas bacteriológicas.

Recientemente varias bombas experimentales de este tipo fueron trasladadas desde los Estados Unidos hasta una pequeña isla cercana a Panamá.

En el curso de su trasportación, en dos de las bombas se produjo un escape de gas. El escape está controlado ya, pero los expertos creen que el gas penetrará en las cámaras de las bombas dentro de dos semanas.

Ellos no conocen ningún método que pueda evitar que el gas entre a la atmósfera y se disperse hacia las otras islas y, probablemente, también a la ciudad de Panamá. Si esto ocurriera, es probable que miles de personas sean afectadas produciéndoles un daño cerebral o mueran.

Usted ha producido un “vapor sintético” que puede neutralizar ese gas neurotóxico, si se le inyecta a las cámaras de las bombas antes de que el gas comience a salir. Este vapor se fabrica con una sustancia química que se extrae de la corteza de la naranja ugli, una fruta muy rara y su empresa ya lo ha patentado.

Por la poca demanda de ésta fruta, en esta temporada solamente se produjeron poco menos de 4,000 de éstas naranjas.

Usted ha tenido información, de fuentes muy confiables, que el Sr. R.H. Domingo, importador de frutas sudamericanas, tiene en su poder actualmente 3,000 naranjas ugli.

Con la sustancia química de la corteza de esta cantidad de naranjas, sería suficiente para producir el vapor requerido para neutralizar el gas si se inyecta oportunamente.

Usted tiene información que la corteza de las naranjas ugli que tiene actualmente el Sr. Domingo están en buen estado.

También ha tenido información de que el Dr. Juárez está buscando urgentemente las naranjas ugli y que él también está enterado de que el Sr. Domingo tiene 3,000 naranjas en su poder, disponibles.

El Dr. Juárez trabaja para una empresa que compite con la empresa en la que usted trabaja.

La situación que prevalece actualmente en la industria farmacéutica, en la región, es de un alto grado de “espionaje”.

Usted tiene conocimiento que en los últimos meses han existido demandas mutuas entre las dos empresas por violación de derechos, de patentes, así como por “espionaje”. El litigio de dos juicios está aún en proceso.

Por el acuerdo de intercambio técnico que existe entre nuestro país y Panamá, el gobierno ha solicitado la asistencia de la empresa en que usted trabaja para colaborar en esta situación tan crítica.

Su empresa le ha autorizado ponerse en contacto con el Sr. Domingo para la compra de las 3,000 naranjas ugli.

Usted ha tenido información que el Sr. Domingo está dispuesto a vender las naranjas al mejor postor.

A sí mismo, su empresa le ha autorizado un presupuesto de \$2,250,000.00, a fin de conseguir dichas cortezas para la producción del vapor sintético requerido.

Antes de ponerse en contacto con el Sr. Domingo, usted ha decidido hablar con el Dr. Juárez para persuadirle que no lo obstaculice en la compra de las naranjas ugli.

**Anexo "H"**  
**Escritura emocional auto-reflexiva**  
**(Sesión 7)**

Instrucciones generales: Escriba por cuatro o cinco ocasiones (cada una con un tiempo límite) la experiencia más dolorosa, traumática, perturbadora y/o conflictiva, reciente o pasada; especialmente aquella que nunca haya hablado con nadie o la haya hablado superficialmente o en pocas ocasiones. En estos ejercicios plasme sus emociones y sentimientos más profundos, así como las experiencias positivas que logró obtener de ese suceso y las metas que se definieron a partir de ello. Mientras escribe, hágalo con la confianza y seguridad de que su escrito no será divulgado; no se preocupe por la ortografía, sintaxis y/o gramática. Si no recuerda nada por el momento, espere un poco, después recordará.

Ejercicio "A". En este ejercicio escriba con libertad utilizando exclusivamente la primera persona del singular (yo, mi, a mí, etc.)

Ejercicio "B". Lea con atención la lista de palabras que a continuación se le presenta y trate de acomodar su escrito utilizando el mayor número de palabras que considere se ajustan más a su propio lenguaje y estilo de escritura.

LISTA DE PALABRAS

Satisfacción	Tristeza	Analicé y comprendí que...
Tranquilidad	Dolor	He aprendido que...
Sinceridad	Enojo	Ahora sé que debo...
Alegría	Preocupación	Encontré la solución que...
Gusto	Coraje	No siempre sé que...
Provecho	Temor	Acepto que...
Amor	Frustración	Lo que ocurrió me ha...
Agradable	Desagradable	Ahora espero que...
Superación	Odio	Ahora nunca me...
Alivio	Miedo	Veo lo que ocurrió como...
Felicidad	Desesperación	Busco la solución...
Contento	Decepción	Ahora me siento...

Ejercicio "C"

En este ejercicio haga un escrito de su historia original en tercera persona de singular, por ejemplo: a él, ella pensó, él consideró, etc.

Ejercicio "D"

En esta ocasión plasme qué consecuencias provechosas, benéficas o útiles ha dejado esta experiencia para su vida cotidiana y a partir de ello qué metas se plantearía en un futuro próximo.



### Anexo "1" El juego del bingo (Sesión 8)

Nació el mismo mes que yo.	Ha visto la misma película que yo.	Le da miedo lo mismo que a mí.	Escucha el mismo tipo de música que yo.	Sabe bailar y cantar
Expresó sus sentimientos sobre su enfermedad a alguien de su familia	Cuidó su alimentación a pesar de lo que le ofrecieron cuando acudió a una fiesta	Encontró a alguien o un lugar para trabajar sus sentimientos	Invitó a un familiar al grupo	Me gustaría hacer ejercicio con él o ella
Cocina comida saludable para su familia	Vive cerca de donde yo vivo	No hace ejercicio, pero le gustaría hacerlo	Le gusta salir a caminar por las mañanas	Sabe hacer comida saludable
Le gusta la misma fruta que a mí.	Le gusta salir a caminar por las tardes	Tiene menos de un año en el grupo	Le gusta leer	Tiene una mascota
Aún tiene algo de miedo o preocupación por la enfermedad	Le gusta hacer ejercicio	Le gusta cocinar	Le gusta escuchar a las personas	Hace ejercicio en compañía de familiares, amigos o compañeros del grupo

**Anexo "J"**  
**Dinámica "Volvemos más realistas"**  
**(Sesión 9)**

Se revisarán las expectativas y qué tan cercanas a la realidad se encuentran. Algunas preguntas que se pueden hacer ante una situación son: ¿Qué resultados esperas obtener? ¿Son realistas? ¿Hay posibilidades de que pase? Es conocer los requisitos para que suceda algo, incluyendo el saber que habrá errores, NO se es perfecto, considerar las posibilidades, las alternativas, pensar en ser responsable (evitar responsabilizar a otros) y evitar pensamiento mágico y/o divino.

**Dinámica.** Recordar una situación que los haya hecho sentir tristes o enojados. Completa las siguientes frases usando el sentimiento recordado:

<i>Frase</i>	<i>Pregunta</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Creo que me siento así porque..."</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Por qué te sientes así?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Lo que espero que suceda es..."</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Qué esperabas que sucediera?</li> <li>▪ ¿Tu sentimiento influye en el deseo de que eso pase?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Las probabilidades de que ocurra son..."</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Qué tan probable era que eso pasara?</li> <li>▪ ¿Qué posibilidades hay de que eso pase?</li> </ul>

Identifica los sentimientos, pregúntate qué esperabas e identifica si eran expectativas realistas o no y así poder reflexionar. Ser responsables significa que no culpamos a otros por nuestros errores. Admitimos nuestros errores y aprendemos de ellos.

Lo que te dices cuando te equivocas es importante, con ello puedes fortalecer tu autoestima o lastimarla:

- Podemos elegir cómo sentirnos, comportarnos y qué pesar
- A veces sentirse decepcionado, triste o enojado es porque las expectativas no son realistas
- Enfócate en las expectativas realistas, eso te dará poder personal.
- ¿Hay alguien que piense que nunca más va a equivocarse?
- ¿A alguien le gustaría pensar que no repetirá los mismos errores?
- ¿Qué te dices a ti mismo cuando notas que te equivocaste?
- ¿Sabes qué significa perdonarte a ti mismo?

Frases a fortalecer	Conductas a evitar
Van a equivocarse, porque es parte de la vida	Aislarse
Todos los seres humanos tienen derecho a equivocarse todos los días. Lo cual los incluye a ustedes.	Callarse
Puedes pedir ayuda si lo necesitas	Aguantar el silencio
Cualquiera puede cometer un error	Llenarse de distracciones
"Siento un poco de tensión, haré una pausa y me relajaré"	Cerrarse a escuchar
"Puedo hacerlo, lo estoy haciendo"	Pensamientos catastróficos
"¡Lo conseguí, lo hice bien!"	Fumar, tomar, comer, etc.
"Me gustaría contarle esto a _____"	Discutir por todo (con quien sea)
"Puedo aprender de las experiencias"	

**Anexo "K"**  
**Mis apoyos**  
**(Sesión 9)**

Dentro de cada "rayo", deberás indicar el nombre de uno de los miembros de tus apoyadores y se revisará qué tipo de apoyo proporcionan

