



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL COMO MODELO
DE INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA
DIABETES MELLITUS.**

T E S I N A

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

P R E S E N T A:

CLAUDIA GARCÍA RUIZ

DIRECTOR DE LA TESINA:

DR. GERMAN PALAFOX PALAFOX

COMITÉ DE TESIS:

DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA



Ciudad Universitaria, D.F.

Marzo, 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL COMO MODELO DE INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I	1
1.- SALUD Y ENFERMEDAD	1
1.1 Conceptos de salud y enfermedad	1
1.2 ¿Qué es la Diabetes Mellitus?	5
1.3 El impacto de la Diabetes Mellitus en México y el Mundo	7
1.4 Comportamiento y Salud	9
1.4.1 Estilos de vida y salud	11
1.4.2 Conductas de la salud	12
1.5 Respuestas emocionales ante la enfermedad crónica	14
1.6 El modelo psicológico de la salud y la diabetes	15
1.6.1 Impacto psicológico de la Diabetes Mellitus	15
1.7 Depresión y ansiedad ante la Diabetes Mellitus	16
1.7.1. Depresión y Diabetes Mellitus	16
1.7.2. Ansiedad y Diabetes Mellitus	17
CAPITULO II	18
2.- ADHERENCIA TERAPÉUTICA	18
2. 1. Definición de Adherencia Terapéutica	18
2.2. Ventajas de la Adherencia Terapéutica	18
2.3. Algunas repercusiones de la falta de adherencia	21
2.4. La Psicología y la Adherencia	23
CAPITULO III	25
3.- MODELOS DE ATENCIÓN A LA DIABETES MELLITUS.	25
3.1. Modelo de atención a la Diabetes Mellitus en Unidades de Salud Pública del Distrito Federal en México	25
3.1.1. Plan de atención al paciente diabético	27
3.2. Modelo de intervención Cognitivo-Conductual	29
3.2.1.Principios Generales de las técnicas Cognitivo-Conductuales	32
3.2.2. Características de la terapia Cognitivo –Conductual	33
3.3. Técnicas Cognitivas	36
3.4. Técnicas Conductuales	36
3.5. Principales intervenciones cognitivo-conductuales asociadas a la diabetes mellitus	36
3.5.1 ¿Cómo funciona la Terapia Cognitivo-Conductual?	39

4.-DESCRIPCIÓN BREVE DE LAS BASES DE ESTE TRABAJO PARA EL DISEÑO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA PACIENTES CON Diabetes Mellitus. (Enfoque cognitivo-conductual).	42
5.- MI PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	46
5.1 Justificación	46
5.2. Objetivos	48
5.3 Propuesta	49
CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	115

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL COMO MODELO DE INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS.

RESUMEN

La situación de la enfermedad trae consigo una serie de implicaciones pero el estar enfermo trae consigo al paciente una cadena de emociones desagradables como son: la ira, el enojo, la desesperanza, angustia, tristeza y depresión (Sánchez et al, 2006), principalmente en enfermedades crónicas y cardiovasculares, así como en padecimientos terminales. Esto denota la necesidad de realizar intervenciones en los pacientes para disminuir los síntomas relacionados con los problemas que ocasionan la ansiedad y la depresión. Los tratamientos encaminados a este objetivo suelen ser, además de tratamiento farmacológico en casos crónicos, básicamente psicológicos y consisten principalmente en entrenar a los pacientes mediante técnicas cognitivo-conductuales que les ayuden a disminuir su activación fisiológica, a reducir el malestar psicológico y a facilitar la expresión emocional, tratando de conseguir mejorar su salud. Una de las estrategias más utilizadas es el entrenamiento en técnicas de relajación, así como la enseñanza de estrategias psicoeducativas, cognitivas y conductuales.

La finalidad de la implementación de estas técnicas en el tratamiento del paciente diabético es el disminuir la sintomatología que produce la ansiedad a través de técnicas cognitivo-conductuales que ya han sido ampliamente utilizadas y comprobadas en su eficacia, favoreciendo la adaptación del paciente, dotándole de estrategias para disminuir el malestar emocional y mejorar su calidad de vida.

El objetivo por tanto de este trabajo es el de proponer la implementación de las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento del paciente diabético en las instituciones públicas.

ABSTRAC

The situation of the disease brings with it a series of implications psychological, among which the most studied is anxiety, but being sick brings with it the patient a string of unpleasant emotions such as: anger, anger, despair, anxiety, sadness and depression (Sánchez et al., 2006), mainly in chronic and cardiovascular diseases, as well as ailments terminals. This denotes the need for interventions in patients to decrease the symptoms related to the problems that cause anxiety and depression. Treatments aimed at this objective tend to be, in addition to drug treatment in chronic, basically psychological cases and consist mainly of train patients using cognitive-behavioral techniques that help them reduce their physiological activation to reduce psychological discomfort and facilitate emotional expression, trying to improve their health.

The objective of this work is the proposed implementation techniques cognitive - behavioral treatment of diabetic patients in public health institutions.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) constituye en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importante ya que es una enfermedad crónica asociada a una alta morbilidad y mortalidad, así como a un elevado costo económico para quien lo padece y para las instituciones de salud. En el año 2005 fue la causa de 67,090 decesos en México (SSA, 2005), siendo desde entonces la primer causa de muerte en el país.

La causa de que la diabetes y la hipertensión ocupen los primeros lugares como causa de mortalidad en México se debe a que su cuidado involucra cambios en hábitos alimenticios, en el régimen de actividad física, el seguimiento de tratamientos farmacológicos, etc., que suelen depender directamente de la conducta del paciente y son difíciles de cambiar.

El continente americano en general, continúa mostrando una transición epidemiológica iniciada hace más de dos décadas. Las tasas de morbilidad y mortalidad reflejan un aumento en la incidencia de padecimientos no transmisibles y un relativo decremento de los infecciosos. En general, actualmente el aumento de enfermedades no transmisibles es la causa del 60% de las muertes en el mundo (World Health Organization, 2003). Como un complemento indispensable de los datos de morbilidad y mortalidad, la Organización Mundial de la Salud ha establecido el cálculo del impacto o peso de las enfermedades a través del índice "DALY" (Disability – Adjusted Life Years = años de vida ajustados por discapacidad) que se refiere a la pérdida de la calidad de vida así como a la pérdida de los años de vida; un DALY es equivalente a un año de vida saludable.¹

La Hipertensión arterial (HTA) y la DM ocupan los primeros lugares en años DALY perdidos por enfermedades no transmisibles en los países americanos con relativa baja mortalidad, entre los cuales se encuentra México (World Health Organization, 2003).²

¹ Un DALY o AVAD que son sus siglas en español, puede considerarse como un año perdido de vida "saludable". (con presencia de enfermedad o discapacidad). La suma de estos AVAD en toda la población, o la carga de la enfermedad, se pueden considerar como una medida de la diferencia entre el estado de salud actual y una situación de salud ideal, donde toda la población vive hasta una edad avanzada, libre de la enfermedad y la discapacidad.

² En 2010 se perdieron 26.2 millones de años de vida saludable (AVISA), 56% en hombres y 44% en mujeres. Las principales causas de AVISA en hombres fueron violencia, cardiopatía isquémica y los accidentes de tránsito. En las mujeres fueron la diabetes, la enfermedad renal crónica y la cardiopatía isquémica. Los trastornos mentales y musculo esqueléticos concentran 18% de la carga. Los factores de riesgo que más afectan a los hombres son sobrepeso/obesidad; niveles de glucosa en sangre y de presión arterial elevados; y el consumo de alcohol y tabaco (35.6% de AVISA perdidos). En las mujeres, el sobrepeso y la obesidad; glucosa elevada; hipertensión arterial; baja actividad física; y el consumo de alcohol y tabaco fueron responsables de 40% de los AVISA perdidos; en ambos sexos, la dieta contribuye con 12% de la carga. (estudio realizado con cuarenta pacientes adultos).

En México, la HTA, las enfermedades del corazón, los accidentes vasculares junto con la Diabetes Mellitus, han sido las principales causas de muerte en los últimos diez años, que en conjunto con el envejecimiento progresivo de la población y el aumento en la incidencia de enfermedades no transmisibles generan además, un incremento importante en la demanda de los servicios de salud.

Desde el punto de vista psicosocial, padecimientos crónicos como la HTA y la DM afectan a la población de dos formas principalmente: 1) deteriorando la productividad de los pacientes y su capacidad de generar ingresos y servicios y 2) generando un aumento en la demanda de los servicios de salud. Lo anterior hace de la diabetes un problema prioritario para los sistemas de salud en México, en donde el control de la enfermedad es lo más importante pues según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (*ENSA, 2000*), solo el 82.4% de los diabéticos con diagnóstico médico reciben tratamiento. El aumento en la incidencia de la DM y su elevado costo económico para las instituciones de salud, en su búsqueda por un mejoramiento en los mecanismos de atención y prevención y una mayor adherencia terapéutica, ha incluido prácticas multidisciplinarias de atención en las cuales se comienza a integrar al psicólogo.

En las pasadas dos décadas, la comunidad científica-médica ha prestado mayor interés en la conexión mente-cuerpo y en cómo estas interactúan en el bienestar general de la persona, tanto físico como psicológico. A raíz de este movimiento hacia la integración de la mente y el cuerpo en la salud se está reconociendo que el cuidado de la salud debe ser interdisciplinario e involucrar a los profesionales de la salud mental. Así, los psicólogos están comenzando a jugar un rol cada vez más importante para prevenir y reducir el riesgo de enfermedades, particularmente las crónicas como la diabetes, ayudando a las personas a modificar su conducta.

Como en toda enfermedad física, el estado psicológico de la persona frecuentemente influye en el desarrollo, manejo y transcurso de la enfermedad. Esto es todavía más claro para la DM, ya que su tratamiento requiere de múltiples tareas de autocuidado diario que el paciente debe realizar, las cuales dependen de su conocimiento y motivación para realizarlas y que, de no llevarlas a cabo, puede llevar al paciente a sufrir complicaciones médicas y psicológicas al ocasionar sentimientos de culpa y temor.

Ciertamente, padecer una enfermedad crónica como la DM puede aumentar el estrés psicológico y con ello el riesgo de sufrir algún trastorno mental como la ansiedad o la depresión (Jiménez, 2007). Por ende, las expectativas en cuanto a las tareas de autocuidado y educación del paciente diabético deben acompañarse de un importante esfuerzo por parte de los profesionales de la salud para educar y ofrecer un programa de seguimiento al paciente, quién con el apoyo de las estrategias psicológicas incluidas en el mismo puede facilitar y aumentar la eficacia del tratamiento.

Toda institución de salud debe abordar el tema de la salud desde una perspectiva amplia e integradora que incluya los aspectos biológicos, psicológicos y sociales y que incorpore la promoción de la salud y el bienestar de la población más que el tratamiento de la enfermedad desde un punto de vista exclusivamente biológico. Es por ello que abarcar un tratamiento psicológico en el manejo de la enfermedad resulta útil en todos los campos de la medicina. Además, se considera que podría proporcionar grandes beneficios a los pacientes y que no existe riesgo en su aplicación (Sánchez *et al*, 2006).

Palabras clave: Diabetes Mellitus, ansiedad, depresión, tratamiento psicológico, psicoeducación, terapia cognitivo-conductual.

1.- SALUD Y ENFERMEDAD

1.1 Conceptos de salud y enfermedad.

¿Qué es la salud? Si en este momento hiciésemos esta pregunta a diversas personas, recibiríamos muy diversas respuestas. No es lo mismo la salud para un docente, para un médico, para un abogado, un economista, un sociólogo o para alguien que circunstancialmente estuviera presente en el momento en que se hablara del tema. La diversidad de respuestas deriva de diferentes formaciones profesionales, contextos socioculturales específicos, etapas vitales, etcétera.

Concepciones médicas de la salud.

Las concepciones médicas de la salud surgen, desde el punto de vista de la medicina, como actividad profesional; sin embargo, hay diferencias entre ellas según se ponga el énfasis en la salud somático-fisiológica, en la psíquica o en la sanitaria.

- La concepción somático-fisiológica parte de la enfermedad en el organismo físico. La salud es, en esta concepción, el bienestar del cuerpo y del organismo físico como ausencia de enfermedad, la que se concibe como un proceso que altera este bienestar (Gil, 1998). Es evidente el peso que tiene esta concepción de la salud en la opinión colectiva y en la propia práctica médica y no puede negarse que la mayor parte del desarrollo de la medicina proviene de los adelantos que se han dado en el combate a las enfermedades. Esquemáticamente puede enunciarse diciendo que si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud y sólo cuando haya una alteración del organismo existirá enfermedad.

La enseñanza de la medicina, la exploración y examen del enfermo y la terapéutica habitual se basan primordialmente en la identificación de alteraciones en el organismo a nivel físico o fisiológico. No en vano se conocía antiguamente a los médicos con el nombre de "físicos", término que aún se utiliza en los países de habla inglesa (physician), ya que tanto por sus instrumentos como por sus actos, la profesión era identificada por el público con la manipulación de los aspectos físicos del cuerpo humano. El éxito de la medicina somática, avalado por los numerosos descubrimientos en biología, física y química, contribuyó directamente a que ésa fuera la forma fundamental de practicar la medicina: diagnosticar la enfermedad y curar al organismo. La concepción somática de la salud ha transcurrido más pendiente de la enfermedad que de la salud durante la mayor parte de la historia de la medicina.

En los escritos de Konblit & Mendes (2000), se mencionan las siguientes concepciones:

- La concepción psíquica de la salud implica el reconocimiento de la estrecha interrelación entre cuerpo y psique en el organismo humano, lo que lleva a ampliar la experiencia de salud más allá de la salud orgánica únicamente. En la historia de la medicina, la salud psíquica aparece como una categoría residual o al menos de importancia menor. Puede decirse que la limitación fundamental con que se enfrenta la concepción psíquica de la salud es la subjetividad y la indeterminación de sus manifestaciones, en comparación con las manifestaciones somáticas. La sensación de bienestar psíquico es, en última instancia, una experiencia subjetiva frente a la que el médico no puede aducir pruebas "objetivas" de salud como ausencia de gérmenes u otras causas patógenas, resultado de análisis y comprobaciones clínicas. El ejemplo más obvio del subjetivismo de la concepción psíquica de la salud es el caso del dolor. Aun siendo los tejidos musculares y nerviosos aparentemente semejantes y la agresión patógena de la misma intensidad, la sensibilidad de dos individuos puede ser muy diversa, sin que puedan establecerse medidas científicas objetivas acerca de la diferente intensidad del dolor que pueden sufrir dos pacientes.
- La concepción sanitaria de la salud, propia de la salud pública como disciplina, coloca el énfasis en la salud colectiva de una población más que en la salud individual, como es el caso en las dos concepciones descritas más arriba. A semejanza del diagnóstico individual de la medicina clínica, realiza generalizaciones orientadas a identificar el grado de salud o de enfermedad de una comunidad pero se caracteriza por tener un enfoque preventivo de los problemas de diversos grupos sociales diferenciados por edad, sexo, nivel socioeconómico, etcétera. Para llegar a esas conclusiones, los sanitaristas establecen medidas de lo que se considera saludable para cada comunidad o región de un país.

Estas valoraciones de lo que se considera normal o patológico oscilan entre ciertos márgenes. La "normalidad", desde el punto de vista estadístico, se define en cada sociedad de acuerdo con un cúmulo de circunstancias económicas, sociales, del medio ambiente, climáticas, que condicionan lo que se considera aceptable o "normal" en cada sociedad. Una desviación de la "norma", en individuos o en grupos, no supone necesariamente un estado anormal, aunque indica al médico clínico o al sanitarista que existen algunos factores a los que se debe prestar especial atención ((Konblit & Mendes, 2000).

Concepciones sociales.

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, la concepción de salud también responde a diferentes enfoques disciplinares, según se la conciba desde el derecho, la economía o la sociología, entre otras disciplinas.

- La concepción político-legal de la salud la considera como un bien general que interesa a todos. Cuando este bien es tutelado por el ordenamiento jurídico de un país, se convierte en derecho exigible por los ciudadanos según una amplia variedad de reconocimientos (Konblit & Mendes, 2000). (p.ej. el bien jurídico tutelado a la vida que se le procura a las mujeres en el D.F., al aprobar el aborto; evitando así el riesgo de acudir a instituciones clandestinas. Otro ejemplo en el D.F. es el que garantiza el acceso a los servicios de salud a toda persona sin distinción).

Jurídicamente, más que de un derecho a la salud habría que hablar de un derecho a la integridad física, lo cual supone la protección por parte del Estado en aquellos casos en que la integridad pueda verse en peligro.

- La concepción económica se impone en el mundo desarrollado debido a la importancia que la salud posee para la eficacia del factor humano en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso. En otras épocas, el factor humano no era considerado un factor estratégico, lo cual llevaba a su poca estimación económica, mientras que un factor escaso como el capital atraía la atención principal y la preocupación del empresariado. En la situación actual, el factor humano ha pasado a constituir un elemento estratégico de los procesos productivos; de ahí la relevancia de mantener la "productividad humana", para lo cual es necesario contar con una "buena salud" (Konblit & Mendes 2000).
- Según la concepción cultural, la salud como estado de aptitud para el desempeño de roles sociales se define tan variadamente como numerosos son los roles en la sociedad. Si tomamos como ejemplo el rol laboral, veremos que una misma situación afectará diferencialmente a dos sujetos, según el rol que desempeñen; así, por ejemplo, la inmovilización de una extremidad inferior implica una grave falta de salud para el desempeño del rol de un trabajador de la construcción, mientras que no invalida al directivo o al técnico en el desempeño de funciones que no requieren desplazamientos.

La definición cultural de la salud según el estado de desarrollo del país de que se trate y según cuales sean los roles sociales que la persona deba cubrir, lleva a enunciar lo que se ha denominado "relatividad cultural de la salud y la enfermedad". Ello quiere decir que cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como un grupo familiar, poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se considera "normal" en dicho grupo y que esta definición influye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a él.

Concepción de salud ideal

La salud ideal supone un estado no alcanzable por el ser humano en su realidad diaria, Oblitas (2010); responde a las definiciones teóricas de una situación deseable en salud. Sin embargo reviste gran importancia, pues esas definiciones son guías inspiradoras de los actos cotidianos, aunque se sepa que nunca se alcanzarán plenamente dichos objetivos.

La concepción de salud ideal más conocida es la definición de la Organización Mundial de la Salud (1964), como “*estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad*”. Esta definición es a todas luces *ideal*, pues dicho estado de salud es imposible de alcanzar para toda una población; de todos modos, es una definición útil, pues sirve de guía para las actividades sanitarias que versan siempre sobre estados parciales de salud física, psíquica o social. Sin embargo, si bien esta definición ha sido un avance, el cambio es todavía insuficiente.

En la actualidad, el paradigma hegemónico que considera la salud como ausencia de enfermedad se confronta con uno nuevo, que la entiende como el goce de un alto nivel de bienestar físico, mental y social (Oblitas 2010). Este nuevo modelo implica una perspectiva positiva de la salud, que comprende el bienestar y el desarrollo humanos y la dimensión de calidad de vida. Se considera, además, que los seres humanos no pueden clasificarse simplemente como sanos y enfermos, pues no se trata de un asunto dicotómico, sino que el estado de salud es un proceso continuo, que va desde un estado mínimo hasta uno óptimo.

La salud entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. La salud no es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

Reynaga (2001) también define desde un punto de vista positivo la salud psicológica o mental, considerando que debe retomarse una concepción integral o multidimensional de la salud, como un proceso complejo y dinámico, ligada a factores biopsicosociales, económicos y culturales. En coherencia con este concepto de salud integral, entendemos la "salud psicológica o mental como el estado psicológico de bienestar percibido (Sánchez, 1996), acompañado por una sensación subjetiva de bienestar general y de satisfacción con la vida.

Desde este punto de vista subjetivo, la salud está íntimamente relacionada con un sentimiento de bienestar y los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona.

Es el sustrato básico para la autorrealización del ser humano; en otras palabras, es un recurso para la vida (Gil Rodríguez, León Rubio y Jarana Expósito 1995).

1.2 ¿Qué es la diabetes mellitus?

La diabetes mellitus (DM), es una enfermedad endocrina y metabólica de curso crónico, que se caracteriza por una producción insuficiente de insulina pancreática y/o insulina efectiva que provoca una anormal elevación de azúcar en sangre o hiperglucemia, y disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas (ENSA, 2007).

Siendo la DM un proceso de etiologías variadas que comparten manifestaciones clínicas comunes, es muy importante identificar la etapa de desarrollo de la enfermedad para facilitar las estrategias de manejo del paciente con DM. Estas etapas son:

1. Normo-glucemia: cuando los niveles de glucemia son normales pero los procesos fisiopatológicos que conducen a la DM ya han comenzado e inclusive pueden ser reconocidos.
2. Hiperglucemia: cuando los niveles de glucemia superan el límite normal.

Esta etapa se subdivide en:

2.1. Regulación alterada de la glucosa (glucemia de ayuno alterada y la intolerancia a la glucosa).

2.2. Diabetes mellitus, que a su vez se subdivide en:

- DM **no** insulino dependiente
- DM insulino dependiente para lograr control metabólico
- DM insulino dependiente para sobrevivir (verdadero insulino - dependiente).

Una vez identificada la etapa, la persona puede o no progresar a la siguiente o retroceder a la anterior.

El control de la DM desaparece los síntomas, evita las complicaciones agudas y disminuye la incidencia y progresión de las complicaciones crónicas microvasculares. Al combinarlo con el control de otras patologías asociadas como la hipertensión arterial y la dislipidemia,³ ayuda a prevenir también las complicaciones macrovasculares (Froesch, 1994).

3

¿Qué son las dislipidemias?

Es la presencia de anormalidades en la concentración de grasas en sangre (Colesterol,

Sin embargo, se tiene que señalar que la diabetes no es un factor de riesgo cardiovascular: es un equivalente de enfermedad cardiovascular debido a que el riesgo de sufrir un desenlace cardiovascular es igual al de la cardiopatía isquémica.

El panorama de la DM se vuelve más complicado si consideramos el incremento de la población adulta y el número tan importante de factores de riesgo ligados a este padecimiento: factores genéticos, hábitos de alimentación deficientes, sedentarismo, estrés, tabaquismo y consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

La obesidad está presente en la mayoría de los pacientes diabéticos y es la causa principal de muchas de sus complicaciones. Geoffrey, Pickup y William (2002) afirman que la obesidad es el mayor reto en el tratamiento de la diabetes, ya que muchas de las complicaciones y de las condiciones asociadas, incluyendo la dislipemia, la hipertensión, la cardiopatía coronaria, y los accidentes vasculares; pueden considerarse complicaciones asociadas tanto a la obesidad como a la propia diabetes, incluso problemas como las úlceras del pie tienen menor probabilidad de solución, si el paciente es obeso (Rodríguez & Garcia, 2011).

Un problema vinculado directamente con el de la obesidad es el de la dieta, ya que existe un grave problema de adherencia a la dieta recomendada para el control de la enfermedad por parte de los pacientes.

La importancia de la dieta en la DM, radica no sólo en la disminución de la obesidad en los pacientes con DM, sino que permite un control metabólico de la enfermedad lo cual hace que se incremente notablemente la calidad de vida de los pacientes, así como su dependencia al consumo de medicamentos para el control de su enfermedad. Lo anterior está respaldado por el hecho de que se han encontrado resultados efectivos en el control de la diabetes utilizando dieta sola, comparada con tratamiento en el que se utilizan las sulfonilureas, la metformina o la insulina como tratamiento primario de los pacientes obesos con diabetes tipo 2 (Cabrera, Novoa & Centeno, 1991, en Rodríguez & Garcia 2011.)

Para alcanzar un buen control de la DM es necesario establecer metas para cada uno de los parámetros clínicos y bioquímicos de la enfermedad, los cuales pueden alcanzarse mediante un proceso educativo que abarque los diferentes aspectos de la DM para que el paciente entienda y asuma que el éxito de su tratamiento va a depender no solamente de los medicamentos sino también de la adopción de un estilo de vida diferente, a partir de cambios en su alimentación, su nivel de actividad física y control del peso.

1.3 El Impacto de la Diabetes Mellitus en México y el Mundo.

La epidemia de la diabetes mellitus (DM) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia.

En México, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA, 2000), la prevalencia nacional de diabetes mellitus en hombres y mujeres adultos de más de 20 años fue de 7.5% (IC95% 7.1 -7.9), lo que representa 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaba con diagnóstico médico previo. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto de los hombres (7.2%).

Sin embargo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT, 2006) la prevalencia prácticamente se duplicó, alcanzando el 14%, lo que representa un total de 8 millones de personas con diabetes.

En México, la DM ocupa el primer lugar en número de defunciones por año. Tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales. Cabe señalar que según la Dirección General de Información en Salud, en el 2007 hubo un número mayor de defunciones en el grupo de las mujeres (37,202 muertes) comparado con el de los hombres (33,310), con una tasa 69.2 por 100,000 habitantes en mujeres y de 64 en hombres, diferencias importantes a considerar en las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento. (SSA 2013)

Tomando el Distrito Federal (DF) como referencia, podemos tener un panorama más detallado de la DM a nivel local en México. En el DF existen alrededor de 645,210 enfermos diabéticos, con una tasa de prevalencia de 10.6% en personas mayores de 20 años y una incidencia de 180,000 casos nuevos al año; por cada paciente que muere se registran siete casos más. (Plan de atención al paciente diabético 2012. Jurisdicción Sanitaria Cuajimalpa. SSPDF).

Tan solo el 5.3% (33,890 personas) de los pacientes diabéticos se encuentran en tratamiento y se estima que 16% (103,623) desconoce que padece de diabetes y 17% (109,684) no busca atención; más aún, de los pacientes en tratamiento, tan sólo 44.7% (15,191 personas) están controlados (en más de la mitad de los enfermos no ha sido posible controlar el padecimiento, debido al estilo de vida de los pacientes).

Adicionalmente, en el DF el 80% de los pacientes diabéticos son hipertensos y 60% tiene sobrepeso u obesidad. Asimismo, la diabetes es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía diabética e insuficiencia renal.

En los últimos quince años, el número de defunciones por diabetes se ha duplicado y sigue en ascenso (este impacto obedece al comportamiento demográfico caracterizado por el incremento de la esperanza de vida y el patrón de crecimiento se generaliza a otras enfermedades crónicas como consecuencia del envejecimiento de la población y el incremento de los riesgos asociados a la industrialización y urbanización).

La prevención y control de la DM y otras enfermedades crónicas representan un reto para los Servicios de Salud del Distrito Federal, ya que son padecimientos prácticamente incurables en los que el enfermo debe recibir tratamiento de por vida y por ende, con el transcurso del tiempo, muchos pacientes abandonan el tratamiento.

La diabetes se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública y se requiere de un enorme esfuerzo para poder enfrentar este problema. Su control debe dirigirse a la detección oportuna del padecimiento, en donde la promoción y la educación de la población juegan un importante papel. Así mismo, el tratamiento oportuno y la dotación oportuna de insumos son la base para disminuir la incidencia del padecimiento.

La DM es un padecimiento complejo que lleva implícito una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización (ENSA, 2011).

Al igual que otros países, México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contra-referencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico y nutricional, nula promoción de la actividad física y de automonitoreo y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica (SSA 2013).

El descontrol metabólico y las consecuentes complicaciones se agravan cuando en los servicios de salud no se realiza una eficiente y oportuna detección y seguimiento de grupos con factores de riesgo, aunado a que en la población hay una percepción inadecuada o desconocimiento del riesgo para desarrollar diabetes. Lo anterior da lugar a que no se realice un diagnóstico temprano y a que no se incorpore oportunamente a los pacientes detectados al tratamiento.

Aunado a esto, el costo directo anual en atención médica para el sistema público de salud de 14 complicaciones derivadas de cuatro grupos de

enfermedades vinculadas con la obesidad⁴, se estimó en 42 mil millones de pesos para 2008 bajo un escenario base equivalente al 13 por ciento del gasto total en salud en ese año. El costo indirecto por pérdida de productividad se estimó para ese mismo año en 25 mil millones de pesos (Rivera, *et. al.* 2012 en ENSANUT 2012).

En 2017 se estima que el costo directo fluctúe entre 78 mil y 101 mil millones de pesos de 2008 y el indirecto entre 73 mil millones y 101 mil millones de pesos de 2017, si no se aplican intervenciones preventivas intersectoriales costo-efectivas (Pérez, 2014).

Por todo esto, es preciso considerar al sobrepeso, la obesidad y la diabetes como algunas de las principales prioridades en la agenda nacional, dadas las repercusiones. Por consiguiente, se debe señalar la asociación de altas tasas de comorbilidad que inciden en la gravedad de la DM y la presencia cada vez mayor de complicaciones micro y macro vasculares, con la falta de diagnóstico y tratamiento oportunos y de seguimiento a los pacientes (SSA, 2013).

La utilización de la evidencia científica que aportan las ciencias del comportamiento, en particular la psicología de la salud, puede ayudar notablemente al diseño e implementación de intervenciones integrales más eficaces en el tratamiento de la DM.

1.4 Comportamiento y Salud

Los datos epidemiológicos predicen que un alto porcentaje de individuos padecerán a lo largo de su vida algún tipo de cáncer, una determinada infección o cierto trastorno mental (Jenicke & Cleroux, 1990).

No escapa a la atención la forma en que algunas personas se recuperan con cierta rapidez de las mismas enfermedades y trastornos que en otras causan largos periodos convalecencia y/o inconveniencias familiares y laborales. Tampoco es extraño encontrar personas que a lo largo de su vida manifiestan una sorprendente predisposición a padecer enfermedades víricas como gripe, sinusitis, hepatitis o herpes, por citar sólo las más comunes, mientras que otras, a pesar de estar expuestas a los mismos patógenos, no sucumben a tales infecciones y permanecen completamente sanas (Oblitas, 2009). Muchas son las personas que fuman, aunque sólo algunas de ellas llegan a desarrollar cáncer de pulmón.

Tales hechos ponen de manifiesto la existencia de ostensibles diferencias individuales en la susceptibilidad a la enfermedad, en la respuesta a la misma y en la posibilidad de recuperación. Puede parecer obvio que tales diferencias individuales se deban fundamentalmente a la dotación genética del individuo. Muchas de las enfermedades citadas parecen tener su "marcador genético", de

⁴ Las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la obesidad son cáncer de mama, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y osteoartritis.

tal modo que el individuo desde su concepción puede estar "programado" para desarrollar alguna de tales enfermedades si en su dotación genética así aparece especificado (Oblitas, 2009).

Sin embargo, si bien poseer ese marcador genético predispone a la persona para desarrollar la enfermedad, en sí mismo no es determinante de ella. Es por ello que cobra especial relevancia hallar respuesta a cuestiones tales como: ¿de qué depende que entre todas aquellas personas que poseen el marcador genético de determinada enfermedad sólo algunas de ellas desarrollen la enfermedad y otras no? y ¿qué factores bio- psico-sociales predisponen o interactúan con la fisiología del organismo para poner en marcha el proceso desencadenante de la enfermedad?

En este sentido adquiere relevancia el papel que juega la personalidad del individuo en la predisposición y posterior desarrollo del trastorno, así como en la evolución de éste y en el modo en que lo afronta.

En ocasiones esta cuestión se reduce de manera simplista a la referencia a los efectos nocivos del *estrés* sobre la salud y el bienestar de la persona; en este sentido, por ejemplo, la inagotable actividad de los sujetos competitivos puede llegar a producir alteraciones cardio-vasculares que ponen en peligro su vida, o una excesiva preocupación puede ser la causa del desarrollo de úlceras gastrointestinales.

No obstante, una reflexión más profunda sobre la diferente predisposición individual a contraer enfermedades nos lleva a plantearnos interrogantes más amplias, como las siguientes: ¿Está la personalidad asociada con ciertos patrones de respuesta psicofisiológica? ¿Qué patrones psicofisiológicos regulan la predisposición a la enfermedad? ¿Personalidades diferentes se hallan inexplicablemente asociadas con enfermedades diferentes?

Como vemos, la relación entre personalidad y enfermedad, entre lo psicológico y lo fisiológico, no es fácil de comprender y quizá sea por ello que ha estado presente en el ámbito de la psicología desde la antigüedad, siendo aún un problema sin resolver en su más amplio sentido.

Para estudiar desde una perspectiva científica la relación entre los aspectos psicológicos (personalidad) y fisiológicos del individuo es preciso clarificar los tres aspectos que se hallan implicados en la misma, a saber: qué se entiende por personalidad, qué se entiende por salud y/o enfermedad y, quizá lo más importante de esta cuestión, averiguar y profundizar en los mecanismos que intervienen en esta interacción (Contrada et al., 1990).

1.4.1. Estilos de vida y salud.

Tal como expone Gil Rosales (1998), se pueden detectar tres aproximaciones al concepto de estilo de vida. Se le considera en primer lugar como una forma genérica de conceptualizar una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública, según el ámbito cultural. Bajo esta conceptualización podría incluirse la definición de Singer (1982) de estilo de vida como "una forma de vivir o la manera en la que la gente se conduce con sus actividades día a día", (en Quispe, 2013), o la de Ardell 1979 (en Quispe, 2013), que al aplicarlo a la salud lo delimita a "aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud".

Desde esta misma perspectiva, otros autores han propuesto la idea de dos estilos de vida opuestos:

1. Estilo de "vida saludable", compuesto por dos dimensiones: a) sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia del alcohol, etc.; y, b) actividad, dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un bajo índice de masa corporal, etc. (Jiménez & Dávila, 2007)

2. Estilo de "vida libre", caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física (Jiménez & Dávila, 2007)

En este punto de vista genérico se engloba el trabajo de la OMS cuyo objetivo principal es la promoción de estilos de vida saludables; esto es, formas de vivir que tanto individual como colectivamente y de forma cotidiana, permitan una mejora de la calidad de vida.

Desde esta perspectiva, se propone un nuevo paradigma de salud pública dominante en el mundo industrializado que proclama la prevención de enfermedades a través de los cambios en los estilos de vida. Sin embargo, el peligro inherente a esta perspectiva es su excesiva concentración sobre la responsabilidad individual y su falta de sensibilidad sobre circunstancias supraindividuales que pueden estar manteniendo estilos de vida insalubres.

Una tendencia alternativa de conceptualización se caracteriza por socializar el concepto (Gil, 1998), por lo que hablaríamos de un estilo de vida socializado. Desde esta perspectiva, el estilo de vida no se refiere únicamente a una cuestión de hábitos personales, sino que también está relacionado con la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información a la cultura y a la educación. Esta perspectiva social entiende el estilo de vida como una interacción de responsabilidad individual y política pues asume que, por ejemplo, el individuo no es el único responsable de morir de cáncer tras cuarenta años como fumador. Esto es, su forma de vida no es sólo una

cuestión de voluntad o sentido de responsabilidad y se critica por tanto, la sobreestimación del nivel de control sobre su propio estilo de vida.

1.4.2. Conductas de la salud.

En 1987, la OMS (en la carta a Ottawa) definió la promoción de la salud como "el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore".

En este sentido, de acuerdo con Turabian (1993), la promoción de la salud incluye -entre otras- las siguientes acciones para:

- Cambiar conocimientos y creencias.
- Modificar actitudes y valores.
- Aumentar la capacidad para tomar decisiones.
- Cambiar comportamientos.
- Establecer ambientes sanos.
- Conseguir cambios sociales hacia la salud.
- Favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades.

Si consideramos que la promoción de la salud abarca "*toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad de vida*" (Oblitas, 2009, pp 57-58), ello implica controlar los determinantes externos del bienestar (ej., empleo, ingreso económico estable, alimentación, vivienda, recreación, capacitación, justicia, un ecosistema apto para la vida), así como los determinantes internos (ej., creencias, convicciones, atribuciones, expectativas, emociones) de un vida sana y satisfactoria.

Desde un punto de vista psicológico, podemos decir que la promoción de la salud es fundamentalmente una acción educativa, persuasiva y motivacional orientada a alentar el conocimiento y la preferencia por los comportamientos saludables.

Las conductas de salud -o comportamientos saludables- se definen como "*aquellas que las personas manifiestan mientras se encuentran sanas, con la finalidad de prevenir la enfermedad*" (Kasl y Cobb, 1966 en Oblitas 2009, pp 60); o bien, de acuerdo con Matarazzo (1984), "los esfuerzos de las personas por reducir sus patógenos conductuales y practicar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales" (Oblitas, 2009 pág. 60).

Según Amigo y Fernández (1998), distintos tipos de variables determinan las conductas de salud, a saber:

1. La clase y el entorno sociales pueden ejercer una notable influencia sobre los hábitos de salud de una persona. Por ejemplo, el grupo de iguales puede ser un notable condicionante para que los adolescentes comiencen a fumar.

En general, los programas de salud se proponen como objetivos:

- Disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad mediante el incremento de hábitos y conductas saludables.
- Modificar comportamientos de riesgo.
- Ofrecer atención oportuna a los casos detectados.
- Promover comportamientos de autocuidado de la salud.
- Prevenir prácticas de riesgo.
- Brindar servicios de atención integral de salud.
- Formar redes de apoyo para asegurar la atención integral de la salud.

Cambio de hábitos de riesgo para la salud.

El cambio de hábitos riesgosos debe ser percibido como un proceso de autorregulación que puede ser dividido en tres estadios o cogniciones. (Prochaska & Di Clemente, 1992).

De acuerdo con este modelo, cuando una persona establece como meta un cambio en su conducta de salud, se basa en tres tipos de cogniciones:

1. Las percepciones de riesgo que incluyen la sensación de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad, elementos que poseen un notable valor motivacional en el proceso de toma de decisiones.
2. Las expectativas de resultados, que se refieren a la estimación que hace una persona acerca de las consecuencias de poner en acción ciertas estrategias de autorregulación.
3. La autoeficacia percibida que determina la cantidad de esfuerzo invertido y el nivel de perseverancia. Las personas que confían en sí mismas, que se sienten capaces de llevar a cabo los cambios propuestos para mejorar su salud persisten en mantener el curso de sus acciones; a pesar de los obstáculos, perciben alternativas de solución a los mismos.

1.5. Respuestas emocionales ante la enfermedad crónica.

Las personas que adquieren una condición o enfermedad crónica afrontan numerosos cambios significativos y profundos relacionados con la incidencia, permanencia y efectos de la afección. A continuación mencionaremos las reacciones más frecuentes ante el diagnóstico de la enfermedad crónica para posteriormente explicar algunas reacciones relacionadas con el curso y los efectos de la enfermedad.

Según diversos estudiosos del tema, las personas que se enteran de que padecen una enfermedad crónica experimentan reacciones emocionales similares a las de aquellas que se enfrentan inicialmente a una situación de pérdida (Oblitas, 2009). Este conjunto de reacciones emocionales de duelo se organizan en las siguientes etapas: a) negación, b) enojo, c) desesperación y la negociación, d) depresión y e) la reconciliación o aceptación de la realidad.

Según esta hipótesis, en el momento en que las personas se enteran del diagnóstico de una enfermedad crónica, experimentan una pérdida (de salud y/o de autonomía) ante la que reaccionaran, inicialmente, mediante la negación del suceso (buscan una segunda opinión, no hablan del tema, pedirán que no se mencione a nadie, etc.), es decir, tratarán de ocultar, hacer desaparecer o ignorar la enfermedad. Después, manifestarán irritación con el hecho de estar enfermo. En este momento el paciente ha "aceptado" que padece la enfermedad, (en el sentido de que ya no la niega), pero reclama o le parece "injusto" que le haya ocurrido y transcurrirá un buen tiempo para que logre aceptarla realmente, sin enojo.

Posteriormente, la mayoría de las personas experimenta síntomas depresivos que, en algunos casos, requieren de tratamiento psicológico y o psiquiátrico, debido a que ponen en riesgo la vida del sujeto. En este momento pueden surgir ideas de muerte o suicidio, o planeación y tentativa suicida. Ante lo que será necesario remitir a internamiento hospitalario al paciente.

Finalmente, y en el mejor de los casos, el paciente llega a la etapa de aceptación a una reconciliación con la realidad de estar enfermo. En algunas ocasiones, aquellos que padecen enfermedades crónicas no resuelven el hecho de estar enfermos o tardan mucho tiempo en llegar a este importante paso. En este caso el "duelo" no estará resuelto y difícilmente se manifestará apego al tratamiento y conductas conducentes a una calidad de vida aceptable oportunos, para lo cual resulta de evidente importancia la intervención psicológica.

1.6. El modelo psicológico de la salud y la diabetes.

1.6.1. Impacto psicológico de la diabetes mellitus.

La diabetes es considerada una de las condiciones médicas crónicas más demandantes en términos físicos, psicológicos y emocionales. Inicialmente, las personas diagnosticadas con DM pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como: coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida del valor por la vida (Rodríguez & García ,2011).

Estas reacciones y sentimientos pueden llevar a los pacientes a descuidar su salud, generando una diabetes descontrolada con altas y bajas de los valores de glucosa (azúcar) en sangre que se puede manifestar en cambios en el estado de ánimo, tales como: irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia.

A estos efectos, se suman la incertidumbre acerca de complicaciones futuras y el estrés asociado a seguir diariamente un régimen de tratamiento intensivo. El estrés emocional y psicológico que experimenta la persona con DM, puede convertirse en un círculo vicioso y en el peor obstáculo para el manejo de su condición. Una diabetes poco controlada puede producir respuestas psicológicas negativas que pueden exacerbar la enfermedad.

Conjuntamente los efectos físicos y psicológicos de la DM dificultan el ajuste de los pacientes e incrementan el riesgo de problemas psicológicos en comparación con personas sin DM (Gavard, Lustman & Clouse, 1993; Jacobson, 1996, y Peyrot & Rubin 2007, en Rodríguez & García, 2011) llevaron a cabo una revisión de las principales intervenciones conductuales y psicosociales vinculadas con la diabetes y comentan que se han dividido en dos principales dominios:

- a) Intervenciones de autocuidado, las cuales incluyen temas como la aceptación del régimen y la adherencia a éste.
- b) Intervenciones emocionales, donde se aborda la relación que existe entre la diabetes y el estrés; y la diabetes y la depresión.

Otro estudio realizado con pacientes diabéticos en el estado de Tabasco en el 2011, revela que los pacientes que padecen DM durante los primeros 15 años de evolución del padecimiento se ven más afectados por que presentan un alto nivel de ansiedad y depresión. Se encontró con un 53% de ansiedad – estado alto, y en cuanto a la depresión en la población estudiada, un 45% presento depresión media⁵ (Rivas, García, & Cruz León *et al* 2011).

Consistentemente se ha encontrado que la depresión, ansiedad y trastornos alimentarios en pacientes de diabetes afectan directamente los niveles de azúcar en la sangre y aumentan el riesgo de sufrir de complicaciones relacionadas con la enfermedad. Se cree que los cambios neuroquímicos que

⁵ Estudio realizado en el Estado de Hidalgo, México, con una población de 100 pacientes entre hombres y mujeres con padecimiento de D.M.

acompañan a tales desordenes pueden tener un efecto directo en los niveles de azúcar en la sangre (Jiménez & Dávila, 2007).

Por otro lado, se conoce también que los síntomas físicos, cognitivos y conductuales de los desórdenes psicológicos (ej., Cansancio, letargo, cambios en el sueño y el apetito, tensión, irritabilidad, síntomas somáticos) disminuyen la capacidad del paciente de llevar a cabo los regímenes de autocuidado que requiere la diabetes y, por ende, afectan negativamente los niveles de glucosa en la sangre (McKellar, Humphereys & Piette, 2004). Así, por ejemplo, en pacientes de DMT1 y DMT2, los síntomas psicológicos se asocian con reportes de más síntomas físicos asociados a la diabetes, peor salud física y menor adherencia al régimen dietético y de ejercicio (Ciechanowski, Katon, Russo & Hirsh, 2003).

1.7 Depresión y ansiedad ante la diabetes mellitus.

La depresión mayor y los trastornos de ansiedad son diagnósticos relativamente frecuentes en pacientes con enfermedades crónicas. Estos trastornos mentales pueden ser a) síntomas o manifestaciones de algunas enfermedades crónicas, o b) consecuencias del desgaste psicológico que implica padecerlas. En este sentido, por ejemplo, una depresión mayor puede ser la manifestación inicial de la enfermedad (i.e., cáncer, DM) o una consecuencia de las dificultades psicosociales que conlleva la enfermedad.

De acuerdo con Davis et al. (1988), el estado psicológico del paciente diabético es un predictor de esta enfermedad por lo que en los siguientes párrafos se revisa brevemente la relación entre la depresión y la ansiedad, respectivamente, con la DM.

1.7.1. Depresión y Diabetes Mellitus.

La depresión, de acuerdo al DSM-IV-R (Diagnostic and Statical Manual of Disorders, 1994) y el CIE-10 (International Clasification of Diseases, 10° Ed.), es un trastorno afectivo que se caracteriza por síntomas de ánimo deprimido y pérdida de interés o placer, que tiene una duración de dos semanas o más.

Los principales síntomas físicos de la depresión son cambios en el sueño y el apetito, fatiga o falta de energía y cambios en el aspecto psicomotor, ya sea agitación o lentitud. Otros síntomas de depresión son los sentimientos de minusvalía, la falta de concentración, indecisión y pensamientos recurrentes de muerte, así como ideación de intentos suicidas. Estos síntomas causan

impedimento marcado clínicamente significativo en áreas importantes de funcionamiento social y ocupacional.

La depresión parece ser uno de los desórdenes mentales con mayor comorbilidad con la diabetes. Anderson et al. (2001), en un estudio meta-analítico de 42 investigaciones sobre la comorbilidad entre la diabetes y la depresión encontraron que los sujetos con diabetes tenían una probabilidad dos veces mayor de padecer depresión que los sujetos sin diabetes.

Una teoría que trata de explicar esta relación entre la depresión y la diabetes, sugiere que la depresión puede ser una respuesta al estrés psicosocial causado por la diabetes y su manejo, en el que se encuentran restricciones en la dieta, carga económica y fluctuaciones en el estado de ánimo ocasionados por los propios síntomas de la diabetes (de Groot et al., 2001).

1.7.2. Ansiedad y Diabetes Mellitus.

Tanto el DSM-IV-R (Diagnostic and Statical Manual of Disorders) como el CIE-10 (International Clasification of Diseases), describen a la ansiedad como un conjunto de síntomas característicos que pueden manifestarse tanto en desordenes específicos de ansiedad (desorden de ansiedad generalizada) como en otros desórdenes mentales (desordenes del estado de ánimo), y que incluyen: nerviosismo, fatiga, dificultad en la concentración, irritabilidad, tensión muscular, disturbios en el sueño, preocupación excesiva o incontrolable y síntomas somáticos (ej., náusea, vómitos, dolor de cabeza).

Los síntomas de ansiedad relacionados con el estrés también han demostrado estar significativamente asociados con una progresión negativa de la diabetes; en particular, con mayores niveles de ansiedad se tienden a presentar un número mayor de síntomas de DM, más complicaciones y menor control sobre la enfermedad (Paschalides et al., 2004).

Así pues, podemos ver que tanto la depresión como la ansiedad están vinculadas al estrés provocado por los síntomas físicos de la enfermedad como por la dificultad de su manejo. Y si bien se ha demostrado tanto en animales como en humanos que el estrés puede causar serios daños a la salud, también es claro que algunos factores o variables psicológicas pueden modular la relación entre el estrés y la enfermedad (Oblitas, 2006).

Bajo estas consideraciones, todo clínico debería familiarizarse con los síntomas de los trastornos mentales más frecuentemente asociados a enfermedades crónicas; con base en ellos se podría ayudar a detectar oportunamente un padecimiento físico y/o motivar el inicio de una intervención psiquiátrica o psicológica que pueda mejorar la calidad de vida de los pacientes con este tipo de enfermedad.

Paralelamente, el diagnóstico y tratamiento integral de una enfermedad debe observar la presencia de trastornos mentales o quejas psicológicas del paciente. En esta dirección, el bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes deben ser metas del tratamiento en sí mismas, tan importantes como el control físico de la enfermedad.

Sin embargo, las razones primordiales para la referencia a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico de pacientes con DM son:

- a) la baja adherencia al régimen de tratamiento médico,
- b) un pobre ajuste a la enfermedad,
- c) trastornos psiquiátricos asociados (i.e., depresión y ansiedad),
- d) efectos fisiológicos del estrés que exacerban la enfermedad,
- e) trastornos de alimentación y
- f) deterioro cognoscitivo.⁶

⁶ Se puede ampliar la información sobre el tema en el libro, Psicología de la salud y la calidad de vida, de L.A. Oblitas, en la segunda parte capítulos seis y siete.

2.- ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

2.1 Definición de Adherencia Terapéutica.

En los últimos tiempos y sobre todo en las últimas dos décadas, se ha hablado constantemente de la necesidad de optimizar los recursos existentes para la atención de diversos problemas sociales, esto tanto en países denominados industrializados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia es el grado en que el comportamiento de una persona-tomar el medicamento y ejecutar cambios del modo de vida-corresponde a las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (SSA, 2006).

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero quizás la ya clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico (Haynes, 1979) ; siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones. Seguir una prescripción, la adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos⁷ (Dunbard, *et al.*, 2000).

2.2. Ventajas de la Adherencia Terapéutica.

Los grandes avances diagnósticos y terapéuticos ocurridos a escala mundial en las últimas décadas no resuelven los problemas relacionados con el cumplimiento o seguimiento por parte del paciente del tratamiento médico que se le ha indicado.

Se puede asegurar que se dispone cada vez más de medicamentos altamente eficaces y se estudia con mayor profundidad la etiología y las manifestaciones de numerosas enfermedades muy prevalentes como la hipertensión arterial, la diabetes o el cáncer, por sólo citar algunas, sin embargo el grado de control sobre muchas de ellas es escaso debido a una falta de adherencia a las prescripciones.

⁷ Mas sobre el tema en Artículo Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas Orueta Sánchez R.

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma. Con independencia del término que se utilice, “adherencia” o “cumplimiento” es el paciente quien ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas, como seguir dietas o practicar ejercicios físicos, es él quien decide en última instancia cómo y cuándo lo hará. En este sentido, se hace mucho hincapié en diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia, (Martín A., 2004) pues la primera requiere la aprobación y participación del paciente en el proceso de elaboración de las recomendaciones, quiere decir que los pacientes, deben ser “socios activos” de los profesionales de la salud en el proceso de atención, considerando como válida la hipótesis de que los resultados de una comunicación interactiva entre ambos, deben conducir a lograr mejores niveles de adhesión.⁸

La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación (Libertad, 2003).

De este modo, se observa que las dificultades en la adherencia terapéutica no se refieren sólo al consumo de medicamentos pero este ocupa un lugar muy importante, si se tiene en cuenta el tiempo y los recursos que se invierten en su producción así como en los estudios de su eficacia y seguridad. Cada año se gasta mucho dinero en investigaciones relacionadas con medicamentos pero se dedican pocos recursos al hecho de saber que hacen los pacientes con estos esfuerzos (Basterra, 1999)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) asegura que “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes”.⁹

La importancia del problema del incumplimiento de los tratamientos se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que este tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico y psicosocial y se demuestra que afecta cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, con la relación médico-paciente, con el uso racional de los recursos y los servicios de salud,

⁸ Más información sobre el tema en: Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(4):350-2

⁹ La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid; Ediciones Doyma; 2003.

entre otros. De ahí que se convierta en un asunto serio para la salud pública contemporánea, más si se tiene en cuenta que es un problema mundial, que se presenta en todos los países con independencia de su nivel de desarrollo y de alarmante magnitud, sobre todo en las regiones más pobres (OMS, 2004) .

Constituye un avance significativo en el reconocimiento de la envergadura de este problema por parte de organismos internacionales, la iniciativa mundial lanzada en 2001 por el grupo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS con el trabajo realizado en el marco de un proyecto sobre adherencia terapéutica a largo plazo, el que generó un informe técnico divulgado entre 2003 y 2004. Este documento, de más de 200 páginas, está dirigido básicamente a los formuladores de políticas y directivos de los sistemas de salud, cuyas decisiones deben repercutir en las estrategias nacionales y locales que mejoren los resultados de salud y la eficiencia económica del sector, además de servir de referencia a científicos, investigadores y personal de salud en su labor cotidiana (Martin, 2006).

2.3 Algunas repercusiones de la falta de adherencia.

Consecuencias médicas o clínicas.

Las consecuencias médicas o clínicas de una deficiente adherencia terapéutica son diversas. Se puede mencionar la falta de respuesta terapéutica con expresión en cuestiones como retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones; la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis, el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento (Basterra, 1999).

Consecuencias económicas.

Dentro del gasto en salud se presta cada vez más atención al gasto farmacéutico, preocupación que atañe a los encargados de la toma de decisiones, administradores sanitarios, farmacéuticos y a los propios pacientes (Martin, 1999).

Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada, en caso de ser trabajador, con la consecuente afectación a la productividad de su puesto de trabajo. El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles

a la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar, que puede provocar intoxicaciones accidentales en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia (Martin, 1999).

Consecuencias psicosociales

La falta de apego al tratamiento puede generar grandes pérdidas desde el punto de vista personal. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afecten de modo significativo su calidad de vida (Ginarte, 2001).

El padecimiento de una enfermedad implica de por sí una carga estresante y adicional en el desenvolvimiento de la vida de las personas, genera dificultades en la autoimagen, la autoestima y provoca miedos ante una posible amenaza vital y la muerte, sin embargo, el incumplimiento prolonga la recuperación o el control de la enfermedad, mantiene la presencia de síntomas y con ellos el estrés continuo ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo.

Incide en la esfera de la orientación vocacional y laboral del enfermo al tener que reajustar metas y propósitos que pueden afectar su vida económica, interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles habituales y las responsabilidades que tiene en la familia, lo que puede aumentar el sufrimiento de los allegados (Martin, 2004). Puede promover alteraciones en el funcionamiento familiar generando crisis entre sus miembros (Meléndez, 2005) así como hacer recaer la responsabilidad del seguimiento del régimen terapéutico en otras personas y no en el propio paciente.

Por otra parte, la falta de adherencia entorpece la adopción del rol de enfermo que necesariamente tiene que asumir la persona con un padecimiento crónico. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias de asumir este papel y los deberes que implica, entre ellos el cumplimiento del tratamiento, son aspectos psicológicos muy importantes para el ajuste a la enfermedad. La adherencia terapéutica es un contenido del rol de enfermo, que se debe adoptar después que la persona asimila su condición de enfermo.

De ese modo, la adherencia terapéutica puede tener un papel protector, pues es un comportamiento que contribuye a lo no progresión de la enfermedad, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la

salud. Es un componente del proceso de enfermar, que puede adquirirse, a su vez, carácter salutogénico¹⁰ (Meléndez, 2005).

2.4 La Psicología y la Adherencia.

Se han observado distintas puntualizaciones acerca de la adherencia en los párrafos anteriores, mas, desde el punto de vista de la psicología es necesario establecer la importancia de la relación que existe entre el paciente y el personal de salud que le brinda la atención para que la adherencia sea adecuada. A esta relación se le conoce como “relación terapéutica”, definida primordialmente por el establecimiento de dos papeles diferentes: “el que sabe” y “el que ignora” (Foucault “El nacimiento de la Clínica” pp11.). En estas condiciones, el especialista (medico, terapeuta etc.) confía en que al dar una instrucción o indicación esta será atendida, comprendida, recordada y ejecutada por el paciente.

Al revisar la adherencia a los tratamientos médicos Dunbar y Stunkard (1979) en (Puente, 1984), concluyeron que: “Se crea una mejor adherencia cuando los clínicos se muestran cálidos, empáticos y se involucran en una conversación social y en intercambios específicos proporcionando instrucciones individualizadas y específicas”.

También es claro que las expectativas que abrigue el cliente-paciente contribuyen a determinar si se establece o no una adecuada adherencia terapéutica. Las expectativas de eficacia del paciente juegan en particular un papel importante al principio de una relación terapéutica ya que mantienen y generan conductas de enfrentamiento (coping skills) que moderan las originales expectativas extremas de un paciente. El favorecer expectativas realistas sobre el desenlace de un tratamiento es una tarea importante del terapeuta para tender un puente en el abismo entre las demandas a plazo inmediato y las conductas que requieren modificaciones amplias. La conducta humana se puede regular más por las consecuencias inmediatas que por las diferidas. Sin embargo, el éxito de numerosos tratamientos depende de que se produzca un cambio en la regulación del comportamiento de consecuencias a corto plazo diferidas.

La aplicación conjunta de métodos conductuales y procedimientos médicos ha resultado fructífera para reducir o eliminar los factores que exacerban las conductas somáticas y para aliviar los malestares que con frecuencia se derivan de las enfermedades corporales. Las respuestas que un individuo

¹⁰ MODELO SALUTOGÉNICO: Establece un continuo entre salud y enfermedad. Lo que implica una visión dinámica de los procesos de salud. Atiende a factores generales de la salud como los ambientales y conductuales. Implica la participación activa de la persona involucrada en el proceso de salud-enfermedad.

propicia que le den otras personas por el hecho de estar enfermo, con frecuencia refuerzan su conducta de estar enfermo. Esto produce una considerable dependencia del paciente hacia el personal de salud; mientras más acepta el individuo el auto concepto de estar enfermo o incapacitado, es más probable que su comportamiento se incline hacia la incapacidad. Aquellos que se perciben hacia sí mismos como enfermos son los que más buscan oportunidades para retirarse de las actividades normales y de responsabilidades de la vida cotidiana.

Después de una enfermedad o de un accidente, muchos pacientes continúan presentando conductas desproporcionadas de incapacidad en relación con los problemas orgánicos o físicos que padecen. Puede mantenerse un estado de invalidez debido a la ansiedad y a la depresión producida por un accidente o enfermedad seria (Puente, 1984).

Los pacientes pueden resistirse a regresar a su nivel de actividad y pueden exhibir temor hacia el trabajo por su creencia de que estas actividades contribuyeron a la iniciación de la enfermedad.

La literatura acerca de la manera como cumplen los pacientes las indicaciones de sus tratamientos médicos, demuestra que muchos pacientes, aun cuando las indicaciones de los terapeutas hayan sido claras, se desvían de los tratamientos prescritos o dejan de cumplir muchas de sus recomendaciones. Esto es derivado de las características del régimen terapéutico, tales como la complejidad, la duración del tratamiento y la confianza y/o fe que el paciente tenga en la eficacia de la terapia, mismas que son más importantes que cualquier factor demográfico de la personalidad para determinar la adherencia a un tratamiento médico (Puente, 1984).

Ante todo esto es importante la participación constante del psicólogo para lograr la atención integral del paciente y a través del mismo promover el cuidado preventivo. El psicólogo puede en conjunto con el equipo médico involucrar a los pacientes en actividades responsables de auto ayuda, encaminadas al logro de un estilo de vida óptimo. Discutir conductas o condiciones identificadas con enfermedades crónicas de alto riesgo (ansiedad, depresión, bulimia, anorexia, etc.) y que pueden interferir con el estado general del bienestar del paciente. Hábitos como el tabaquismo, el consumo excesivo del alcohol, la vida sedentaria, las dietas altas en calorías, grasas azúcar y sal; que son identificadas como contraindicaciones para la salud son otros temas recomendables para abordar de manera psicológica.

3.- MODELOS DE ATENCIÓN A LA DIABETES MELLITUS.

3.1. Modelo de Atención a la Diabetes Mellitus en unidades de Salud Pública en el Distrito Federal en México.

La Diabetes Tipo 2 es la forma más común de diabetes en México. En los apartados 8, 9, 10 y 11 de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-2010, *PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS*, se establecen los procedimientos de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de este tipo de diabetes.

La prevención de la diabetes y sus complicaciones implica un conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión.

La prevención es un pilar que debe evitar la aparición de la enfermedad, el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas, para lo cual debe llevarse a cabo a través de un equipo multidisciplinario y estrechamente vinculado que permita, a través de sus acciones, obtener impactos en la salud del paciente con factores de riesgo asociados a diabetes mellitus o quienes ya la padecen. Detección de diabetes entre la población general y aquellos que tengan los factores de riesgo señalados.

Los factores de riesgo son: sobrepeso y obesidad, sedentarismo, familiares de primer grado con diabetes, ≥ 45 años de edad, las mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (>4 kg) y/o con antecedentes obstétricos de diabetes gestacional, mujeres con antecedente de ovarios poliquísticos; asimismo, se considera dentro de este grupo a las personas con hipertensión arterial ($\geq 140/90$), dislipidemias (colesterol HDL ≤ 40 mg/dl, triglicéridos ≥ 250 mg/dl), a los y las pacientes con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores) y con antecedentes de enfermedades psiquiátricas con uso de antipsicóticos.

La prevención de la diabetes mellitus se realiza en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria.

1.- Prevención primaria

Tiene como objetivo evitar el inicio de la enfermedad. En la práctica, prevención es toda actividad que tiene lugar antes de las manifestaciones de la enfermedad con el propósito específico de prevenir su aparición.

Existen dos tipos de estrategias de intervención primaria: en la población general y en la población con factores de riesgo asociados a la diabetes.

En la población en general

Medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socio ambientales, conforme a los factores de riesgo señalados en el numeral 8.1.4 de (NOM-015-SSA2-2010) que, unidas a factores genéticos, constituyen causas desencadenantes de la diabetes.

Puesto que la probabilidad de beneficio individual a corto plazo es limitada, es necesario que las medidas poblacionales de prevención se mantengan de manera permanente para que sean efectivas a largo plazo.

Las acciones de prevención primaria deben ejecutarse, no sólo a través de actividades médicas, sino también con la participación y compromiso de la comunidad y autoridades sanitarias utilizando los medios de comunicación masivos existentes en cada región como radio, prensa y televisión, entre otros.

Los factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad consisten en modificar los cambios en el estilo de vida que abarca reducción de peso, una adecuada nutrición, la realización de ejercicio y la disminución de los factores de riesgo cardiovascular.

La intervención inicial y a lo largo del padecimiento se realizará especialmente con tratamiento no farmacológico y consistirá en:

- a) Educación para la salud: folletos, revistas y boletines, entre otros.
- b) Promoción de la salud: corrección de factores dentro del estilo de vida.
- c) Prevención y corrección de obesidad: dietas con bajo contenido graso y azúcares refinados y alta proporción de fibra alimentaria.
- d) Uso racional y prescripción adecuada de medicamentos diabéticos, por ejemplo, diuréticos, corticoides, beta-bloqueadores.
- e) Promoción del ejercicio físico rutinario y programado.
- f) Integración a Grupos de Ayuda Mutua, encaminados a que el o la paciente sea responsable de su autocuidado y permanentemente se auto gestionen en pro de su control metabólico.
- g) Uso de la evidencia científica a través de mono fármacos preventivos, que disminuyan el porcentaje de conversión a DMT-2, conforme a la Guía de recomendaciones para la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la prediabetes.

2.- Prevención secundaria.

Estará encaminada a pacientes ya confirmados con diabetes mellitus y cuyos objetivos son evitar la aparición de complicaciones agudas, y evitar o retrasar las complicaciones crónicas. Las acciones para cumplir los objetivos

propuestos se fundamentan en el control metabólico óptimo y permanente de la enfermedad.

3.- Prevención Terciaria

Estará dirigida a pacientes que presentan complicaciones crónicas y tiene como objetivo evitar la discapacidad por insuficiencia renal, ceguera, pie diabético y evitar la mortalidad temprana por enfermedad cardiovascular.

Estas acciones requieren de la participación de profesionales especializados en las diferentes complicaciones.

3.1.1 Plan de atención al paciente diabético.

Los siguientes puntos son las principales acciones tanto de prevención como de control que son consideradas dentro del plan de atención al paciente diabético en las instituciones de salud pública en el Distrito Federal.

Control de peso

El control de peso es una de las metas básicas para la prevención de la diabetes así como parte fundamental del control. La reducción ideal de peso debe ser entre el 5% y el 10% del peso total. Debe ser una meta anual hasta alcanzar su peso ideal.

El primer paso en el tratamiento de la diabetes en adultos mayores debe ser la instauración de un régimen alimentario que lo conlleve a una disminución de peso, sobre todo si presentan sobrepeso, para que de esta manera disminuya el patrón de insulinoresistencia, sin provocar pérdida de masa muscular (sarcopenia). Es importante tener en cuenta la edad del paciente, comorbilidades asociadas o no a la diabetes mellitus, nivel de funcionalidad y soporte social.

Actividad física.

La actividad física habitual en sus diversas formas: actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio, tiene un efecto protector contra la diabetes.

Por tal motivo, se debe recomendar a la población general, mantenerse físicamente activa a lo largo de la vida, adoptando prácticas que ayuden a evitar el sedentarismo.

En el caso de personas de vida sedentaria, se les debe recomendar la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos 150 minutos a la semana.

La aplicación de la anterior indicación deberá efectuarse de manera gradual, acompañada de las instrucciones pertinentes sobre las precauciones para evitar lesiones u otros posibles problemas.

La actividad física más recomendada es de tipo aeróbico, intensidad leve a moderada, es importante aclarar que debe ajustarse para pacientes con cardiopatía isquémica o en pacientes que están bajo tratamiento con beta-bloqueadores, algunos calcio antagonistas como el verapamilo y diltiazem, que toman anti arrítmicos, o digitálicos, entre otras.

Las sesiones de actividad física se realizarán en tres etapas que son: calentamiento, aeróbica y recuperación.

Alimentación

Debe promoverse un tipo de alimentación que sea útil para la prevención de la diabetes, conforme a las recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

El aporte energético total debe adecuarse, a fin de mantener un peso adecuado, evitándose planes de alimentación con menos de 1200 Kcal al día, como se señala en el Apéndice Normativo B.

Promoción de la salud

El fomento de los estilos de vida saludables, necesarios para prevenir o retardar la aparición de la diabetes, se llevará a cabo mediante acciones de promoción de la salud.

La promoción de la salud se llevará a cabo entre la población general, mediante actividades de educación para la salud, de participación social y de comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo.

Comunicación social

La población general habrá de ser adecuada y oportunamente informada, mediante los medios de comunicación social, sobre los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de la diabetes.

Los mensajes al público deben enfatizar que el control de tales factores contribuye además a la prevención y al control de otras enfermedades crónicas importantes.

Participación social

Se debe estimular la participación comunitaria, así como la colaboración de los grupos y organizaciones sociales, para promover la adopción de estilos de vida saludables, particularmente entre los grupos de mayor riesgo.

Educación para la salud

La Secretaría de Salud debe establecer, en coordinación con las instituciones educativas, programas de información a la población estudiantil sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles frecuentes, entre éstas, la diabetes, así como la actualización de los programas educativos sobre diabetes de las instituciones que preparan a los profesionales de la salud.

Las actividades de educación para la salud se deben dirigir principalmente a los niños, a los jóvenes y a las personas adultas en alto riesgo de desarrollar diabetes.

Se deben promover procesos que modifiquen actitudes tendientes a mejorar la salud individual, familiar y colectiva en la materia de diabetes.

Los puntos antes mencionados forman parte de un plan de atención integral para el tratamiento de la D.M. que ha sido establecido para todas las unidades prestadoras de servicios de salud pública en el Distrito Federal.

En atención a estos padecimientos, los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal plantearon en un inicio la creación de Clínicas de Diabetes en los Centros de Salud más grandes (T-II y T-III), integradas por un médico capacitado en la atención básicamente del paciente diabético y una enfermera de apoyo. Se consideró necesaria, la participación de los servicios de odontología, trabajo social, nutrición y psicología, aunque no en todas las unidades se cuenta con este último recurso.

En 2009 se implementaron 70 Clínicas de Diabetes, las cuales otorgan atención médica a casi la mitad de los pacientes diabéticos actualmente registrados.

La diabetes no es un padecimiento aislado, en este sentido, el 80% de los enfermos diabéticos son hipertensos y el 60% cursa con sobrepeso u obesidad, esta es una de las razones por las cuales las Clínicas de Diabetes cambian de nombre y se transforman en "Clínicas de Enfermedades Crónicas".

Estrategia inicial del Programa que rige las clínicas de enfermedades crónicas:

1. Iniciar con una Clínica de Diabetes en los Centros de Salud más grandes hasta cubrir en forma paulatina todas las unidades, incluyendo los T-I. (Unidades pequeñas con solo un médico, una enfermera y una trabajadora social).
2. Capacitar inicialmente al personal en el manejo de la diabetes y hacerla extensiva posteriormente, a los padecimientos crónicos no transmisibles.

A partir del 2011 han surgido nuevas opciones de apoyo al control de las enfermedades crónicas, al implementarse siete Unidades de Atención Médica Especializada de Enfermedades Crónicas (UNEME's E.C.), las cuales cuentan con personal y equipo médico especializado. Se espera que éste año los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal cuenten con 100 Clínicas de Enfermedades Crónicas. Éstas Clínicas y las UNEME's E.C., serán los cimientos de una atención de calidad y dirigida a la prevención y control de las enfermedades crónicas.

3.2. Modelos de intervención cognitivo conductual

En este capítulo se analizará la importancia que tiene el Modelo Cognitivo Conductual (MCC, de aquí en adelante) en la práctica clínica de la psicología. Esto permitirá comprender el fundamento teórico de éste modelo en el tratamiento de la depresión y la ansiedad producida en pacientes que cursan con diabetes mellitus. Así pues se describirán los supuestos generales, característicos, estructura de las sesiones y el uso de técnicas que en conjunto guían al terapeuta en la intervención clínica.

Este modelo teórico ha sido estudiado bajo dos enfoques psicológicos que fusionados conforman al MCC. Uno de ellos es el enfoque cognitivo. Tales aportaciones tienen sus orígenes filosóficos con Zenón de Citio (siglo IV a.C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio (en Beck, 1983); todas estas aportaciones se centran en la premisa de que las emociones humanas están basadas en ideas, por lo tanto el control de los sentimientos más intensos se logra por medio del cambio de esas ideas (Beck, 1983).

Así también dentro de este enfoque se han generado diversas teorías que consideran a las cogniciones como elementos centrales de intervención. Algunas de las teorías cognitivas elaboradas son:

A) Teoría del Procesamiento de la Información, ésta enfatiza al hombre como un sistema que se encuentra dentro de un entorno cambiante y que a su vez demanda capacidades adaptativas sobre la información de sí mismo y del mundo, provocando una transformación cognitiva que afecta a sus emociones y conductas. En esta teoría se interrelacionan tres elementos fundamentales <cognición-emoción-conducta> (Beck, 1967 y Teasdale, 1983; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995);

B) Teorías Cognitivas Sociales, éstas hacen referencia a la manera en cómo los sucesos ocurridos en el medio externo influyen en la esperanza y expectativas que tiene la persona de poder controlar las situaciones. Radica en la forma en cómo la persona percibe tales situaciones externas y lo que genera a partir de aquellas expectativas negativas y sentimientos de indefensión que la llevan a la desesperanza (Seligman, 1975; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Abramson, Melsky y Allay, 1989; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995),

C) Teorías Cognitivas Conductuales, que marcan la fusión con el enfoque conductual considerando el manejo que se le da a la regulación de las conductas a partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes. Y la explicación que le da a trastornos como la depresión se basa en que los factores ambientales y cognitivos son los responsables de la presencia de este trastorno, pues los últimos manipulan los efectos del ambiente en que se desarrolla la persona (Rem, 1977 y Lewinsohn, 1985; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

El segundo enfoque psicológico a considerar dentro de este modelo teórico es el conductual, pues en éste se realiza el manejo de las conductas a partir de las teorías del aprendizaje. Las primeras aportaciones hacia la comprensión conductual de trastornos como la depresión, fueron emitidas Skinner (1953), quien postuló que éste es considerado como una “reducción generalizada en la frecuencia de conductas”, de la misma manera Ferster (1965), Lewinsohn (1974) y Castello (1972) reafirman que tal trastorno se caracteriza por la reducción de reforzadores positivos que le ayudan a la persona a controlar el medio que le rodea (en Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Por tal motivo es de considerar que el trabajo realizado bajo estos dos enfoques psicológicos han marcado el amplio contenido del MCC, gracias a las teorías cognitivas y conductuales; y sobre todo a las aportaciones emitidas por Beck (1967), Lazarus (1972), Kelly (1955), Berne (1961) y Ellis (1957) (en Beck, 1983); que en conjunto abordan y respaldan el trabajo del MCC a partir de la premisa de la reestructuración o modificación de cogniciones (ideas/creencias irracionales) en función de un cambio previo o posterior de conductas.

Así pues, este modelo teórico ha sido eficazmente empleado en el tratamiento de trastornos como los de personalidad (Beck, 1983), ansiedad (Orgilés, Rosa, Inglés, Mendez, 2003) y depresión (Pérez y García, 2001); así como de otras alteraciones como la esquizofrenia (Muñoz y Ruiz, 2007) y agresividad (Pérez, Fernández y Rodríguez, 2005); por mencionar algunos.

Por lo tanto lo descrito manifiesta la pauta de que el MCC es uno de los modelos eficaces para la atención a diversos trastornos que presenta el individuo y que por lo tanto brinda un tratamiento efectivo en la erradicación del síntoma que se manifieste.

Es por tal, que esta modalidad terapéutica permite una atención oportuna y efectiva, partiendo de la intervención de distorsiones cognitivas que preceden y

originan comportamientos inapropiados. De esta manera se reiteran las ventajas de este modelo, definiéndolo como efectivo en la práctica clínica de las alteraciones psicológicas, en especial de la depresión y la ansiedad resultantes de otros padecimientos.

3.2.1. Principios Generales de la Terapia Cognitivo-Conductual

En la práctica clínica de la psicología, se han ido estableciendo modelos terapéuticos capaces de facilitar la atención a los problemas psicológicos de la población, sin embargo cada terapia posee sus propias bases teóricas y áreas de atención, llevadas a cabo en tiempos formulados por el mismo modelo terapéutico empleado.

Así pues, la terapia cognitiva-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006). En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

De acuerdo con Beck, 1983 en (Caballo 1991), este modelo terapéutico manifiesta como supuesto teórico que “los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”. Esto quiere decir que el MCC se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que ha tenido el paciente, y que han sido elaboradas correcta e incorrectamente; llegando así a formar y reforzar los comportamientos que realiza la persona en su entorno.

Dada la atención terapéutica bajo este modelo a la presencia de alteraciones, se comienza por la intervención de los errores o de las distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que desencadenan actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran emocionalmente, generando así la presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad (Beck, 1983).

Considerando a partir de esto, que mientras la persona tenga una creencia irracional, o bien una inadecuada percepción del entorno que le rodea, ésta puede reforzar sus pensamientos distorsionados, generando así comportamientos que retroalimenten la prevalencia y elaboración de cogniciones irracionales; y por tal motivo se presentan síntomas y trastornos que le aquejan al individuo en el área física, psicológica y social.

3.2.2 Características de la Terapia Cognitivo Conductual.

De acuerdo con Beck (1983), las cuatro principales características que debe ofertar este procedimiento al paciente, radican en que éste deberá ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado.

La primera característica hace referencia a que dentro de la intervención, la relación existente entre paciente y terapeuta debe de ser activa; es decir que el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente con el paciente, fungiendo un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. Al igual que la participación activa del paciente, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes.

La segunda, menciona que el proceso debe de ser directivo, debido a que debe poseer un objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la estructuración que le dé el terapeuta a lo largo de las sesiones, con la finalidad de atender las demandas del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia.

Así también, la intervención bajo el MCC deberá ser estructurado en función del objetivo terapéutico que manifieste el paciente; con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos.

Y la última característica que enuncia Beck (1983), manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico.

Otra característica que guía al MCC, se refiere a la atención oportuna de los síntomas objetivos que presenta el paciente a la hora de la terapia; a partir de éstos se busca la identificación de aquellas cogniciones que fortalecen a los síntomas presentados y se someten a evaluación lógica y empírica para fortalecer o debilitar a los mismos. A partir de este procedimiento, se prosigue a modificar la conducta, con el objetivo de erradicar los pensamientos que fortalecen al surgimiento de aquellos comportamientos que dan origen a la presencia de trastornos (Gavino, 2002).

Y para poder erradicar los pensamientos, es necesario que el terapeuta emplee estrategias y técnicas oportunas; tal es el caso del uso de las preguntas como instrumento terapéutico, pues de acuerdo con Beck (1983) éstas permiten obtener datos acerca del paciente, proporcionan una idea general sobre la situación problemática que éste muestre, logran la obtención y evaluación de aquellos factores y situaciones que generan ansiedad, así como determinan el significado que el paciente le asigna a las situaciones o circunstancias que configuran la demanda terapéutica; todos estos usos que se les da a las

preguntas, se conjugan para generar métodos de resolución a los problemas que presenta el paciente a partir de la reformulación de sus distorsiones cognitivas.

Así también, para lograr un tratamiento efectivo con éste modelo, es conveniente considerar un conjunto de elementos para fortalecer la relación terapéutica a la hora de la intervención. De acuerdo con Beck (1983), el terapeuta deberá de contemplar tres elementos indispensables que van a influir a lo largo del tratamiento, las cuales son: aceptación, empatía y autenticidad. Éstas serán determinantes para lograr un incremento en la efectividad del tratamiento mediante las actitudes y conductas que el terapeuta emita durante la intervención.

La primer característica nombrada “aceptación” hace referencia a la preocupación sincera y al interés que el terapeuta muestra hacia el paciente, esto permite contribuir a corregir determinadas distorsiones cognitivas que se formulan en función de la relación terapéutica que se tenga. Habitualmente esta característica es empleada por el terapeuta mediante la expresión de sus gestos, tono de voz y el modo de construir las frases que le proporciona al paciente.

La segunda consiste en la forma en que el terapeuta puede entrar al mundo del paciente, para ver y experimentar la vida como lo hace éste. Mediante ésta, el terapeuta podrá entender cómo el paciente estructura ciertos eventos y cómo responde ante éstos. Así pues, Beck (1983) aclara que esta característica se conforma de un componente intelectual, en el que es necesario saber y conocer la base cognitiva de los sentimientos del paciente, sin rechazarlos por la carencia de lógica en los pensamientos que los desencadenan, es decir, que el terapeuta deberá de rescatar toda aquella base cognitiva que muestre el paciente a la hora de la terapia sin juzgar e incomodarle, con la finalidad de que él mismo pueda reestructurar aquellas cogniciones distorsionadas que presenta.

Y la autenticidad, permite vislumbrar a un terapeuta capaz de ser honesto consigo mismo y con el paciente, éste deberá conjugar la honestidad con la diplomacia, es decir, deberá poseer la capacidad de comunicar su sinceridad con asertividad, permitiendo así la penetración de confianza y honestidad en los comentarios que emita hacia aquellas distorsiones que presente el paciente, a fin de transmitir una imagen realista y facilitando la corrección de ideas poco razonables y conductas que puedan ser contraproducentes.

Así pues, una vez considerando las características que el mismo proceso terapéutico maneja para proporcionar tanto el confort como la efectividad a la hora de intervenir al paciente, es necesario contemplar también aquellas características que el terapeuta cognitivo conductual deberá poseer para proporcionar un tratamiento adecuado; Beck (1983) describe que la presencia de la confianza, el rapport y la colaboración, son de vital importancia para mantener una apropiada relación terapéutica.

Para esto, la confianza es considerada un elemento básico, que se comprende de una serie de comportamientos que el terapeuta debe de tomar en consideración a la hora de mantener una relación terapéutica; éstos comprenden la importancia de la autonomía que presente el paciente y la necesidad que el terapeuta tenga hacia la estructuración de la terapia, es decir, éste deberá ser directivo ante las técnicas y estrategias que formulará para solucionar el problema; es conveniente que tenga el control de las sesiones, por medio del establecimiento de los límites ante las situaciones que deberá enfrentar el paciente, sin perder de vista la cordialidad que el terapeuta manifieste en la relación; así también deberá de ser objetivo y discreto ante el problema que se plantea. De esta manera, la primera parte del tratamiento suele configurarse por la iniciativa, que el terapeuta posea para dirigir el proceso hacia el objetivo; mientras que la segunda, se espera que el paciente realice más cosas por sí solo al reorganizar sus pensamientos y comportamientos.

El rapport, de acuerdo con la filosofía de Beck (1983), también viene a ser un elemento fundamental en ésta relación, pues se entiende como aquel acuerdo armonioso que consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Éste permite que el paciente perciba al terapeuta como alguien que sintoniza sus sentimientos y actitudes; que es simpático, empático y comprensivo; que le acepta con todos sus defectos; y con quien puede comunicarse sin tener que explicar detalladamente lo que siente y menos desmenuzar todo cuanto dice. De la misma manera, el terapeuta se siente más interesado por el paciente, respira con libertad en la comunicación, experimenta empatía y sabe que puede hablar espontáneamente sin temer que sus palabras sean malinterpretadas, en concreto, el paciente tiene la sensación de ser aceptado y comprendido. Además, el rapport también puede utilizarse para reforzar aquellas conductas adaptativas del paciente, es decir, se logrará mantenerlo motivado para el tratamiento y para emprender los procedimientos establecidos a lo largo de la intervención (Beck 1983).

Y la colaboración terapéutica es aquel componente en el que se pretende comprometer al paciente en una especie de alianza de cooperación terapéutica; esto facilitará el esfuerzo que tanto el terapeuta como el paciente tendrán en común, para alcanzar el objetivo terapéutico, mediante un trabajo en equipo.

Mediante esta explicación, se puede considerar que bajo estas características que presenta el modelo terapéutico Cognitivo-Conductual, se logra una intervención oportuna hacia la atención de diversos trastornos; todo parte del objetivo principal que recae en la investigación de aquellos pensamientos, sentimientos y conductas del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones. De tal manera que el terapeuta colabora activamente con el paciente en la exploración de dichas experiencias psicológicas y en la elaboración de programas de actividades y tareas que facilitarán la reestructuración y el cambio de cogniciones, así como de aquellas conductas que estén distorsionadas (Mc Kellar, Humphreys & Piette, 2004).

3.3 Técnicas Cognitivas.

Las técnicas cognitivas facilitan al paciente la oportunidad de reorganizar la estructura cognitiva, esto se logra mediante la identificación que realiza sobre sus pensamientos ilógicos, así como la comprensión de las reglas que se formulan para organizar la realidad que soportan a estas cogniciones (Beck, 1983).

Considerando la efectividad de las técnicas cognitivas, Knell (1997), en (O'Connor y Schaefer, 1997) en su manual de terapia con el modelo cognitivo conductual en la intervención a niños, retoma tres técnicas predominantes. La primera es nombrada "estrategias de cambio cognoscitivo", la cual permite que el paciente haga un ejercicio en donde se promueve la comprobación de las hipótesis bajo un corte científico o lógico, para que puedan ponerse a prueba todos aquellos pensamientos; éste ejercicio implica juzgar la evidencia, sondear las alternativas y analizar las consecuencias. Mientras que las "autoafirmaciones de enfrentamiento" consisten en aquellas afirmaciones que parten de la reestructuración cognitiva y que promueven la retroalimentación de aquellos pensamientos que refuerzan cogniciones apropiadas, bajo la lógica de la realidad. Y la "biblioterapia" facilita al paciente la oportunidad de refugiar la atención en libros de autoayuda, los cuales permiten que el propio individuo pueda cuestionar sus creencias irracionales y comience por considerar aquellas opciones alternas que faciliten la solución de sus problemas.

3.4 Técnicas Conductuales.

Estas técnicas sugieren que la atención terapéutica se centre en la conducta observable del paciente, y todas las actividades estarán dirigidas hacia el cumplimiento del objetivo terapéutico, a partir de la atención del comportamiento. Estas técnicas tienen como propósito, el lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para que se promueva una mejoría en su ejecución, lo que permite llegar a comprobar la validez de los pensamientos negativos; y cuando éstas se ven refutadas, la persona se siente motivada para realizar tareas y actividades que pueden considerarse con mayor dificultad, al grado de enfrentarse con sus propias barreras (Beck, 1983).

3.5. Principales intervenciones cognitivo - conductuales asociadas a la Diabetes Mellitus.

Es necesario para la atención de este tipo de pacientes integrar un programa dirigido a las personas que son conscientes de que están sufriendo una enfermedad o una discapacidad. Es importante diferenciar dos momentos a la

hora de enfocar el tratamiento psicológico: el momento del diagnóstico de la enfermedad o de haber sufrido el accidente, y el de la convivencia día a día con la enfermedad o disminución una vez superados los primeros tiempos de asimilación. En ambos hay una importante repercusión psicológica.

La rabia, la impotencia, la negación y la depresión suelen ser las reacciones cognitivas que tienen los afectados y sus familias debido al cambio brusco en las condiciones de vida. Proporcionar ayuda en el momento de comunicar el diagnóstico y durante estos momentos de asimilación del problema son esenciales para que el afectado pueda tener unas estrategias psicológicas que le permitan afrontar mejor la situación.

Las grandes preocupaciones y miedos sobre la evolución de la enfermedad, la autonomía personal, la carga que percibe el enfermo hacia sus cuidadores, el cambio de objetivos vitales y en algunos casos sobre la muerte, son aspectos que suelen generar una gran desesperación que puede llevar a desarrollar un trastorno psicológico del estado de ánimo o de ansiedad como más frecuentes.

La interferencia se suele manifestar en todos los ámbitos de la vida: familiar, social y laboral provocando severos cambios de rol del afectado en estos, junto con la incapacidad laboral.

Convivir el día a día con una enfermedad o discapacidad dependerá del grado de severidad o limitación de la misma. Sin embargo, la repercusión psicológica siempre estará presente en menor o mayor grado. Por ello, es importante dar un apoyo psicológico para mejorar la calidad de vida del afectado y evitar o minimizar posibles trastornos psicológicos comórbidos.

Además, la ayuda de los familiares y amigos es imprescindible para proporcionar apoyo al afectado. Por eso, muchas veces se deberá trabajar conjuntamente con ellos, dándoles información y estrategias para que entiendan mejor el proceso que está viviendo el afectado y por lo tanto, le puedan dar la atención adecuada.

Las distintas terapias de atención a este tipo de pacientes se plantean diferentes objetivos a pesar de que lo que los engloba a todos son los de favorecer la asimilación, aumentar el estado de ánimo, reducir la ansiedad y los miedos y potenciar una reinserción social, y mejorar la adherencia terapéutica, como más importantes (Oblitas, 2009).

El tratamiento deberá actuar en tres niveles: nivel fisiológico, nivel cognitivo y nivel conductual.

- *Nivel fisiológico*

Muchas veces la interferencia que provoca el problema, genera una ansiedad permanente que perjudica al afectado agravando la sintomatología de la enfermedad y potenciando el bajo estado de ánimo. Por ello, en este ámbito, se

trata principalmente de reducir el nivel de ansiedad y conseguir un nivel de activación adecuado.

Por este motivo se debe proporcionar un entrenamiento en respiración y relajación con la modalidad que más se adecue al paciente:

- relajación progresiva
- relajación autógena
- relajación a través de la imaginación
- técnicas de inervación vagal
- entrenamiento en respiración controlada.

• *Nivel cognitivo*

La asimilación de la enfermedad y el convivir día a día con las limitaciones generan unos pensamientos negativos que son el objetivo a perseguir en el nivel cognitivo. Estos pensamientos negativos van dirigidos a la pérdida de esperanza, al miedo al rechazo y a la pérdida de autoestima, entre otros (Macia, 1997).

Las técnicas más utilizadas son las siguientes:

- a) Descarga emocional
- b) Identificación de pensamientos negativos y reestructuración cognitiva de los mismos.
- c) Resolución de problemas ante la nueva situación y las nuevas condiciones físicas.
- d) Utilización de la imaginación y la simulación para cambiar pensamientos, adquirir estrategias y adaptarse a la situación.
- e) Técnicas específicas para mejorar la autoestima.
- f) En caso necesario, utilización de técnicas específicas para trabajar las preocupaciones: parada del pensamiento y tiempo limitado dedicado a las preocupaciones.
- g) Entrenamiento en adquirir nuevas estrategias psicológicas para hacer frente a la situación.
- h) Además, se le proporciona información sobre su enfermedad y pronóstico una vez acordada con el médico.
- i) Afrontamiento ante la muerte si la enfermedad es degenerativa y el paciente presenta miedos y ansiedades.

• *Nivel conductual*

El estado de ánimo será un aspecto primordial a tener en cuenta en todas las fases. Para mantener un buen estado de ánimo es necesario tener una vida relativamente activa, por lo que se acuerda con el paciente una planificación del tiempo adaptada a sus circunstancias que incluya diversas actividades gratificantes especialmente a nivel social pero también a nivel individual.

Lo que más destacamos es trabajar favoreciendo nuevas estrategias para potenciar la autonomía del paciente además de las habilidades sociales que se pueden ver deterioradas ante el posible cambio en las condiciones físicas. Por ello, las simulaciones de situaciones ansiógenas y la exposición progresiva a éstas son esenciales para mejorar la autonomía personal (Macia, 1997).

Una de las intervenciones recomendadas en el tratamiento de la diabetes mellitus que puede cubrir las expectativas antes mencionadas es la terapia cognitivo-conductual (TCC).

Situación problema	¿Qué Pensé?	¿Qué sentí?	¿Cómo reacciono mi cuerpo?	¿Qué hice? (conductas)
Fui el médico y me diagnosticaron diabetes	<ul style="list-style-type: none"> •Es una maldición •Es un castigo •La vida ya no vale nada •Me voy a quedar sin dinero. 	Enojo Tristeza Miedo	Dolor de cabeza Malestar general	Discutí Llore Fume Dormí

(INP, Instituto Nacional de Pediatría, 2007).

3.5.1 ¿Cómo funciona la terapia cognitivo conductual?

La TCC puede ayudar a entender problemas complejos desglosándose en partes más pequeñas. Esto ayuda al paciente a ver cómo estas partes están

conectadas entre sí y como le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil.

De ella pueden derivarse Pensamientos, Emociones, Sensaciones físicas y Comportamientos, cada uno de los cuales puede afectar a los demás. Sus pensamientos sobre un problema pueden afectar como se siente física y emocionalmente la persona. También puede afectar alterando la reacción al respecto (Timms, 2007).

Un ejemplo

Hay diferentes maneras de reaccionar ante la mayoría de las situaciones, dependiendo de cómo se piensa acerca de ellas:

Si combinamos dos posibilidades de pensamientos ante el mismo problema:

Situación: “fui al médico y me diagnosticaron diabetes”

	Perjudicial	Correcto
Pensamiento	Voy a morir, ya nada tiene caso, dejare sola a mi familia, no tengo dinero para tratarme.	Tengo que cambiar mis hábitos y cuidarme más de ahora en adelante. Buscare información para saber cómo tratarme.
Sentimiento	Tristeza, ira, frustración, enojo, miedo.	Preocupación
Reacción física	Sueño, dolor de cabeza, malestar, cansancio,	Ninguna
Conducta	Dormir, no querer comer, decaimiento, depresión, angustia.	Busca alternativas de tratamiento e información para controlar su padecimiento.

(INP, 2007).

La misma situación, dependiendo de cómo se piensa en ella, ha dado lugar a dos resultados muy diferentes. Su forma de pensar ha afectado cómo se ha sentido y lo que ha hecho.

Esta es una manera simplificada de entender lo que sucede. Toda la secuencia, y parte de ella, puede también esquematizarse así:



(TIMMS, 2007).

Este "círculo vicioso" puede hacer que la persona se sienta mal. Puede incluso crear nuevas situaciones que le hagan sentirse peor. Puede empezar a creer cosas poco realistas (y desagradables) sobre sí mismo/a. Esto sucede porque, cuando estamos angustiados, tenemos más probabilidades de llegar a conclusiones y de interpretar las cosas de manera extrema y negativa.

La TCC puede ayudar a romper este círculo vicioso de pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. Cuando se ven las partes de la secuencia con claridad, pueden cambiarse y así cambiar la forma cómo se siente. La TCC tiene por objeto que el paciente llegue a un punto donde pueda "hacerlo el mismo" y elaborar sus propias maneras de afrontar estos problemas (Timms, 2007).

4.- DESCRIPCIÓN BREVE DE LAS BASES DE ESTE TRABAJO PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN UNIDADES MEDICAS DE PRIMERA ATENCIÓN (Enfoque Cognitivo-Conductual).

Todo programa psicoterapéutico debe iniciar con actividades de psicoeducación basadas en este caso en el programa de manejo de la Diabetes mellitus.

Dicho programa deberá cubrir con los siguientes puntos:

- Implementación de una clínica donde se capacite al personal médico que trabajara de manera directa con el paciente diagnosticado como diabético, donde se dotara de herramientas necesarias al profesional de la salud para orientar la atención hacia la calidez, la dedicación del tiempo necesario para la consulta, la calidad de la atención y la importancia de la relación médico-paciente para un buen apego a las indicaciones terapéuticas (Robles, 2003).
- Clasificación de los pacientes de acuerdo a la historia clínica y los resultados de laboratorio, en primer lugar en pacientes con Diabetes Tipo I y tipo II, misma que se realizara en la consulta externa, y en segundo lugar en candidatos para una atención psicológica de manera grupal o individual (CENAPRECE, 2° Edición).
- Una vez recibida la atención médica y realizado el diagnóstico, se le dotará en caso de ser necesario al paciente de un tratamiento farmacológico, y se integrara al tratamiento psicológico ya sea individual o grupal como parte de su seguimiento.
- El paciente deberá ser dotado de la información necesaria para el conocimiento de su enfermedad, misma que será proporcionada mediante un programa de educación para la salud. Dicha capacitación podrá ser otorgada al paciente de manera semanal a través de sesiones con diferentes temáticas relacionadas con su padecimiento, así como la enseñanza de técnicas de relajación, manejo de la ansiedad, ejercicio físico, información nutricional, principalmente (SSA, 2005).
- Para la atención psicológica ya sea grupal o individual, asociada al programa educativo, se realizará una intervención psicoterapéutica basada en el enfoque cognitivo –conductual, (Sánchez, 2004), destinada al manejo y la atención integral del paciente, considerando aquí los aspectos psicológicos del paciente diabético, teniendo en cuenta fundamentalmente las emociones, la forma de percibir su padecimiento, los pensamientos en torno a su situación y el comportamiento ante su enfermedad.

- Previo a la intervención psicoterapéutica se deberá realizar la evaluación de los aspectos cognitivos y conductuales a través de algunas escalas e instrumentos psicológicos para la identificación de los estados de ansiedad, estrés, depresión, creencias, ideas y actitudes (Caballo, 2006). Posteriormente se llevara a cabo una selección de los pacientes que requieren atención individual y los que pueden participar en psicoterapia de grupo.
- Principalmente se seleccionará a los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, así como aquellos con una deficiente adherencia al tratamiento farmacológico.

Las técnicas psicológicas que serán utilizadas son:

- La reestructuración cognitiva
- El dialogo socrático y el debate
- La autoverbalizacion positiva
- La relajación progresiva
- El autocontrol
- El automonitoreo

Reestructuración cognitiva.

Consiste en ayudar al paciente a tomar consciencia de que sus autoafirmaciones respecto de sí mismo en ocasiones son erróneas; por tanto, el paciente aprende a modificar y a cambiar sus creencias básicas, sus expectativas y las formas erradas de interpretar sus capacidades y desempeño.

La reestructuración cognitiva permite que el paciente pueda modificar algunas creencias equivocadas, ante las que se buscan nuevas explicaciones para que las sustituyan. En lo referente a las autoafirmaciones negativas se utiliza el debate (Kendal en Robles, 2003).

Debate.

La técnica del debate o cuestionamiento tiene como propósito enseñar al paciente a utilizar el método científico para el análisis de su pensamiento irracional una vez que ha diferenciado las ideas racionales de las irracionales. Lo esencial del debate es cuestionar las ideas irracionales (Robles, 2003).

Por este medio se analiza el sistema de creencias irracionales del paciente y puede ser de naturaleza cognitiva, conductual o mediante la imaginación. En el debate o cuestionamiento se enseña a los pacientes a enfrentar sus filosofías irracionales y se les pide que examinen parte por parte de sus ideas, para que vean si tienen sentido y si son útiles. El cuestionamiento es un proceso lógico y

empírico que ayuda al paciente a detenerse y pensar, y su objetivo básico es brindarle herramientas para internalizar una nueva filosofía.

El debate se compone de dos estrategias básicas de ayuda al paciente: 1) que examine y cuestione la forma de pensar que tiene en ese momento, y 2) que desarrolle nuevo y más funcionales modos de pensar (Lega *et al.* en Robles, 2003).

Dialogo socrático.

Como técnica cognitiva, el dialogo socrático se utiliza para perseguir dos objetivos principales: la toma de conciencia de la naturaleza de los esquemas y el distanciamiento crítico de las convivencias problemáticas (Gavino, 2002).

La Relajación progresiva.

El entrenamiento en relajación muscular progresiva es una técnica que enseña al paciente a relajar de manera progresiva y pausada todos los músculos de su cuerpo. En la relajación se utiliza la inducción a través de tensar y relajar paulatinamente y de manera sistemática cada uno de los músculos del cuerpo hasta llegar a un momento de relajación total. El entrenamiento es útil para disminuir la ansiedad (Gavino, 2002).

Autocontrol.

Es una técnica conductual que brinda al paciente la posibilidad de registrar de manera detallada una conducta o una serie de conductas específicas, y el solo hecho de registrar el propio comportamiento es reactivo en la medida que produce cambios en la frecuencia del mismo (Jenicke1990). Así el individuo va recopilando información acerca de sus propios actos; estos datos pueden informar sobre el mismo acto que está siendo observado.

Las técnicas de autocontrol y autorregistro son métodos de autorregulación originados en los estudios de Kanfer en la década de los 60's; son modelos de autorregulación que incluyen: automonitoreo, autoevaluación y autorreforzamiento.

Automonitoreo.

Es el registro sistemático de las observaciones que el paciente hace de su propio comportamiento (Jenicke, 1990). Requiere de un esfuerzo diario del paciente para lograr un registro de su comportamiento significativo para que pueda ser evaluado en la terapia.

5.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Taller “Intervención Cognitivo- conductual del paciente diabético”

5.1 Justificación.

El reciente desarrollo de la psicología de la salud propone alternativas de atención que ayudan al paciente a conocer las diversas formas en que puede hacerse cargo de una buena parte del control de su enfermedad, básicamente mediante un entrenamiento psicológico. En primera instancia, se busca que el paciente supere el sentimiento de pérdida de su salud que, con mucha frecuencia, hace que decaiga el estado afectivo del sujeto, produciendo una serie de cambios fisiológicos bien definidos que agravan la enfermedad.

Se ha podido observar a lo largo de la historia un concepto de salud siempre de la mano con el de enfermedad en un concepto dicotómico y su opuesto; sin embargo su definición en la forma de proceso ha dado lugar a la postulación de que los dos fenómenos deben entenderse como parte de uno mismo, existiendo entre ambos un punto intermedio; es decir: una persona puede o no estar enferma del todo, aunque con determinado riesgo de enfermarse (Arita, 2006).

Esta forma de concebir a la salud y la enfermedad como continuo es consecuencia de la transformación que han sufrido esos fenómenos en las últimas décadas, en las que las enfermedades infecciosas han disminuido mientras se nota el incremento de padecimientos crónicos como el caso de la diabetes mellitus.

La investigación de los procesos salud enfermedad se ha situado en los estilos de vida, enfocándose en como la persona percibe, define y actúa con relación a la presencia de síntomas; asimismo, cómo se comporta para preservar la salud o al adoptar determinados riesgos (Sheridan & Radmacher, 1995).

Dentro de este contexto, al ubicar al diabético se puede decir que las condiciones de vida influyen en la cotidianidad de la persona y posiblemente en la prevalencia de la diabetes mellitus pues aunque ésta es consecuencia de la interacción de diversos factores tanto genéticos como ambientales, los estilos de vida en algunos de sus componentes (como la alimentación y la actividad física, entre otros) se ha demostrado que se asocian tanto a la aparición y el curso clínico como a su eventual control (López *et al.*, 2003).

En lo que concierne a las apreciaciones cognoscitivo-afectivas y creencias de las personas diabéticas, diferentes autores vistos a lo largo de este trabajo han encontrado que el nivel educativo bajo de los pacientes con diabetes correlaciona significativamente con la falta de apego al tratamiento.

De la misma forma dentro del proceso de apego al tratamiento, los pacientes transitan por diversos periodos de tensión emocional, con serias repercusiones

personales y sociales. Los procesos crónicos de una enfermedad requieren de adaptaciones constantes a los nuevos requerimientos en la búsqueda de mantener o recuperar la salud; se trata de procesos para toda la vida y que por lo tanto su adaptación y aceptación no es fácil provocándose así un constante incremento de su nivel de estrés cotidiano.

En este trabajo se han mencionado bases fundamentales en el control de la diabetes: la educación y el automanejo. Controlar este padecimiento requiere de conductas de autocuidado que modifiquen sustancialmente las conductas cotidianas establecidas a lo largo de la vida del paciente y al ser tomadas como “obligatorias” y no en pocas ocasiones difíciles de acatar; son factores causantes de un constante estrés que con el tiempo también se vuelve crónico, propiciando otras alteraciones a la salud, donde se combina el propio proceso de la enfermedad y la respuesta a ésta, con un incremento de la ansiedad y depresión. Todo esto se traduce en un círculo vicioso, pues la depresión ha sido catalogada como el *vendaval moderno de la infelicidad* (por ser la mayor causa de discapacidad en el mundo, medida en términos de años vividos con una condición causante de discapacidad) (Saguardi, Guallar, Garcia, Banegas & Rodríguez, 2005), provocada por la propia enfermedad que a su vez va generando mayor desadaptación en las personas con diabetes.

En términos generales las personas con diabetes experimentan una importante disminución en su calidad de vida y en consecuencia cambios importantes en su identidad, que le generan incertidumbre sobre el futuro y una pérdida del sentido de control de su vida, de su autonomía y de su capacidad de tomar decisiones, lo cual hace de suma importancia el valorar la percepción que tienen sobre su propia enfermedad así como sus capacidades de afrontamiento de la misma y la satisfacción que obtienen de esto.

Por lo tanto, con este trabajo se plantea la inclusión en el programa de capacitación al personal de atención del paciente diabético, de los instrumentos, herramientas y conocimientos necesarios para reconocer, medir y ampliar las capacidades y habilidades del diabético para adaptarse a su vida como enfermo crónico, tras ser puestas en acción por el paciente procesos evaluativos y de autocontrol, con los que sus creencias de capacidad de automanejo y afrontamiento de la enfermedad, repercutan en la salud física, psicológica y social del paciente; en síntesis, en su bienestar personal y mejoramiento de su salud.

5.2 Objetivos.

Generales.

Al final del taller de capacitación, el participante (en este caso profesional de la salud con conocimientos previos de Diabetes Mellitus, mismo que se encargara de la atención al grupo de pacientes diabéticos previamente establecido por cada unidad de salud), conocerá las herramientas así como los principios básicos necesarios para la identificación, medición y evaluación del nivel de capacidad de afrontamiento de la enfermedad en el paciente diabético, así como los principios básicos del proceso psicológico en el enfermo crónico, identificando presencia de interferencias para la correcta adherencia como (baja autoestima, estrés, depresión, ansiedad, entre otros) y, las estrategias y técnicas psicologicas de afrontamiento utilizadas en la atención terapéutica con fundamento cognitivo-conductual como: relajación y aumento de habilidades para el automanejo.

Específicos.

1.- Tras la participación en el taller “intervención cognitivo- conductual del paciente diabético”, el profesional de salud identificará los factores psicológicos que influyen en el apego al tratamiento y la calidad de vida del paciente diabético.

2.- Tras la participación en el taller “intervención cognitivo- conductual del paciente diabético”, el participante conocerá e interpretará los instrumentos de evaluación de algunas de las áreas psicologicas implicadas en la D.M. y habilidades de afrontamiento de la enfermedad del paciente diabético.

3.- Tras la participación en el taller “intervención cognitivo- conductual del paciente diabético”, el profesional de salud aplicará algunas técnicas básicas de tratamiento cognitivo- conductual para la dotación de habilidades al paciente y practicará las técnicas básicas de relajación.

Organización de sesiones.

Sesión	No. Uno y Dos
Actividad	Exposición del tema psicología y diabetes; principios básicos e influencia en la adherencia terapéutica y, ventajas de la terapia cognitivo - conductual en el paciente diabético.
Procedimiento	Se realizará una exposición de forma verbal con apoyo de material audiovisual sobre la temática.
Materiales	Aula, sillas, Material audiovisual, proyector, pizarrón, computadora.
Tiempo	Max. De dos hrs. por sesión.
Forma de evaluación	Aplicación al término de la sesión, de cuestionario de 10 reactivos de opción múltiple para la evaluación del aprendizaje adquirido.
Instructor.	Psicólogo clínico con conocimientos de la psicología en enfermos crónicos.

Sesión	No. Tres y cuatro.
Actividad	Introducción a la psicometría de la diabetes. Reconocimiento de las pruebas de evaluación de estrés,(Inventario de síntomas de estrés; Dominguez,1993); depresión, (escala de depresión de Beck; EDB, y, escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos; CES-D); ansiedad,(Inventario de ansiedad de Beck; BAI); calidad de vida,(Medida de la calidad de vida para diabetes; DQOL) ;actividades y creencias,(Escala de actividades y creencias ; ABT); escala de creencias de capacidad (Herrán y Arita, 2003) y ; la escala de bienestar personal (Banks, Clegg, Jackson y Kemp, 1980).
Procedimiento	Se realizara la capacitación de forma verbal y con apoyo de material audiovisual, dotando de los inventarios impresos para su reconocimiento.
Materiales	Aula, sillas, Proyector, computadora, pizarrón, formatos de los inventarios.

Tiempo	Dos a tres hrs por sesión.
Forma de evaluación	Aplicación al término de la sesión, de cuestionario de 10 reactivos de opción múltiple para la evaluación del aprendizaje adquirido.
Instructor.	Psicólogo clínico con dominio del tema.

Sesión	No. Cinco, seis y siete
Actividad	1.-Exposición de la temática tratamiento psicológico de enfoque cognitivo – conductual para enfermos crónico – degenerativos. Principios básicos y estrategias psicológicas. 2.-Reconocimiento de técnicas conductivo – conductuales para el control de estrés, manejo de ansiedad, mejoramiento de autoestima, dotación de capacidad de afrontamiento, mejoramiento de la calidad de vida, etc., y técnicas básicas de relajación.
Procedimiento	Se realizara la exposición verbal y audiovisual de la temática y se realizara la práctica de algunas técnicas básicas de relajación.
Materiales	Aula, sillas, proyector, pizarrón, computadora, grabadora, música.
Tiempo	Dos hrs por sesión.
Forma de evaluación	Aplicación al término de la sesión, de cuestionario de 10 reactivos de opción múltiple para la evaluación del aprendizaje adquirido.
Instructor.	Psicólogo clínico especializado en el tema.

Sesión	No. Ocho.
Actividad	1.-Se reconocerá, analizará y aprenderá el manejo del formato de automonitoreo para el paciente diabético. 2.- Se repasarán las técnicas de relajación.
Procedimiento	Se presentará el formato de automonitoreo diario del paciente diabético y se explicará su utilización y evaluación.
Materiales	Aula, sillas, proyector, computadora, pizarrón, formatos de automonitoreo.
Tiempo	Dos hrs.
Forma de evaluación	Aplicación al término de la sesión, de cuestionario de 10 reactivos de opción múltiple para la evaluación del aprendizaje adquirido.
Instructor.	Psicólogo especializado en el tema.

CONCLUSIONES.

En México, la diabetes ocupa el primer lugar entre las principales causas de mortalidad y muestra un incremento de alrededor de 60 mil muertes y 400 mil casos nuevos al año. Los factores de riesgo que inciden en la distribución y frecuencia de la diabetes y sus complicaciones son bien conocidos; a pesar de que México cuenta con un programa de acción de prevención y control, aún existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz de este padecimiento.

La OMS considera que la educación sanitaria es la parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y la única eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones.

Educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarios para afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su control, sin afectar su autoestima y bienestar general.

Los programas educativos se definen con frecuencia como intervenciones complejas en las que a menudo es difícil definir el "ingrediente activo". El hecho de que un programa demuestre ser efectivo puede deberse a cualquier modelo teórico de combinación, en el que se utilicen las habilidades del educador, el lugar de reunión, la relación de comunicación de los participantes y demás elementos.

Es necesario desarrollar estrategias educativas que expliquen en qué consiste la diabetes y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo, con el propósito de incorporar la educación como parte de la prevención, tratamiento y control de esta enfermedad; sin embargo, es evidente que las estrategias utilizadas en la mayor parte de los casos no han sido las idóneas, debido posiblemente a que se fomenta la pasividad en el paciente-alumno y lo coloca como receptor y consumidor de información, la cual es usada de manera cotidiana por el servicio de trabajo social en los grupos de ayuda mutua para la educación de los pacientes con diabetes.

La educación participativa involucra al paciente como generador de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica, con lo que se logra un efecto en la toma de decisiones sobre hábitos y estilos de vida saludables y, como consecuencia, en el control de la enfermedad.

Si bien es cierto que el programa institucional desarrollado en los módulos de diabetes de las instituciones de salud pública cobra mayor fuerza con el tiempo, también es cierto que la participación del psicólogo en la coordinación de estos es mínima lo que impide una visión más completa del abordaje de dicho padecimiento lo cual aportaría herramientas no solo para el paciente sino para todo el personal de salud involucrado en el manejo de dichas clínicas.

Por esto y todo lo que fue expuesto a lo largo de este trabajo se puede concluir la necesidad de incluir en todo plan de atención al paciente diabético los siguientes puntos:

En cuanto a la educación.

Para que los avances médicos en el terreno de la diabetes se traduzcan en resultados positivos visibles es necesario un requisito indispensable: el tratamiento ha de cumplirse. Sin embargo, y tras revisar el modo de comportamiento del paciente diabético ante su enfermedad se puede concluir que, en un alto porcentaje, carecen de habilidades para un manejo efectivo del tratamiento o, aun cuando lo poseen, no lo realizan de forma apropiada.

Una persona con diabetes que adquiere los conocimientos y educación diabeto- lógica necesaria, genera habilidades que le permiten evitar la aparición de complicaciones tanto agudas como crónicas.

En cuanto a la evaluación conductual.

En la mayoría de los pacientes que han sido diagnosticados como diabéticos se observa un impacto emocional y conductual por dos razones, primero por tener que asumir una enfermedad que durará toda la vida y segundo por tener que modificar su repertorio comportamental con el propósito de sobrellevar saludablemente todas las situaciones que se le presenten.

Por lo anterior cada día en el ejercicio psicológico se llevan a cabo procesos de intervención en estos pacientes teniendo en cuenta la previa observación y evaluación de las esferas emocional, conductual y cognitiva; gracias a este procedimiento se establece una línea base que comprende las variables individuales que podrían generar barreras y/o servir como fortalezas frente al tratamiento médico.

Después de abordar las esferas mencionadas anteriormente, es necesario evaluar otros aspectos importantes para el diseño posterior de las estrategias de intervención, estos son:

1.-Evaluación de habilidades de autocuidado.

Con esta evaluación se determina que tan habilitado se encuentra el paciente para llevar a cabo las indicaciones de autocuidado como: mantener una dieta, inyectarse la insulina y analizar sus niveles de glucosa diariamente.

2.-Evaluación de adherencia al tratamiento.

Permite evaluar las dimensiones de adherencia que mantiene el paciente como frecuencia, duración e intensidad así como la distribución del tiempo respecto a conductas como la dieta, la administración de hipoglucemiantes y el ejercicio para establecer cuales se encuentran en óptimo estado para proporcionar la adquisición de habilidades en el paciente. Esto con la finalidad

de identificar las barreras y dotar de herramientas para mejora progresiva de la adherencia.

3.- Evaluación de situaciones estresantes en la diabetes.

A través de esta evaluación se determina cuáles son las situaciones que generan estrés en los pacientes (el inyectarse diariamente, el cumplir con su dieta o analizar su glucosa en sangre) y que por lo mismo suelen evitar trayendo como consecuencia problemas en su salud. Al ser determinadas las situaciones estresantes se puede entrenar al paciente en habilidades para el manejo del estrés.

4.- Intervención para la adquisición de habilidades y afrontamiento del estrés.

Este punto es necesario para mejorar la adquisición en el repertorio comportamental del paciente ubicando y mejorando sus habilidades que le permitan afrontar situaciones de estrés que influyan en el control de su enfermedad. De esta manera el paciente en su cotidianidad o personalidad podrá desestabilizar el estrés sobre el control de su diabetes y mejorar así su adherencia. Esto se lograra con el aprendizaje de técnicas como: inoculación de estrés, relajación en biofeedback y el entrenamiento en habilidades sociales. Todo encaminado a un tratamiento cognitivo conductual.

Comentarios finales.

Se puede observar que es muy importante la inclusión de las herramientas psicologicas en el tratamiento de todo paciente diabético aunque también es cierto que en el sistema nacional de salud pública de nuestro país no se cuenta con una plantilla suficiente de personal del área de psicología que pueda hacer frente a dicha necesidad, por lo que en este trabajo se sugiere la elaboración de talleres de capacitación en herramientas psicologicas de enfoque cognitivo-conductual, para el personal multidisciplinario que dirige los grupos de ayuda y los clubs de diabéticos del sector salud, con la finalidad de dotar de conocimientos a dicho personal sobre los pensamientos, sentimientos y reacciones del paciente ante la enfermedad y por consiguiente el manejo de técnicas de afrontamiento que realcen la eficacia del tratamiento y aumenten la adherencia al mismo, lo cual es, y ha sido el objetivo principal de dichos grupos de atención a la salud.

A pesar de la asociación entre las alteraciones psiquiátricas y los rasgos de personalidad con el padecimiento de complicaciones crónicas en el paciente con diabetes mellitus y la evidente implicación de estos trastornos sobre la adhesión al tratamiento, la adaptación de los pacientes a nuevos estilos de vida son difíciles. En la actualidad, los estudios en el ámbito de la

psiconeuroendocrinología son escasos y el tratamiento psicológico es muy esporádico por lo que se plantea la importante necesidad de ampliar este campo de investigación para así poder brindarle al paciente la atención requerida desde el punto de vista de la multidisciplinariedad.

Diseño de contenido de los talleres.

Tema 1.

Psicología y diabetes.

Impacto psicológico de la diabetes

El diagnóstico inicial de diabetes puede tener un impacto significativo emocional en la persona que lo recibe, y su reacción muchas veces se va a ver afectada por múltiples variables como su personalidad, cómo se presenta la información, el historial familiar de diabetes y mitos o información contradictoria que tiene la persona acerca de la diabetes (Edelwich & Brodsky, 1998, en Jiménez y Dávila 2007) Las reacciones iniciales también tienden a diferir según el tipo de diabetes.

Las personas con DMT1 por lo general son diagnosticadas por una crisis médica (ej. cetoacidosis), lo cual tiene un impacto significativo en términos de la percepción de su salud y la urgencia con que se tiene que comenzar el tratamiento. La DMT2 por lo general se diagnostica en visitas al médico rutinarias, o por quejas somáticas (ej. cansancio, visión borrosa), y la percepción del paciente sobre la seriedad del diagnóstico puede ser menor por la menor severidad de los síntomas y el tratamiento menos invasivo (ej. inyecciones de insulina vs. medicamentos).

Por ende, la forma en que los/as profesionales de la salud comunican el diagnóstico de diabetes va a ser bien importante, tanto para facilitar la aceptación del paciente como para minimizar el riesgo de que el paciente active mecanismos de defensa como la negación o la minimización de la seriedad del diagnóstico.

Se ha comprobado y ya es de conocimiento popular que el estrés interfiere con el aprendizaje. Por dicha razón, es importante ayudar al/la paciente a manejar adecuadamente el impacto emocional del diagnóstico, con el fin de poder comenzar con la educación en diabetes que va a requerir el/la paciente para manejar su condición.

Se estima que más del 95% del cuidado de la diabetes es responsabilidad del paciente, ya que constantemente a lo largo de un día el/la paciente debe realizar tareas de autocuidado y/o tomar decisiones relevantes con respecto a la enfermedad. Este nivel de intensidad de tratamiento ha llevado a muchos/as investigadores/as a cuestionarse cuál es el impacto psicológico de la diabetes en la persona que la padece y cómo se afecta la calidad de vida.

Algunos de los factores que podrían tener un impacto psicológico y afectar la calidad de vida del paciente de diabetes son: la complejidad e intensidad de las tareas de autocuidado, la interferencia de las mismas en la vida cotidiana, el miedo a las complicaciones y los síntomas de hiperglucemia (ej. cansancio, letargo, sed) e hipoglucemia (ej. mareo, taquicardia, irritabilidad, temblor), que pueden afectar el funcionamiento psicosocial y ocupacional (Rubin, 2000 en Jiménez y Dávila 2007).

La **quemazón** es un término que usa Polonsky (1999) en su libro para explicar algunas características en común que pueden presentar los/as pacientes de diabetes cuando se sienten abrumadas o sobrecargadas por la diabetes y por la frustración de la carga del autocuidado, y que pueden comenzar a interferir con el cuidado y el control de la enfermedad.

Algunas de las características más comunes de quemazón en un paciente de diabetes son: preocuparse de que no se está cuidando lo suficientemente bien, reconocer que el cuidado es importante para su salud, pero no tener la motivación para hacerlo, dejar algunos aspectos del cuidado (ej. se monitorea menos, no asiste a citas regulares con el médico, descuida la dieta), sentirse con coraje y frustración hacia la diabetes, sentir que la diabetes está controlando su vida y decirse a sí mismo/a que el manejo no es tan importante o que no va a hacer diferencia en el futuro.

Por esto el apoyo psicológico al/la paciente de diabetes a lo largo de su enfermedad es importante para prevenir y/o minimizar el impacto que puede generar la quemazón en su salud y bienestar.

En la actualidad, las expectativas en cuanto a tareas de autocuidado y educación en diabetes aumentan para los/as pacientes, y a su vez, este tratamiento intensivo requiere que los/as profesionales de la salud inviertan mayor tiempo y esfuerzo en educar y ofrecer seguimiento al/la paciente.

De igual forma, el modelo de cuidado de la diabetes ha cambiado a ser uno más enfocado en el apoderamiento del paciente y menos basado en el modelo médico tradicional donde el doctor receta y el paciente cumple con el tratamiento (Anderson et ál., 2000). Este cambio en el modelo de tratamiento responde a hallazgos de investigaciones y de la experiencia clínica de los/as profesionales de la salud que trabajan con personas con diabetes.

La psicología a lo largo del tiempo y el trabajo con pacientes diabéticos a aportado diversas estrategias o modelos de intervención en la búsqueda de un mejoramiento en la calidad de vida del paciente. La mayoría de las intervenciones descritas tienen un impacto en múltiples variables como: el automanejo, el apoderamiento, el control glucémico, la calidad de vida, la autoeficacia, las destrezas de afrontamiento, el manejo del estrés, el bienestar emocional y los desórdenes psicológicos como la depresión y la ansiedad.

EDUCACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES EN EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES

Para que los avances médicos en el terreno de la diabetes se traduzcan en resultados positivos visibles es necesario un requisito indispensable: el tratamiento ha de ser cumplido, esto se traduce en una estricta adherencia al tratamiento. Sin embargo, y tras revisar el modo de comportamiento del paciente diabético ante su enfermedad se puede concluir que, en un alto

porcentaje, carecen de habilidades para un manejo efectivo del tratamiento o, aun cuando lo poseen, no lo realizan de forma apropiada.

Una persona con diabetes que adquiere los conocimientos y educación diabetológica necesaria, genera habilidades que le permiten evitar la aparición de complicaciones tanto agudas como crónicas.

Por lo anterior cada día en el ejercicio psicológico se llevan a cabo procesos de intervención en estos pacientes teniendo en cuenta la previa observación y evaluación de las esferas emocional, conductual y cognitiva; gracias a este procedimiento se establece una línea base que comprende las variables individuales que podrían generar barreras y/o servir como fortalezas frente al tratamiento médico y en consecuencia mejorar o intervenir en la adecuada adherencia terapéutica.

Después de abordar las esferas mencionadas anteriormente, es necesario evaluar 4 aspectos importantes para el diseño posterior de las estrategias de intervención, estos son:

Evaluación de habilidades de autocuidado. Con esta evaluación se determina que tan habilitado se encuentra el paciente para mantener una dieta, inyectarse la insulina y analizar sus niveles de glucosa diariamente.

Evaluación de adherencia al tratamiento. Permite establecer que conductas frente a la dieta, medicación y ejercicio necesitan reforzamiento.

Evaluación de barreras de adherencia.

Evaluación de situaciones estresantes en la diabetes.

TEMA 2

Introducción a la psicometría de la diabetes.

La diabetes es una enfermedad que tiene su origen en una alteración orgánica, sin embargo, y dada la complejidad de la naturaleza humana, existen variables de orden psicológico que intervienen en el desarrollo de la enfermedad, estas dependen de las características y habilidades comportamentales de los pacientes para afrontar la enfermedad. Dado lo anterior es importante educar al paciente para que sea capaz de asumir de forma adaptativa y eficaz el tratamiento con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Las estrategias de intervención se construyen a partir de la educación y evaluación de las esferas conductual, cognitiva y emocional del paciente, así mismo, de las habilidades de autocuidado, adherencia al tratamiento y recursos de afrontamiento frente al estrés; con el fin de diseñar propuestas ideográficas de intervención en dichos pacientes.

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección,

(Se puntuará 0-1-2-3).

1).

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
Me siento culpable constantemente.

6)

No creo que esté siendo castigado.
Me siento como si fuese a ser castigado.
Espero ser castigado.
Siento que estoy siendo castigado.

7)

No estoy decepcionado de mí mismo.
Estoy decepcionado de mí mismo.
Me da vergüenza de mí mismo.
Me detesto.

8)

No me considero peor que cualquier otro.
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
Continuamente me culpo por mis faltas.

9)

Me culpo por todo lo malo que sucede.
No tengo ningún pensamiento de suicidio.
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
Desearía suicidarme.
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

No lloro más de lo que solía llorar.
Ahora lloro más que antes.
Lloro continuamente.
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13).

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16).

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19).

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz

de pensar en cualquier cosa.

21).

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10.....	Estos altibajos son considerados normales.
11-16.....	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20.....	Estados de depresión intermitentes.
21-30.....	Depresión moderada.
31-40.....	Depresión grave.
+ 40.....	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES- D) es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana. La CES-D ha demostrado ser una herramienta útil y económica en formato auto aplicable en virtud de que no requiere personal especializado para su calificación y es auto aplicable. Reconocida la importancia de la depresión, el interés por su investigación ha sido consistente en México durante las últimas décadas y la CES-D ha sido uno de los instrumentos más empleados.

El CES–D consta de 20 reactivos, que describen manifestaciones sintomáticas depresivas. Se pregunta al entrevistado cuántos días en la última semana ha presentado esos síntomas, teniendo como opciones de respuesta ningún día, de uno a tres días, de cuatro a seis días o todos los días. Las respuestas se califican como 0, 1, 2 o 3, respectivamente, y se suman para obtener la puntuación total en el instrumento, donde una mayor puntuación indica mayor gravedad de los síntomas depresivos (rango teórico de la puntuación de 0 a 60). Cuatro de los reactivos están planteados en dirección inversa, esto es, se refieren a condiciones de afecto positivo. Estos reactivos se califican de manera inversa, de manera que la interpretación de la puntuación sea la misma que para los demás. Además de la puntuación total, puede utilizarse como indicador de síntomas depresivos clínicamente significativos el punto de corte de 16.

Anexo
VERSIÓN REVISADA DE LA CES-D-R

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe durante cuántos días en la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi diario en las últimas dos semanas

Durante cuántos días...	En la semana pasada			Últimas dos semanas	
	Escasamente (0 a 1 días)	Algo (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi diario (10 a 14 días)
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que me movía muy lento	0	1	2	3	4
13. Me sentía agitado(a)	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4
16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente	0	1	2	3	4
23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
27. Me sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4
29. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Disfruté de la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Me divertí mucho	0	1	2	3	4
34. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI).

Es un cuestionario auto aplicable, compuesto por 21 ítems que describen diversos síntomas de ansiedad. Los pacientes responden a cada una de las cuestiones en una escala que va de "nada en absoluto" a "gravemente, casi no podía soportarlo". El BAI discrimina adecuadamente entre grupos de pacientes con y sin trastorno de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas.

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–21 - Ansiedad muy baja

22–35 - Ansiedad moderada

Más de 36 - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

INDICACIONES.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario de Ansiedad de Beck

Responda este cuestionario considerando sus dificultades actuales. Considere como referencia las dificultades que ha tenido este último mes.

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–21 - Ansiedad muy baja

22–35 - Ansiedad moderada

más de 36 - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

No, en absoluto

Leve

Moderado

Bastante

Cuestionario

1. Torpe o entumecido
2. Acalorado
3. Con temblor en las piernas
4. Incapaz de relajarse
5. Con temor a que ocurra lo peor
6. Mareado, o que se le va la cabeza
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados
8. Inestable
9. Atemorizado o asustado
10. Nervioso
11. Con sensación de bloqueo
12. Con temblores en las manos
13. Inquieto, inseguro
14. Con miedo a perder el control
15. Con sensación de ahogo
16. Con temor a morir
17. Con miedo
18. Con problemas digestivos
19. Con desvanecimientos
20. Con rubor facial
21. Con sudores, fríos o calientes

El cuestionario de calidad de vida para la diabetes mellitus

Base conceptual del cuestionario

Existen distintos cuestionarios que miden diversos aspectos relacionados con la DM. A principios de los noventa se decidió adaptar el DQOL o Diabetes Quality of Life, elaborado por el grupo del Diabetes Control and Complications Trial o DCCT, aplicado en un estudio clínico, multicéntrico, aleatorizado y diseñado para evaluar los efectos de un tratamiento intensivo en pacientes con diabetes tipo 1, a fin de mantener la glucemia en valores cercanos a la normalidad y valorar dicho efecto sobre la aparición y/o progresión de las complicaciones. Ya que el grupo de pacientes con terapia intensificada debía realizar más autoanálisis y mayor número de visitas que el grupo sometido a terapia convencional, se elaboró la versión española del DQOL (EsDQOL) a fin de evaluar si se modificaba la calidad de vida del paciente durante el estudio.

El avance en el concepto de salud y el aumento de la prevalencia de la DM hacen que la medición de la CVRS, y en concreto en la DM, pueda ser un instrumento útil en distintos niveles sanitarios. En la atención primaria de la persona con diabetes ya no basta con determinar su cifra de glucemia u objetivar los pulsos u oscilometrías. En la práctica diaria se debería y se puede valorar, en la medida de lo posible, la implicación de la diabetes en los distintos aspectos que conforman e influyen en la calidad de vida. El instrumento no sólo es útil para conocer la realidad del paciente en un momento del tiempo, sino también capaz de determinar los cambios en sus distintas dimensiones, después de una intervención terapéutica, ya sea educativa o farmacológica.

Descripción del cuestionario

El cuestionario consta de 46 preguntas distribuidas en

4 dimensiones: «Satisfacción» (15 preguntas), «Impacto» (20 preguntas), «Preocupación social/vocacional» (7 preguntas) y «Preocupación relativa a la diabetes» (4 preguntas). Las respuestas se cuantificaron utilizando una escala Likert de 5 respuestas ordinales:

- «Satisfacción»: con un rango de 1 = muy satisfecho, 2 = bastante satisfecho, 3 = algo satisfecho, 4 = poco satisfecho y 5 = nada satisfecho. Si en todas las preguntas el paciente se halla muy satisfecho, tendrá una puntuación global de 15; es decir, se trata de un paciente muy satisfecho con todos sus actos.

- «Impacto»; «Preocupación social/vocacional»; «Preocupación relativa a la diabetes»: con un rango de 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = a veces, 4 = casi siempre y 5 = siempre. Las puntuaciones mínimas de estas dimensiones son: 20, 7 y 4, puntos respectivamente, lo que significaría que la diabetes ejerce escaso impacto y poca preocupación en la vida de las personas afectadas. La puntuación total de cada sujeto en la escala es la suma de las puntuaciones dadas a cada pregunta del cuestionario.

Anexo
Versión en español del DQOL

Por favor, lea con cuidado cada pregunta. Por favor indique qué tan satisfecho o insatisfecho está con el aspecto de su vida descrito en la pregunta. Circule el número que mejor describe como se siente. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas preguntas. Nos interesa su opinión.

	<i>Muy satisfecho</i>	<i>Más o menos satisfecho</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Más o menos insatisfecho</i>	<i>Muy insatisfecho</i>
A1. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que le toma manejar su diabetes?	1	2	3	4	5
A2. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que gasta en hacerse chequeos?	1	2	3	4	5
A3. ¿Qué tan satisfecho está con su tratamiento actual?	1	2	3	4	5
A5. ¿Qué tan satisfecho está con la flexibilidad en su dieta?	1	2	3	4	5
A6. ¿Qué tan satisfecho está con la carga que su diabetes es para su familia?	1	2	3	4	5
A7. ¿Qué tan satisfecho está con su conocimiento sobre su diabetes?	1	2	3	4	5
A8. ¿Qué tan satisfecho está con sus horas de sueño?	1	2	3	4	5
A9. ¿Qué tan satisfecho está con su vida social y amistades?	1	2	3	4	5
A10. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
A11. ¿Qué tan satisfecho está con su trabajo, escuela y sus actividades caseras?	1	2	3	4	5
A12. ¿Qué tan satisfecho está con la apariencia de su cuerpo?	1	2	3	4	5
A13. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que pasa haciendo ejercicio?	1	2	3	4	5
A14. ¿Qué tan satisfecho está con su tiempo libre?	1	2	3	4	5
A15. ¿Qué tan satisfecho está con su vida en general?	1	2	3	4	5

Ahora, por favor, indique qué tan frecuentemente le suceden los siguientes eventos. Circule el número apropiado.

	<i>Nunca</i>	<i>Muy poco</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Todo el tiempo</i>
B1. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?	1	2	3	4	5
B2. ¿Con qué frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público?	1	2	3	4	5
B3. ¿Con qué frecuencia tiene baja el azúcar en la sangre?	1	2	3	4	5
B4. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5
B5. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida familiar?	1	2	3	4	5
B6. ¿Con qué frecuencia duerme mal por las noches?	1	2	3	4	5
B7. ¿Con qué frecuencia su diabetes limita su vida social y sus amistades?	1	2	3	4	5
B8. ¿Con qué frecuencia se siente bien con usted mismo?	1	2	3	4	5
B9. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5
B10. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su vida sexual?	1	2	3	4	5
B11. ¿Con qué frecuencia su diabetes no le permite manejar un auto o usar una máquina (ej., una máquina de escribir)?	1	2	3	4	5
B12. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio?	1	2	3	4	5
B13. ¿Con qué frecuencia falta al trabajo, escuela o actividades caseras por su diabetes?	1	2	3	4	5
B14. ¿Con qué frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?	1	2	3	4	5
B15. ¿Con qué frecuencia se da cuenta que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
B16. ¿Con qué frecuencia le habla a los demás de su diabetes?	1	2	3	4	5
B17. ¿Con qué frecuencia lo molestan porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5
B18. ¿Con qué frecuencia siente que va al baño más que los demás a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5
B19. ¿Con qué frecuencia se encuentra comiendo algo que no debe en vez de decirle a alguien que tiene diabetes?	1	2	3	4	5
B20. ¿Con qué frecuencia le oculta a los demás que está teniendo una reacción por la insulina?	1	2	3	4	5

Finalmente, por favor, indique con qué frecuencia le ocurren los siguientes eventos. Por favor circule el número que mejor describa sus sentimientos. Si la pregunta no es relevante a usted, circule no aplicable.

	<i>Nunca</i>	<i>Poco</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Siempre</i>	<i>No se aplica</i>
C1. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se va a casar?	1	2	3	4	5	0
C2. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos?	1	2	3	4	5	0
C3. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si conseguirá un trabajo que quiere?	1	2	3	4	5	0
C4. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si le negarán un seguro?	1	2	3	4	5	0
C5. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá acabar su escuela?	1	2	3	4	5	0
C6. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si faltará a su trabajo?	1	2	3	4	5	0
C7. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje?	1	2	3	4	5	0

	<i>Nunca</i>	<i>Poco</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Siempre</i>	<i>No se aplica</i>
D1. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se desmayará?	1	2	3	4	5	0
D2. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5	0
D3. ¿Con qué frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes?	1	2	3	4	5	0
D4. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si alguien no saldría con usted a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0

E1. Comparándose con otras personas de su edad, usted diría que su salud es:

1. Excelente
2. Buena
3. Regular
4. Pobre

(Circule uno)

TEMA 3

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL, PARA ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS.

El reciente desarrollo de la psicología de la salud propone alternativas de atención que ayudan al paciente a conocer las diversas formas en que puede hacerse cargo de una buena parte del control de su enfermedad, básicamente mediante un entrenamiento psicológico. En primera instancia, se busca que el paciente supere el sentimiento de pérdida de su salud que, con mucha frecuencia, hace que decaiga el estado afectivo del sujeto, produciendo una serie de cambios fisiológicos bien definidos que agravan la enfermedad.

Realmente existen pocas investigaciones sobre el problema de la diabetes por parte de la disciplina psicológica; sin embargo, las que existen pueden proporcionar un modelo con el cual explorar los efectos que la conducta ejerce sobre el control metabólico del organismo y, además, puede servir como ejemplo para utilizar la intervención conductual en el tratamiento y control de la enfermedad.

Los primeros intentos por explicar la relación entre los factores psicológicos y la diabetes se encuentran reseñados en documentos de los siglos XVII y XIX, aunque no es sino hasta la década de los cuarenta del presente siglo que se retoma el tema, tratando de encontrar una personalidad del diabético.

Por otra parte, desde la década de los ochenta, los psicólogos han identificado la forma en que pueden afectar el funcionamiento biológico algunas de las variables psicológicas, como el aprendizaje social y la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de estrés. Al respecto, se señala que esta interacción entre las variables psicológicas y el funcionamiento biológico actúa a través de tres vías:

1. Cognitivas y emocionales. Capaces de modular las respuestas neurológicas, inmunológicas y endocrinas, las cuales se encuentran en constante interacción.
2. Conductuales. Que se traducen en estilos de vida susceptibles de afectar directamente al organismo mediante la alimentación, el tabaco, el alcohol y el ejercicio físico, entre otras.

3. Ecológico-conductuales. Modifican el ambiente natural y social que afecta a todos los hombres inmersos en él; es decir, los cambios tecnológicos y culturales que actúan sobre el proceso salud-enfermedad, como son: la creciente contaminación ambiental, la industrialización de gran cantidad de alimentos y las radiaciones, entre otros.

Esta nueva visión de la interacción entre los factores psicológicos y biológicos ha contribuido a que, en el caso de la diabetes en particular y de las enfermedades crónico-degenerativas en general, se utilicen estrategias psicológicas que incrementen el impacto terapéutico sobre los enfermos.

La intervención psicológica en el ámbito de la salud ha permitido re conceptualizar el proceso salud-enfermedad, proponiendo la necesidad de que se considere al aprendizaje como unidad fundamental de la salud o de la enfermedad.

Esta visión de la psicología cuenta, entre sus técnicas, aquéllas que fomentan la adherencia terapéutica —es decir el cumplimiento del régimen de tratamiento— mediante el uso de la tecnología conductual; esto último debido a que una gran cantidad de sujetos presentan dificultades en el cumplimiento del tratamiento de la diabetes, o de cualquier otra enfermedad. La baja adherencia terapéutica se explica, en parte, por la complejidad del régimen de tratamiento por las ideas sobre la salud y enfermedad que los pacientes tienen, ya que en muchos brinda el equipo de salud una atención paternalista en la que el paciente, para controlar su enfermedad, tiene que asistir frecuentemente a los centros de atención médica con una actitud pasiva. Sin embargo, aunque los médicos pueden sugerir estrategias para mejorar el control diabético, la responsabilidad final de llevar a cabo las indicaciones terapéuticas recae en el paciente.

Como consecuencia de la situación anterior, las investigaciones en el área psicológica han explorado la posibilidad de utilizar elementos como: el auto-monitoreo, el auto-registro, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento, entre otros, como técnicas de modificación conductual en el tratamiento de la diabetes, con la finalidad de mejorar la habilidad de los pacientes para continuar con su tratamiento.

Por otra parte, una perspectiva que ha contribuido a un mayor interés de la investigación psicológica en relación al tratamiento de la diabetes, es la que asocia al estrés con el desarrollo y la evolución de la enfermedad.

En este sentido se sabe que existe una estrecha vinculación entre el sistema endocrino y el sistema nervioso autónomo, relación que se establece por medio de los receptores adrenérgicos que pueden estimular o inhibir el funcionamiento pancreático, y en donde se observa que la respuesta de estrés puede alterar este funcionamiento provocando el descontrol diabético.

Al respecto se han encontrado evidencias de que estímulos físicos como el dolor, los traumatismos, las infecciones, la cirugía, la hipoxia, y la enfermedad cardiovascular, han mostrado producir intolerancia a la glucosa. De la misma manera, estímulos psicológicos, entre los que se incluyen entrevistas estresantes, exámenes, eventos vitales indeseables y tensión diaria, pueden modificar el metabolismo de la glucosa.

Tomando en cuenta lo anterior, se estructuró el programa del "Club del Diabético", con la finalidad de involucrar al paciente en el cuidado de su salud, mediante el conocimiento de la información pertinente sobre su enfermedad, así como el aprendizaje de las habilidades necesarias para discriminar los momentos en que es indispensable un ajuste, tanto comportamental como alimenticio y farmacológico, para mantener sus niveles de glucosa dentro de los límites normales, y así evitar las complicaciones que el descontrol provoca.

LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC).

¿Qué es la TCC?

Es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos.

La TCC le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas

de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.

¿Cómo funciona?

La TCC le puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil.

Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria.

La TC no es un proceso «de un día para otro», pero ha demostrado ser una herramienta valiosa en la recuperación del paciente.

No son los hechos objetivos, como decía Epicteto, los que nos perturban interiormente, sino lo que pensamos en nuestra subjetividad sobre esos hechos. Este es el principio cognitivo. De esta manera, el control de las reacciones emocionales y conductuales puede permanecer en nuestras manos, siendo nosotros los creadores de nuestra salud o enfermedad psíquica.

Antes de comenzar con el proceso cognitivo, propiamente dicho, haremos una pequeña reseña a los creadores del mismo.

Aarón T. Beck inicia el desarrollo de la que denominó «terapia cognitiva» a principios de la década de los sesenta (1962) en la Universidad de Pensilvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente. El modelo coincidía con el concepto de la mediación cognitiva (terapia racional emotivo-conductual) propuesto por Albert Ellis en 1956.

Beck, cuando estaba trabajando con pacientes depresivos, denominó lo que se conoce como «pensamientos negativos automáticos», ya que observó que estos invadían sus mentes de forma espontánea, y que podían clasificarse en 3 categorías: aquellos que hacían referencia a sí mismos, al mundo o al futuro.

Comenzó a ayudar a sus pacientes a identificar y valorar estos pensamientos y encontró que, haciendo esto, los pacientes eran capaces de evaluarlos de forma más realista y esto conducía a que se sintieran mejor y se comportaran de modo más funcional

«La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación.» (Ellis, 1962; Beck, 1964.)

El ciclo de interrelación entre pensamientos, emociones y conductas, conocido como modelo ABC, se pone en marcha ante desencadenantes, estímulos o situaciones disparadoras, conocidos como «A»; «B» es el procesamiento cognitivo a partir de «A», pensamientos, creencias y expectativas, y «C» son las respuestas o reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales ante ese tipo de pensamiento (Tabla 1)

Tabla 1. Modelo ABC

A → B → C A + B = C

Ciclo de interrelación de pensamientos, emociones y conductas.

Los pensamientos automáticos (B) son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parece brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal («lo que me estoy diciendo a mí mismo en palabras») y/o visual (imágenes). Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas, y son tan profundas que frecuentemente la persona no las expresa ni a sí misma, no se tiene clara conciencia de ellas. Estas creencias desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismas, de los demás y del mundo; mientras que los pensamientos automáticos que están en nuestra mente son relativos a las situaciones que vivimos actualmente y representan el nivel más superficial de las cogniciones.

La terapia cognitiva consiste esencialmente en: identificar aquellos pensamientos irracionales que nos hacen sufrir, e identificar qué es irracional

(discusión cognitiva) en ellos; esto se hace mediante un proceso de autoanálisis por parte del paciente, que el médico debe promover y supervisar.

Hay que señalar que este esfuerzo de observación y crítica que el paciente hace de sus propios pensamientos negativos automáticos no debe confundirse con la tendencia conocida como «pensamiento positivo», que solo promueve el adoctrinamiento por medio de frases positivas u optimistas («Merezco ser feliz», «Soy listo, fuerte y capaz», etc.), porque la TC se vale del pensamiento crítico para conseguir el cambio en sus pacientes y se apoya en hechos y pensamientos ajustados a la realidad. No es una imposición dogmática de pensamientos predeterminados.

Existen 2 ideas básicas sobre las que se apoya todo el proceso terapéutico:

- Todo pensamiento puede ser cambiado. Porque los pensamientos son fruto del aprendizaje y de las experiencias vividas y, por tanto, también pueden desaprenderse y cambiarse por otros más adaptativos. Cambiar pensamientos significa cambiar solo aquello que nos provoca malestar, no cambiar nuestra forma de ser.

- Un elevado nivel de creencia en un pensamiento no lo convierte en veraz. La «fuerza» con la que creemos en un pensamiento no tiene que ver con su autenticidad o con la realidad que describe. Dos ayudas para identificar los pensamientos negativos automáticos son:

- Los pensamientos negativos son siempre juicios de valor; interpretaciones, evaluaciones y valoraciones sobre los hechos.

- No existe una conexión causal clara: ¿Si yo estuviera en esa situación, pensaría igual? ¿Si yo pensara así, me sentiría igual?

Para cambiar los pensamientos negativos, que nos provocan malestar, en TC se realiza el proceso de discusión de los mismos, para comprobar su veracidad.

La discusión cognitiva consiste en evaluar, utilizando un enfoque científico, los pensamientos. Usar la objetividad y la razón para ver si los pensamientos son estimaciones o juicios de la realidad tan acertados como hemos creído durante

años. La discusión radica en cuestionar mediante preguntas concretas la veracidad de los pensamientos. Hay 4 tipos de preguntas. Cuando el pensamiento que se evalúa no cumple alguno de estos 4 criterios será un pensamiento des-adaptativo para el paciente.

El primer criterio evalúa la objetividad del pensamiento, por ejemplo, ¿qué pruebas tengo para pensar esto? ¿En qué me baso para pensarlo?

Los pensamientos adaptativos son objetivos, se pueden respaldar por la evidencia. Mientras que los pensamientos no adaptativos no son objetivos, sino que se basan en creencias filosóficas, y no se desprenden de la realidad.

Por ejemplo: ahora es de día. ¿Qué pruebas tengo? Hay luz, sol, gente por la calle, los coches no llevan luces, y además tengo pruebas acumuladas del pasado que me dicen que en octubre en Madrid- a estas horas es de día.

El segundo criterio evalúa la intensidad y/o duración de la emoción que genera el pensamiento, por ejemplo, ¿cómo me hace sentir este pensamiento? ¿Me desborda?

Puesto que las creencias adaptativas producen emociones moderadas permiten sentimientos agradables o desagradables, pero bajo control. Y las creencias des-adaptativas producen emociones de muy alta intensidad o de muy larga duración, creando perturbación y descontrol. El desbordamiento en una escala de 0-10 podría llegar a ser de 12 o más.

Ejemplo: Una persona pierde a un ser querido, y piensa «la vida es horrible, no puedo vivir sin él». Esta persona se sentirá muy triste y desesperanzada; pero si piensa «lo voy a pasar mal una temporada, estoy triste, tendré que adaptarme», hará frente al suceso con menor malestar, por tanto, afrontará mejor el duelo.

El tercer criterio evalúa la utilidad que tiene para la persona ese pensamiento. Por ejemplo, ¿para qué me sirve pensar así? ¿Me resulta útil ahora, mañana y en el futuro?

Porque los pensamientos adaptativos sirven a corto plazo para sentir emociones saludables, nos sirven para actuar de manera más eficaz, a medio

plazo ayudan a conseguir nuestras metas (en el trabajo, sociales, etc.) y a largo plazo conseguimos ser felices. Mientras que los pensamientos negativos a corto plazo nos hacen sentir emociones dolorosas y a actuar inadecuadamente, a medio plazo boicotean nuestras metas, y a largo plazo producen infelicidad.

Ejemplo: «Soy un fracaso, no hace falta que intente buscar trabajo porque no lo voy a conseguir».

El cuarto criterio evalúa la forma del pensamiento, por ejemplo, ¿qué tipo de palabras estoy usando? ¿Aparecen palabras como inútil, fracaso, desastre...?

Porque las creencias racionales se expresan en un lenguaje de deseos, preferencias, utilizando continuos, en un lenguaje probabilístico (puede que, igual, me gustaría...). Y las creencias irracionales se expresan en un lenguaje de demandas, necesidades, obligaciones, lenguaje absolutista, dicotómico y catastrófico (nunca, siempre, seguro, todo, jamás, horrible, debería, no soporto, soy...).

Ejemplo: «Soy (seguro, siempre) un inútil». Este es un pensamiento negativo típico en personas con baja autoestima. Este tipo de pensamientos tienen gran influencia en sus vidas y en su relación con los demás.

Mediante este tipo de preguntas se guía el análisis de los pensamientos que tienen los pacientes, para que lleguen a la conclusión que la forma en la que piensas no les beneficia y, les haría más felices cambiar su tipo de pensamientos a otros más adaptativos, que les generen mayor bienestar.

Si tras la discusión llegamos a la conclusión de que el pensamiento analizado es negativo para la persona y, por tanto, no la hace feliz, buscaremos otro pensamiento, objetivo, que lo sustituya y explique la situación desde otro punto de vista, siendo esta una interpretación acorde con los hechos (alternativa racional).

Para favorecer el cambio de estilo cognitivo practicaremos en la vida cotidiana esta nueva forma de pensar, con pensamientos racionales que no muevan emociones intensas negativas.

Método de aplicación

1. Explicación del modelo ABC.
2. Evaluación, mediante el análisis funcional, de una situación en la que existan pensamientos negativos y, por tanto, malestar en el paciente.
3. Discusión cognitiva del PNA (B) con los 4 criterios de racionalidad.
4. Búsqueda de una alternativa racional, y puesta en marcha de la misma.

La estructura del análisis funcional para la terapia cognitiva se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Análisis funcional para terapia cognitiva

A	B	C	D	E	F
A.- Estímulos disparadores. (Factores desencadenantes que te hacen sentir mal).					
B.- Pensamientos negativos automáticos (Interpretaciones y juicios de valor acerca de los factores disparadores)					
C.- Consecuencias emocionales y conductuales. (los resultados emocionales y de conducta derivados de tu forma de pensar y ver las cosas: ansiedad, culpa, tristeza, etc., e inhibición, agitación, llorar, escapar, etc.)					
D.- Discusión cognitiva. Cuestionar nuestra forma de pensar (4 criterios de racionalidad)					
E.- Alternativa racional. (Pensamiento adaptativo que explica el desencadenante sin generarme malestar, siendo más realista y objetivo)					
F.- Nuevas consecuencias emocionales y conductuales (Resultados emocionales y conductuales de nuestra forma de pensar alternativa)					

Se muestra la estructura del análisis funcional o evaluación en terapia cognitiva.

Mediante este análisis funcional del modelo ABC, el paciente elabora un esquema individualizado de aquellos factores desencadenantes que activan la sintomatología, así como genera un conocimiento de cuáles son los procesos cognitivos y conductuales que aparecen en su trastorno.

1.1. Ejemplo práctico

Paciente hombre, de 42 años, casado y con hijos. Depresión moderada. Esquema funcional (Tabla 3).

Tabla 3. Ejemplo práctico de terapia cognitiva

Día	Situación	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	¿Qué hago?
Martes	Es la hora en que solía irme a trabajar antes de perder el trabajo	¡Vaya vida sin trabajo! No lo puedo soportar. No sirvo para nada. Soy un fracaso	Tristeza, irritabilidad, ganas de llorar, etc.	Quedarme en la cama, vegetando

A: Situación disparadora

«Es la hora en que solía irme a trabajar antes de perder el trabajo.»

B: Pensamiento negativo

«Soy un fracaso.» [Núcleo de sus pensamientos negativos automáticos.]

C: Consecuencias emocionales y conductuales

Tristeza, irritabilidad, ganas de llorar, etc., y quedarse en la cama, vegetando.

D: Discusión cognitiva. Objetividad:

No existen pruebas empíricas que demuestren que él, en su totalidad, es un fracaso como persona.

Un error ≠ fracaso. ¿En qué medida cometer un error invalida una actividad o a él como persona? Ya que no en todas las áreas de su vida tendrá errores ni se considerará fracasado. Buscar otros factores que pudieron influir en el error que tuvo en el trabajo y dar un porcentaje de responsabilidad a cada uno (gráfica de queso) y, por tanto, ver que no somos responsables al 100% de las

cosas que nos suceden. Buscar otros factores, además de sí mismo, ayuda a quitarle fuerza a la sensación de fracaso, no asociándola tanto a la valía personal.

Evaluar actuaciones en su vida: «Soy un desastre como persona en mi vida.» Que haga un listado de las cosas positivas que ha habido en su vida (las decisiones que él tomó) y de las cosas negativas. Dar porcentajes y valorar lo positivo y lo negativo. Generalmente valoran incorrectamente dando más importancia a los errores, habrá que ayudarles a dar igual o más importancia a los éxitos o cosas positivas que les hayan pasado.

- Intensidad: 12. Malestar clínicamente significativo.

- Utilidad: Este pensamiento no le deja conseguir sus metas a corto plazo para buscar un nuevo trabajo ni organizarse para ello. Ni a medio plazo para relacionarse bien con su familia y amigos. Ni a largo plazo le hace ser feliz.

- Formal: Soy (siempre, seguro) un fracaso.

E: Alternativa racional

«A esta hora solía ir a mi anterior trabajo, del cual he aprendido muchas cosas. Ahora es un momento de cambio y tengo que moverme para buscar otro trabajo, en el que sentirme activo y útil.» [Diseño cómo llevar a cabo esta nueva forma de pensar.]

F: Nuevas consecuencias emocionales y conductuales

«Al día siguiente me levanto a la misma hora y como había planificado desayuno leyendo en el periódico las ofertas de empleo, además después entro en internet y me apunto a webs como Infojobs, etc. Esto me hace sentir mucho mejor, no totalmente feliz, pero sí más activo, distraído y con ganas de luchar.»

Mindfulness.

Fundamento teórico y descripción

Es una forma de entrenamiento en autoconocimiento que está basada en la práctica de la meditación, pero no depende de un sistema en particular de creencias o ideologías. Mindfulness ha sido formulado y desarrollado como 2 técnicas prácticas para la reducción del estrés y para la realización, a su vez, de la terapia cognitiva⁴.

Hay evidencia que prueba que el mindfulness es útil en el manejo de estrés, ansiedad, depresión, dolor crónico, y cómo mejora del afrontamiento de una gran variedad de trastornos físicos.

Mindfulness significa poner atención en el momento presente, significa observar nuestra experiencia inmediata, incluyendo pensamientos, emociones y sensaciones físicas que pueden estar presentes. Significa darse cuenta de estos procesos sin intentar cambiarlos, o intentar conseguir sensaciones placenteras, es decir, no intentar que desaparezcan los aspectos negativos y desagradables de la experiencia, sino simplemente ser conscientes de ellos.

El mindfulness puede ayudar a manejar los pensamientos negativos, ya que nuestras mentes están constantemente ocupadas generando pensamientos, reflexiones y juicios sobre el mundo, recordando situaciones pasadas y planificando y/o imaginando situaciones futuras. Sin embargo, a menudo no somos conscientes de este proceso mental, es como funcionar en piloto automático. Si nosotros no somos conscientes de los pensamientos que están guiándonos e influenciando nuestras respuestas a situaciones, entonces limitamos nuestra habilidad para afrontar las situaciones efectivamente.

El mindfulness representa la habilidad para parar y darse cuenta de las reacciones y procesos internos, como pensamientos, emociones, sensaciones físicas y conductas. Es como dar un paso atrás en una película, rebobinar, recordarnos a nosotros mismos que no importa lo poderosas que las imágenes sean, es solo una película. Estar simplemente observando los pensamientos desde una distancia sin reaccionar inmediatamente a ellos nos puede ayudar a elegir, a responder de forma mindfully a una situación, más que a reaccionar automáticamente. De esta forma el mindfulness puede reducir el efecto del pensamiento que no ayuda en nuestras vidas, y reducir cualquier emoción negativa asociada. Así pues, se crea un espacio mental que puede ayudar a calmar la mente sobreactivada, dando como resultado un sentimiento de libertad y paz.

Uno de los aspectos claves del mindfulness es la aceptación, esto significa darse tiempo para llegar a conocer cómo nos sentimos. También significa separarse emocionalmente de esas reacciones y, como resultado, aunque nosotros podamos continuar experimentando emociones o sensaciones físicas desagradables como dolor, ansiedad, etc., nosotros no estaremos completamente envueltos en ellas. En lugar de eso, nosotros llegamos a ser conscientes de que hay muchos otros aspectos positivos de nuestra vida que continúan existiendo a pesar de los sentimientos negativos.

El mindfulness es una habilidad que lleva tiempo y práctica para ser interiorizada. Sin embargo, la práctica no es complicada y hay muchos métodos simples de llevarlo a la vida diaria, incluso practicándola solo 30 s puede ser útil.

Método de aplicación

Mediante la práctica, en 3 min, de mindfulness, podemos de forma rápida desconectar el piloto automático y conectar con el momento presente. Lo intentaremos siempre que nos encontremos a nosotros mismos bajo presión o con necesidad de aliviar el estrés. Incluso unos pocos segundos de mindfulness pueden ayudar a manejar el estrés y la tensión.

1. Siéntate cómodo en la silla. Cierra tus ojos y pregúntate a ti mismo: ¿qué está pasando dentro de mí en este momento?

2. Date cuenta de cualquier pensamiento, sentimiento y sensación física que estés sintiendo, simplemente reconócelos y acéptalos, aunque sean desagradables, más que intentar cambiarlos. Puede ayudar el etiquetar los pensamientos difíciles o emociones. Por ejemplo, sentirse ansioso o pensar sobre ver a Marta la próxima semana.

3. Permanece con tus pensamientos y emociones durante un rato, y entonces tranquilamente focaliza tu atención en la respiración, sigue cada inhalación y exhalación como fluctúa rítmicamente de una a otra. Si tu mente divaga de forma tranquila, vuélvela a llevar a tu respiración.

4. Finalmente, expande tu conocimiento incluyendo todo tu cuerpo, date cuenta de tu postura, expresión facial y cualquier sensación física presente.

5. Ahora abre tus ojos, tú puedes sentirte más calmado y estable para continuar tú día.

Ejemplo práctico

Respiración y mindfulness. Siéntate durante un minuto y focaliza completamente tu atención en la respiración. No pienses en nada más, solo en cómo el aire entra y sale de tu cuerpo. La mayoría de la gente encuentra que su atención normalmente se va de su respiración, es muy difícil sentarte quieto y mantener la mente totalmente centrada. ¿Qué clase de pensamientos pasan por tu mente durante este corto período de tiempo? Date cuenta de la amplia variedad de pensamientos que tienes. ¿Tenías como una cadena de pensamientos sobre una situación determinada? ¿Te llevó tiempo darte cuenta de lo que estaba ocurriendo? ¿Fuiste capaz de que tu mente volviera a la respiración? ¿O simplemente te dejaste vagar de pensamiento a pensamiento? ¿Cuánto tiempo de tu vida has perdido a causa de que la atención estaba centrada en un «diálogo» mental que no te ayudaba?

Resolución de problemas Fundamento teórico y descripción

La terapia de resolución de problemas (TRP) es una estrategia para la resolución de situaciones de estrés en la vida diaria que se caracteriza por su brevedad, facilidad de aplicación, sencillez de aprendizaje y efectividad.

La TRP es de gran utilidad en atención primaria ya que se sabe que más del 30% de los pacientes que consultan presentan malestar psicológico, y que, de ellos, más del 80% presentan trastornos psiquiátricos leves tipo ansiedad, depresión o trastornos de adaptación, en su gran mayoría relacionados con situaciones vitales estresantes.

La resolución de conflictos es en parte un aprendizaje social, ya que permitirá al individuo cambiar su funcionamiento en las relaciones sociales; por otra parte, es un método de auto instrucción, ya que el sujeto puede aplicarla de forma independiente sin prácticamente supervisión externa, y, por último, es una estrategia de afrontamiento porque permite adaptarse y enfrentarse a cualquier tipo de acontecimiento vital.

En muchas ocasiones es difícil hacer una buena TRP porque nos invaden las emociones negativas (ansiedad, enfado, tristeza), nos sentimos desbordados y no podemos llegar a conclusiones claras por la experiencia actual o por vernos influidos por experiencias previas. Para aumentar nuestra capacidad de

resolución de problemas reduciremos este malestar con técnicas como la terapia cognitiva, la relajación/respiración y las auto instrucciones.

La Tabla 4 muestra un esquema del procedimiento de la TRP.

Tabla 4. Esquema del procedimiento a seguir en la terapia de resolución de problemas

Previamente a las fases propias de la TRP el profesional debe tener en cuenta los siguientes requisitos:
Valoración de la idoneidad de la TRP para el paciente
Explicación del tratamiento y de su base racional
Las fases de la TRP son las siguientes:
1. Orientación hacia el problema
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas o soluciones
4. Toma de decisiones
5. Puesta en marcha y verificación

Método de aplicación Pasos previos a la terapia de resolución de problemas
Valoración de la idoneidad del paciente para la terapia

El profesional comprueba que existe malestar psicológico leve/moderado (y que el paciente es consciente de ello), que tiene problemas (y que el paciente los considera como tal) y que asume que existe una relación entre los problemas y el malestar psicológico que padece.

Además se valoran los recursos que posee el paciente, así como: cómo afrontó situaciones problemáticas anteriores, mecanismos de afrontamiento a los problemas que utiliza, capacidad para formular soluciones ante los conflictos, estado psiquiátrico actual (es posible que en otras ocasiones afrontase bien los problemas pero ahora se encuentre fuertemente deprimido).

Igualmente se valora la posibilidad de recabar información de otras fuentes, como son familia, amigos, pareja, otros profesionales. Siempre con permiso del paciente.

Explicación del tratamiento y de su fundamento

Además de cumplir la indicación diagnóstica (por ejemplo, trastorno depresivo, ansioso o de adaptación), el paciente debe cumplir también los siguientes requisitos psicoterapéuticos:

1. Se puede identificar la naturaleza del problema del paciente: problema relacional, laboral, económico o de otro tipo concreto.

2. Las metas del paciente son realistas. En la primera entrevista, es interesante hacerse una idea, aunque sea aproximada, de qué cambios desea alcanzar el paciente. Se pretende así valorar hasta qué punto son realistas las expectativas del paciente. Las metas se definen en forma de preguntas: ¿Cómo... sabrá que ha resuelto el problema? O ¿ qué... (Esperaría obtener del tratamiento) ?, y que conviene que sean concretas y específicas. A veces las expectativas son inapropiadas porque:

a. Se pretenden cambios en los demás.

b. Se pretende involucrar al profesional en la solución.

c. Es una solución mágica, como por ejemplo, «me tocará la lotería y podré saldar mis deudas».

Si se cumplen estos requisitos, el objetivo es plantearle al paciente la posibilidad de realizar TRP y llegar con él a un acuerdo respecto a la naturaleza, objetivos y duración de la técnica.

El objetivo de la TRP es que si aprendemos a manejar mejor los problemas vamos a poder controlar de forma más adecuada el malestar psicológico.

Fase 1. Orientación hacia el problema

1. Aceptar el hecho de que vivir es sinónimo de tener problemas, y que uno puede hacerles frente de forma activa y eficaz. Desarrollar confianza en la habilidad propia para resolver problemas.

2. Tomar el malestar emocional como signo de que existe un problema. Reconocer las situaciones problemáticas con rapidez.

3. Controlar el impulso de responder impulsivamente. Parar y pensar.

4. Entender que resolver problemas implica tiempo y esfuerzo.

5. Construir un listado de los problemas que tiene el paciente.

Fase 2. Definición y formulación del problema

1. Reunir información relevante y objetiva sobre el problema a trabajar.

2. Describir el problema en términos operativos. Clarificar la naturaleza del problema (emocional, económico, laboral, social, etc.).

3. Identificar los factores que convierten una situación en problema.

4. Diferenciar hechos de interpretaciones. Minimizar distorsiones cognitivas.

5. Enunciar metas realistas: ¿qué debe cambiar?, ¿a nivel personal?, ¿en el medio?

6. Reevaluar el problema, considerando beneficios y costes de resolverlo o no.

7. Definición operativa del problema a partir de toda la información anterior.

Fase 3. Generación de alternativas (soluciones)

1. Generar una gama de alternativas tan amplia como se pueda. Solo 2 límites: relevancia y concreción.

2. Tormenta mental:

a. Principio de cantidad (cuantas más alternativas mejor).

b. Principio de variedad (alternativas que procedan desde diferentes perspectivas).

c. Principio de combinación (combinar aquellas que tenemos para construir nuevas alternativas).

3. Posponer la evaluación. Aplazamiento del juicio de valor.

Fase 4. Toma de decisiones

1. Evaluar las alternativas valorando las consecuencias de manera que se pueda elegir la alternativa a priori que ofrezca más pros y menos contras.

2. Predicción de la consecución de la meta. ¿Hasta qué punto solucionará el problema? Eliminar alternativas que impliquen riesgos elevados y/o para las que el paciente no tenga suficientes habilidades o recursos.

3. Evaluar probabilidades de implementación. ¿Podrá el paciente aplicarla?

4. Análisis de costes/beneficios. Anticipar los resultados positivos y negativos de cada alternativa para el paciente, para su entorno social, en este momento y más a largo plazo.

5. Tomar una decisión y describir los pasos específicos para poner en marcha la solución.

Fase 5. Puesta en marcha de la solución elegida y verificación

1. Eliminar posibles obstáculos de ejecución.
2. Poner en marcha la solución elegida.
3. Superar posibles bloqueos.
4. Verificar los efectos.
5. Autoevaluación-evaluación de resultados.
6. Autorrefuerzo-revisión.

TEMA 4

Técnicas de control físico: relajación-respiración

Las estrategias de control físico, relajación muscular y respiración profunda potencian el control de las emociones negativas como la ansiedad, el enfado, el dolor o la ira.

Fundamento y descripción

La relajación es un estado fisiológico contrario o antagonista a la ansiedad y a cualquier otro estado emocional negativo. Una persona no puede estar ansiosa o enfadada y, al mismo tiempo, relajada.

En estado de relajación se producen una serie de cambios en el organismo opuestos a los que se dan durante el estado de ansiedad: el ritmo cardíaco y la presión arterial descienden, la temperatura corporal aumenta, el nivel de tensión en los músculos se reduce, la respiración se lentifica y todas las funciones fisiológicas se desaceleran.

Puede ser de gran utilidad si se usa como instrumento de afrontamiento, para controlar y manejar la emoción negativa (ansiedad, enfado, ira, dolor, etc.) en el momento de sentirla.

Método de aplicación. Relajación muscular profunda

De todos los métodos útiles de relajación se aconseja la RMP por su facilidad de aprendizaje, por su accesibilidad en momentos de alta ansiedad y por su probado valor científico.

Es un método eficaz para controlar la tensión excesiva, como en la ansiedad, el dolor, el enfado o la depresión, entre otras.

La idea de la que se parte en esta técnica es teóricamente muy simple. Una enorme proporción de nuestro organismo es músculo, si conseguimos crear

relajación en la musculatura, el resto del cuerpo, incluido el SNA, se inundará de relajación.

El método de aplicación consiste en dividir nuestro cuerpo en diferentes grupos musculares, provocar voluntariamente tensión contrayendo cada grupo, con intensidad lo suficientemente alta como para notarla claramente pero no llegar a sentir dolor y, a continuación, eliminar la tensión soltando los músculos contraídos para pasar a un estado de relajación. Este procedimiento, el ciclo de tensar y soltar es un instrumento para aprender a identificar y posteriormente provocar las sensaciones de relajación en nuestro cuerpo por medio del contraste.

La mejor postura para practicar la relajación es cómodamente sentado, con la cabeza, los brazos y las piernas apoyados, en posición semitumbada, en una habitación tranquila, con luz indirecta y, sobre todo, realizando el entrenamiento sin prisas ni interrupciones.

A continuación se muestra un protocolo de RMP completa para los 16 grupos musculares.

16 Grupos musculares

1 er Grupo: manos y antebrazos. Aprieta simultáneamente ambos puños. Nota la tensión en tus antebrazos y manos. Céntrate en esas sensaciones. Esto es tensión. Suelta las manos, libera la tensión, céntrate en las sensaciones que invaden tus antebrazos y cuán diferentes son respecto a la tensión.

2. ° Grupo: bíceps. Lleva las manos a los hombros y aprieta los bíceps contra los antebrazos. Localiza la tensión en los bíceps. Céntrate en ella. Nota la tensión. Suelta los bíceps, y deja que las manos vuelvan a la posición inicial. Nota la diferencia de sensaciones en tus bíceps.

3. er Grupo: tríceps. Estira ambos brazos al frente de forma que se queden paralelos entre ellos y con respecto al suelo, tensa la parte posterior de los brazos, los tríceps. Nota los puntos de tensión. Fíjate en ellos. Suelta los tríceps, deja caer los brazos y analiza lo que notas. Nota la diferencia.

4. ° Grupo: hombros-trapecio. Eleva los hombros hacia arriba como si quisieras tocar las orejas. Mantén la tensión y nóta la en tus hombros y trapecios. Focaliza tu atención en lo que notas. Suelta los hombros, déjalos caer. Elimina la tensión. Presta atención a lo que notas.

5. ° grupo: cuello I. Inclina la cabeza hacia delante como si quisieras tocar con la barbilla el pecho. Hazlo lentamente. Nota tensión en la parte de atrás del cuello. Nota la tensión. Vuelve lentamente a la posición de reposo. Céntrate en los cambios que estás notando en la parte posterior del cuello. Nota la distensión.

6. ° grupo: cuello II. Empuja, con la parte posterior de la cabeza y no con la nuca, el sofá hacia atrás. Nota la tensión en la parte frontal del cuello. Céntrate en ella y mantenla. Suelta lentamente, elimina la tensión y ve notando la diferencia.

7. ° grupo: frente. Sube las cejas hacia arriba hasta notar arrugas en la frente. Nota la tensión. Suelta tu frente y deja que las cejas reposen. Nota las sensaciones diferentes a la tensión que aparecen en tu frente.

8. ° grupo: ojos. Aprieta fuertemente los ojos hasta crear arrugas en los párpados. Nota la incomodidad y la tensión. Suelta los párpados y deja los ojos cerrados suavemente. Nota la diferencia. Lo que sientes ahora es diferente a la tensión.

9. ° grupo: labios y mejillas. Haz una sonrisa forzada sin que se vean los dientes. Localiza los puntos de tensión alrededor de tu boca. Céntrate en esa tensión. Suelta, elimina la sonrisa, y nota las sensaciones que aparecen.

10. ° grupo: pecho-espalda. Haz este ejercicio muy lentamente. Arquea el torso, de manera que tu pecho salga hacia delante y tus hombros y codos hacia atrás. Mantén esta postura notando la tensión en pecho y espalda. Vuelve muy lentamente a la posición original destensando. Y deja que tu espalda se apoye completamente en el sofá. Nota la diferencia.

12. ° grupo: abdominales I. Mete la zona del estómago hacia adentro. Nota la tensión. Suelta y deja que los músculos vuelvan a su posición original. Discrimina las sensaciones.

13. ° grupo: abdominales II. Saca la zona del estómago hacia fuera hasta notar tensión. Céntrate en la tensión. Suelta y observa los cambios que se producen. Discrimina las nuevas sensaciones.

14. ° grupo: muslos. Contrae ambos muslos simultáneamente. Nota las sensaciones de tensión que te producen. Suéltalos y analiza la diferencia.

15. ° grupo: gemelos. Apunta los pies hacia la cabeza notando la tensión de tus gemelos. Suelta. Observa las diferentes sensaciones.

16. ° grupo: pies. Lleva tus pies hacia abajo intentando formar una línea recta con tus piernas. Localiza la tensión en pies y gemelos. Suelta y sé consciente de las diferencias que notas.

-Duración aproximada: 20 min.

Con la práctica cada vez se necesitará menos tiempo para eliminar la tensión. Ya que se irán uniendo diferentes grupos musculares y se llegará finalmente a la relajación mental, donde directamente produciremos relajación en los músculos que detectemos con tensión.

El objetivo es conseguir relajarse mentalmente en cualquier situación, para ello se practicará la relajación en diferentes situaciones de la vida diaria.

Después de conseguir relajarnos en situaciones cotidianas se pasará a practicarla en situaciones que provoquen emociones negativas de baja intensidad.

Inoculación del estrés y auto instrucciones. Fundamento teórico y descripción.

El estrés es un problema frecuente en nuestra sociedad. Se produce cuando la persona percibe una demanda excesiva frente a sus capacidades individuales de afrontamiento en ese momento determinado. Es decir, siente que no es capaz de sacar adelante la situación de forma adecuada. Como resultado, en un primer momento el estrés nos ayuda a solucionar la situación de forma más efectiva, ya que el organismo reacciona para recoger más información, procesarla e interpretarla más eficazmente, pero si esta circunstancia se mantiene durante mucho tiempo puede aparecer el agotamiento.

Una de las maneras más sencillas de reconocer el problema es detectando estados emocionales negativos como la ansiedad, la depresión y la ira, que aparecen como consecuencia de un período de estrés prolongado. La persona que sufre estrés crónico puede notar que le cuesta concentrarse, que tiene olvidos frecuentes, está muy sensible a las críticas y se siente incapaz a la hora de tomar decisiones. A nivel fisiológico se produce entre otros síntomas: elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, respiración entrecortada y sudoración. Habitualmente aparecen cambios en la alimentación, insomnio, comportamientos impulsivos, tendencia al aislamiento, absentismo, etc., por lo que cada vez se insiste más desde diversas instituciones y organismos en la prevención y el control de este trastorno. Si la persona presenta los síntomas comentados anteriormente de forma intensa y durante un tiempo prolongado, se pueden llegar a producir problemas de salud más graves, por lo que será aconsejable que los profesionales sanitarios le enseñen técnicas que le ayuden a manejar el estrés de forma adecuada.

La inoculación del estrés es un procedimiento diseñado para el manejo (coping) de las situaciones productoras de estrés (ansiedad, ira, enfado, etc.).

Su objetivo es desarrollar o dotar a los sujetos de habilidades y destrezas que les permitan:

- Disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica.

- Sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un conjunto de pensamientos positivos (autoinstrucciones) que sirven para afrontar el estrés.

- Identificar situaciones estresantes y prepararnos para afrontarlas en el futuro.

Esta técnica se lleva a cabo en 3 pasos:

1. Fase educativa:

- Explicación de la estrategia de tratamiento. Definir las situaciones productoras de estrés en el paciente.

2. Fase de ensayo y adquisición de habilidades.

- Entrenamiento en relajación y respiración profunda.
- Entrenamiento autoinstruccional mediante la creación de un conjunto propio de pensamientos (autoinstrucciones) de afrontamiento del estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales.

3. Fase de implementación.

- Utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento real para ejercer presión sobre los hechos que se consideran perturbadores, mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando autoinstrucciones para el afrontamiento del estrés.

Entrenamiento autoinstruccional: Se utiliza para modificar o contrarrestar los efectos de «pensamientos negativos» que interfieren con la ejecución correcta de una tarea o el afrontamiento de una situación, mediante autoinstrucciones, que son pensamientos estructurados en palabras, no imágenes.

Ejemplo: Situación entrevista de trabajo.

Pensamiento negativo automático: «Me pondré nervioso y fracasaré, no me cogerán».

Autoinstrucciones: «Yo sé que puedo, voy a dar todo de mí, estoy preparado para este puesto».

En la inoculación del estrés se parte de la idea de que la situación estresante a la que se enfrenta la persona se conoce con anterioridad, por ello, existe ansiedad anticipatoria. Esta técnica surte efecto porque ayuda a actuar de forma eficaz y controlada.

Método de aplicación

Se realiza una división del entrenamiento en 4 fases cronológicas como se muestra en la Figura 3.

Fases del entrenamiento en inoculación del estrés y autoinstrucciones .Existe una división del entrenamiento en 4 fases cronológicas para el manejo de las situaciones productoras de estrés.

Figura 3. Fases del entrenamiento en inoculación del estrés y autoinstrucciones. Existe una división del entrenamiento en 4 fases cronológicas para el manejo de las situaciones productoras de estrés.

Fase previa:

- Elaborar un plan general de afrontamiento.
- Eliminación y cambio de pensamientos negativos.

Fase de toma de contacto:

- Reinterpretar el estrés como algo positivo.
- Controlar la respuesta de estrés.
- Aplicar el plan.

- Reafirmar la capacidad para el enfrentamiento.

Fase de máxima ansiedad:

- Introducción de un «termómetro de ansiedad». Preguntarse, ¿cuánto nivel de ansiedad tengo?

- Motivar: «Otras veces ha sido peor».

- Decidir rebajar el estrés. «Voy a controlarlo un poco».

- Enunciar el método para rebajarlo: «Voy a bajarlo respirando 3 veces profundamente».

- Recordar que va a pasar pronto: «Tranquilo, espera un poco más, va a bajar ya».

- Reforzarse: «Lo estoy haciendo bien, ya llevo 10 min».

Fase final:

- Evaluar objetivamente el enfrentamiento.

- Eliminar sentimientos de culpa o desesperanza.

- Autorreforzarse.

Ejemplo práctico

1. Fase previa. Preparándose para un estresor.

- ¿Qué es lo que tienes que hacer?
- Puedes hacer un plan para hacerle frente.
- Piensa en lo que puedes hacer. Más vale eso que ponerse nervioso.
- Nada de pensamientos negativos: piensa de modo racional.
- No te preocupes, preocuparte no te va a ser de ayuda.
- Quizá lo que crees que es ansiedad no es sino deseo de enfrentarte con ello.

2. Fase de toma de contacto. Haciendo frente y manejando al estresor.

- Adelante. Tú puedes pasar este desafío.
- Poco a poco, puedes manejar la situación.
- No pienses en el miedo; piensa en lo que tienes que hacer. Continúa haciendo lo que viene al caso.
- Esta ansiedad es lo que el médico dijo que ibas a sentir. Es una advertencia para que uses tus ejercicios.
- Esta tensión puede ser un indicio para que trates de hacerte con la situación. Respira despacio y hondo.

3. Fase de máxima ansiedad. Manejándose con el sentimiento de estar abrumado.

- Cuando aparece el miedo, haz una pausa.

- Mantén la atención en el presente. ¿Qué es lo que tienes que hacer?
- Califica tu miedo de 0 a 10 y mira a ver si cambia.
- Debes esperar que el miedo aumente.
- No intentes eliminar el miedo por completo; intenta solo que sea soportable.
- Razonando puedes eliminar el miedo.
- Enseguida se pasa.
- Podrían ocurrir cosas peores.
- Describe lo que tienes a tu alrededor. Así no pensarás en preocuparte.

4. Fase final. Expresiones de autorrefuerzo:

- «Funcionó, lo conseguiré».
- «Espera a decirle esto al médico.».
- «Habías exagerado el miedo más de lo que en realidad era.»
- «Tus ideas tontas. Ahí está el problema. Cuando las controlas, controlas el miedo.»
- «Cada vez que usas este procedimiento lo haces mejor.»

ANEXO II



Metas de control en cada consulta

Metas	Glucosa En ayuno 70-130 mg/dl, <180 dos horas después del alimento	Hemoglobina Glucosilada <7%	Presión arterial Menos de 130/80	Colesterol LDL menos de 100 mg/dl. HDL mayor de 40 en hombres y 50 en mujeres	Triglicéridos Menos de 150 mg/dl	Peso Peso ideal:	Albuminuria Negativa: menor de 30 Microalbuminuria: 30-299 mg/24 h	Revisión de los pies
Fecha	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:
	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Plan:	Plan:
Fecha	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:
	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Plan:	Plan:
Fecha	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:
	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Plan:	Plan:
Fecha	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:
	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Meta para la próxima cita:	Plan:	Plan:

Vacunas	Fecha de la 1a dosis	Refuerzo
Neumococo		
Influenza		
Tétanos		
Sarampión Rubéola		
Varicela		

	Fecha de evaluación		Recomendación
Fuma:	Si	No	
Visita al oftalmólogo	Si	No	1 vez al año
Visita al dentista	1a	2a	cada 6 meses

ANEXO III

TERMOMETRO DEL ANIMO

SEMANA # _____

NOMBRE _____

DIA: _____

E	El Mejor	9	9	9	9	9	9	9
S								
T	Bastante Mejor	8	8	8	8	8	8	8
A								
D	Mejor	7	7	7	7	7	7	7
O								
	Mejor que Regular	6	6	6	6	6	6	6
D								
E	Regular	5	5	5	5	5	5	5
A								
N	Peor que Regular	4	4	4	4	4	4	4
I								
M	Peor	3	3	3	3	3	3	3
O								
	Bastante Peor	2	2	2	2	2	2	2
	El Peor	1	1	1	1	1	1	1

NUMERO DE
PENSAMIENTOS:

POSITIVOS _____

NEGATIVOS _____

NUMERO DE
ACTIVIDADES
AGRADABLES:

NUMERO DE
CONTACTOS
CON GENTE:

POSITIVOS _____

NEGATIVOS _____

ANOTACIONES:

NOTAS PARA EL TRATAMIENTO DE GRUPO

COMO NUESTROS PENSAMIENTOS AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO
(SESION 1 de 4)

REPASO: El propósito del tratamiento de grupo.
 Bienvenida a los nuevos miembros.
 Las sugerencias y reglas del grupo.
 Nuestra forma de pensar sobre la depresión y como la tratamos.

1. El propósito de esta terapia de grupo es tratar la depresión a través de la enseñanza de formas diferentes de mejor controlar nuestro estado de ánimo. Existen cuatro metas:

- Disminuir nuestros sentimientos de depresión;
- Acortar el tiempo que estamos deprimidos;
- Aprender formas de prevenir el deprimirse de nuevo;
- Sentimos más en control de nuestras vidas.

2. El propósito de la sesión de hoy es:

- Describir la forma en que se llevaran a cabo las sesiones de tratamiento;
- Presentarnos unos a otros dentro del grupo
- Aprender lo que es la depresión
- Aprender una forma útil de pensar acerca de la depresión
- Aprender como los **pensamientos** influyen como nos **sentimos**.

3. Presentar la forma en que las sesiones se llevaran a cabo:

- Reglas y Sugerencias para el grupo (paginas 3 y 4)

4. Presentaciones.

Se espera que usted comparta un poco acerca de usted mismo(a) (no acerca de sus problemas--estos los atenderemos después en el grupo). Por ejemplo:

en donde nació y creció

- cosas acerca de su familia
- que tipo de trabajo ha hecho
- cuales son sus intereses principales
- cosas acerca de usted que piensa sean importantes.

5. Que es la depresión?

A. La palabra **depresión** se usa de muchas formas.

Depresión puede significar:

- un sentimiento que dura unos cuantos minutos;
- un estado de ánimo que dura de unas horas a unos cuantos días;
- una condición clínica que:
 - dura **al menos dos semanas**
 - causa un fuerte sufrimiento emocional
 - hace difícil que llevemos a cabo nuestros deberes diarios.

B. Intención del grupo de terapia es para tratar la **depresión clínica**.

6. **Las personas que sufren de depresión clínica generalmente tienen 5 ó más de las siguientes síntomas:**
- sentirse deprimido(a) ó decaído(a) casi a diario;
 - no estar interesado(a) en cosas ó ser incapaz de disfrutar cosas que usted antes disfrutaba;
 - cambio de apetito y/o de peso (comer ya sea más ó menos de lo que usted acostumbra);
 - problemas para dormir (dificultades para quedarse dormido, despertarse frecuentemente, despertarse muy temprano y no poderse dormir de nuevo, dormir mucho);
 - cambios en la rapidez con la que usted se mueve (ya sea estar muy inquieto(a) ó moverse muy lentamente);
 - sentirse cansado(a) todo el tiempo;
 - sentirse devaluado(a) ó culpable;
 - problemas pensando, concentrándose, ó tomando decisiones;
 - pensando mucho acerca de la muerte, deseando estar muerto(a), ó pensando en herirse a usted mismo(a) (suicidarse).
7. **Una forma útil de pensar acerca de la depresión.**
Fijese en la hoja titulada **COMO ENTENDEMOS LA DEPRESION** (pagina 1)
8. **¿PARA USTED QUE SIGNIFICA LA DEPRESION?**
(En esta ocasión usted puede compartir sus problemas).
- ¿Qué tipos de pensamientos le pasan por su mente cuando usted se siente deprimido(a) ó triste?
 - ¿Qué es lo que usted hace cuando se siente deprimido(a)?
 - ¿Cómo se lleva con la gente cuando usted está deprimido(a)?
9. **LOS PENSAMIENTOS AFECTAN EL ESTADO DE ANIMO:**
El pensar ciertos tipos de pensamientos hacen más o menos probable que usted se deprima.
- Por "**pensamientos**" nosotros nos referimos a "cosas que nos decimos a nosotros mismos."
- Los **pensamientos** pueden tener un efecto sobre su **cuerpo**.
 - Los **pensamientos** pueden tener un efecto sobre sus **acciones**.
 - Los **pensamientos** pueden tener un efecto sobre su **estado de ánimo**.
10. Una buena forma de pensar acerca de éste tipo de terapia de grupo es que usted aprenderá algunos métodos específicos para cambiar sus pensamientos y sus acciones, de tal forma que su estado de ánimo se mejorará.

DE LA TEORIA A LA PRACTICA

1. El Termómetro del ánimo.
(Vea instrucciones para el uso del Termómetro del ánimo)

NOTAS PARA EL TRATAMIENTO DE GRUPO

COMO NUESTROS PENSAMIENTOS AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO
(SESION 2 de 4)

REPASO: Depresión; Teoría Social del Aprendizaje; auto-control.

Termómetro del Animo:

- ¿Cómo se sintió llenándolo cada día?
- ¿Tuvó alguna sorpresa?
- ¿Porqué es importante hacer la tarea?

1. **Los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo:**

Diferentes tipos de pensamientos producen un diferente efecto en su estado de ánimo.

- Algunos pensamientos aumentan la probabilidad de que usted se deprima, mientras que otros disminuyen la probabilidad de que usted se deprima.

2. **¿Qué son los pensamientos?:**

Pensamientos son ideas que nos decimos a nosotros mismos.

- Nosotros nos hablamos mentalmente todo el tiempo, pero no todo el tiempo nos damos cuenta.
- Es útil pensar acerca de los pensamientos como "objetos" ("ideas") que tienen un efecto real sobre nuestras mentes y cuerpos.

3. **¿Cómo piensan los que están deprimidos?:**

Inflexible:

- Por ejemplo, una persona que está deprimida podría pensar: "Tengo miedo."
- Un pensamiento flexible que nos podría evitar sentirnos deprimidos podría ser, "A veces tengo miedo, pero también a veces soy valiente."

Enjuiciador:

- Una persona que está deprimida podría pensar: "Soy un fracaso"
- El pensador flexible podría decir, "Soy muy miedoso pero eso no quiere decir que soy un cobarde"

4. **¿Cómo piensan los que no están deprimidos?:**

Se pueden cambiar su forma de pensar:

- Deprimido: "Yo siempre he sido y seguiré siendo un cobarde."
- Flexible: "Me siento con miedo en algunas situaciones a veces"

Miran lo que hacen, no lo que son:

- El pensador deprimido podría decir, "Nací para sentirme mal."
- El pensador flexible podría decir, "He estado comportandome en formas que ahora me hacen sentir deprimido."

Tienen esperanzas para el cambio:

- El pensador deprimido diría, "Nunca me ha ayudado nada."
- El pensador flexible diría, "Nada de lo que he tratado hasta ahora me ha ayudado, pero esto es nuevo y podría ser el tiempo oportuno para empezar a sentirme mejor."

5. Aprendiendo a identificar diferentes tipos de pensamientos:A. Pensamientos constructivos versus destructivos:

- Pensamientos **constructivos** le ayudan a sentirse mejor y más entero. Por ejemplo, el pensamiento, "Yo puedo aprender a controlar mi vida para hacer lo que yo realmente quiero" es un pensamiento constructivo.
- Pensamientos **destructivos** lo hacen sentirse mal. Por ejemplo, usted podría pensar "No sirvo para nada" ó "Todo me salió mal educando a mis hijos" ó "He cometido tantos errores que no puedo salir de mis problemas."

B. Pensamientos necesarios versus innecesarios:

- Pensamientos **necesarios** le recuerdan cosas que tenemos que hacer, tales como "Debo acordarme de llenar el termómetro del ánimo esta noche antes de acostarme."
- Pensamientos **innecesarios** no cambian nada, pero pueden hacernos sentir mal. Por ejemplo, podríamos pensar "Pronto habrá un terremoto" ó "A lo mejor tengo cancer."

C. Pensamientos positivos versus negativos:

- Pensamientos **positivos** lo hacen sentirse mejor, por ejemplo el pensamiento "Las cosas ahora parecen estar mal, pero al menos aquí estoy haciendo algo para cambiarlas" es útil.
- Pensamientos **negativos** lo hacen sentirse mal, por ejemplo "No hay remedio para mi depresión."

ERRORES EN EL PENSAMIENTO: Aprendiendo a reconocerlos1. Pensamientos de todo-ó-nada:

Es cuando usted mira las cosas como si fueran completamente buenas ó completamente malas. Por ejemplo, si usted comete algún error haciendo alguna cosa, usted piensa que **todo** su trabajo fué inútil. Por ejemplo, usted podría pensar, "Por qué no hice el termómetro del ánimo bien el día de hoy, **nunca** podré hacerlo bien."

2. Mirando un ejemplo de algo negativo como si todo fuera a resultar mal:

Usted ve un solo evento negativo como una derrota que nunca fuera a terminar. Por ejemplo, "Como esta persona no me saludó, entonces nunca podré ser su amigo(a)."

3. Filtro mental:

Usted toma un solo evento negativo y se fija exclusivamente en él, de tal forma que todo lo demás lo ve negativo. Por ejemplo, una paciente vino a tratamiento un día y nos dijo que había visto un pájaro muerto en la acera y que esto la hizo sentirse muy mal. Ella había caminado a través de una area preciosa de árboles con hermosos colores otoñales y todo lo que vió fue el pájaro muerto.

4. Descontando lo positivo:
Usted no toma en cuenta las cosas positivas que suceden, solo vé lo negativo.
Por ejemplo, usted podría creer que no le cae bien a nadie, de tal forma que si alguna persona se porta agradable con usted, usted luego piensa que algo mal debe de haber con esa persona.
5. Haciendo a conclusiones erróneas:
Usted hace conclusiones antes de tiempo y le ve el lado negativo a las cosas. Existen dos tipos:
 - Levando la mente: Cuando usted ve a alguien que esta enojado(a), usted podría pensar que usted no le cae bien ó que esta enojado(a) con usted. Bien podría ser que esta persona tiene dificultades con ella misma.
 - Leendo su fortuna: Usted siente y predice que solo desastres ó tragedias le van a ocurrir en el futuro. Por ejemplo, "Me va a dar cancer."
6. Haciendo las cosas más importantes o menos importantes de lo que realmente son:
Usted hace que sus errores parezcan más grandes de lo que realmente son. Al mismo tiempo, usted también hace que las cosas buenas que le suceden parezcan menos importantes que lo que realmente son.
Por ejemplo, usted podría pensar "Yo cometí un error con mi amiga y ella nunca me lo podrá perdonar. Aunque yo he sido siempre bueno con ella, ella no lo va a tomar en cuenta."
7. Tomando sus sentimientos muy seriamente:
Pensando que sus sentimientos son la realidad.
Por ejemplo, usted piensa "Me siento tan mal, que esto comprueba lo terrible que es vivir en este mundo."
8. Deberes:
Usted trata de motivarse con deberes; es decir con lo que usted cree que la gente debe de hacer ó decir.
Por ejemplo, usted podría pensar "Yo debo ser una mejor persona" ó "Yo debo dejar de comer hasta que pierda peso." Cuando usted se dice estos deberes a usted mismo(a) usted se siente culpable. Cuando usted los dice acerca de otras personas, usted se siente enojado(a) y desilusionado(a) de ellas.
9. Etiquetandose usted mismo(a):
Solo porque usted comete un error, usted empieza a pensar que es un perdedor.
Por ejemplo, usted podría decirse "Porque rompí éste vaso, soy un(a) incompetente."
10. Culpandose a sí mismo(a):
Se culpa a usted mismo(a) de cosas negativas que suceden a su alrededor y de las que no tiene ningun control sobre ellas.
Por ejemplo, si algo malo le sucede a alguno de sus familiares o amigos, usted se siente como si fuera su culpa.

NOTA: ESTOS ERRORES EN EL PENSAMIENTO FUERON ADAPTADAS DEL LIBRO "FEELING GOOD: THE NEW MOOD THERAPY" ESCRITO POR DAVID BURNS (Publicado por William Morrow and Company, 1980).

NOTAS PARA EL TRATAMIENTO DE GRUPO

COMO NUESTRAS ACTIVIDADES AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO
(SESION 1 de 4)

- REPASO: • El propósito del tratamiento de grupo.
• Bienvenida a los nuevos miembros.
• Las sugerencias y reglas del grupo.
• Nuestra forma de pensar sobre la depresión y como la tratamos.
1. El propósito de esta terapia de grupo es tratar la depresión a través de la enseñanza de formas diferentes para mejor controlar nuestro estado de ánimo. Existen cuatro metas:
 - Disminuir nuestros sentimientos de depresión;
 - Hacer más corto el tiempo que estamos deprimidos;
 - Aprender formas de prevenir el deprimirse de nuevo;
 - Sentimos más en control de nuestras vidas.
 2. El propósito de la sesión de hoy es:
 - Describir la forma en que se llevarán a cabo las sesiones de tratamiento;
 - Presentarnos unos a otros dentro del grupo;
 - Aprender lo que es la depresión;
 - Aprender una forma útil de pensar acerca de la depresión;
 - Aprender como las **actividades** diarias que hacemos influyen como nos **sentimos**.
 3. Presentar la forma en que las sesiones se llevarán a cabo: **Sugerencias y reglas** para el grupo.
 4. Presentaciones.
Se espera que usted comparta un poco acerca de usted mismo(a) (no acerca de sus problemas--estos los atenderemos después en el grupo). Por ejemplo:
 - en donde nació y creció
 - cosas acerca de su familia
 - que tipo de trabajo ha hecho
 - cuáles son sus intereses principales
 - cosas acerca de usted que piensa sean importantes.
 5. ¿Qué es la depresión?
La palabra **depresión** se usa de muchas formas. Depresión puede significar:
 - un sentimiento que dura unos cuantos minutos;
 - un estado de ánimo que dura de unas horas a unos cuantos días;
 - una condición clínica que:
 - dura **al menos dos semanas**
 - causa un fuerte sufrimiento emocional
 - hace difícil que llevemos a cabo nuestros deberes diarios.

Este tratamiento de grupo intenta tratar la **depresión clínica**.

6. Las personas que sufren de depresión clínica generalmente tienen 5 ó más de las siguientes síntomas:
- sentirse deprimido(a) ó decaído(a) casi a diario;
 - no estar interesado(a) en cosas ó ser incapaz de disfrutar cosas que usted antes disfrutaba;
 - cambio de apetito y/o de peso (comer ya sea más ó menos de lo que usted acostumbra);
 - problemas para dormir (dificultades para quedarse dormido, despertarse frecuentemente, despertarse muy temprano y no poderse dormir de nuevo, dormir mucho);
 - cambios en la rapidez con la que usted se mueve (ya sea estar muy inquieto(a) ó moverse muy lentamente);
 - sentirse cansado(a) todo el tiempo;
 - sentirse devaluado(a) ó culpable;
 - problemas pensando, concentrándose, ó tomando decisiones;
 - pensando mucho acerca de la muerte, deseando estar muerto(a), ó pensando en herirse a usted mismo(a) (suicidarse).

8. Una forma útil de pensar acerca de la depresión.
Fijese en la hoja titulada COMO ENTENDEMOS LA DEPRESION.

7. ¿PARA USTED QUE SIGNIFICA LA DEPRESION?
(En esta ocasión usted puede compartir sus problemas).
- ¿Qué tipos de pensamientos le pasan por su mente cuando usted se siente deprimido(a) ó triste?
 - ¿Qué es lo que usted hace (es decir, como actúa) cuando se siente deprimido(a)?
 - ¿Cómo se lleva con la gente cuando usted está deprimido(a)?

8. Una forma útil de pensar acerca de la depresión.
Fijese en la hoja titulada COMO ENTENDEMOS LA DEPRESION.

9. LAS ACTIVIDADES QUE HACEMOS AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO:

**ENTRE MENOS ACTIVIDADES AGRADABLES HACE LA GENTE, MAS DEPRIMIDOS
SE SIENTEN**

Las preguntas claves son

- Deja usted de hacer cosas porque se siente deprimido(a)?
ó
- ¿Usted se deprimé porque deja de hacer cosas?

La respuesta más probable es que son las **DOS** cosas:

- **Entre menos cosas hace, más deprimido(a) se siente.**
- **Entre mas deprimido(a) se siente, menos cosas hace.**

10. A esto se le llama un "CIRCULO VICIOSO."
- A. PARA ROMPER EL CIRCULO VICIOSO, USTED PUEDE AUMENTAR AQUELLAS ACTIVIDADES QUE LO HAGAN SENTIRSE MEJOR.
- B. A estas actividades se les puede llamar "agradables", "placenteras", "reforzantes", "inspiradoras", etc. Nosotros les llamaremos "agradables."
11. Las actividades agradables NO TIENEN QUE SER ACTIVIDADES ESPECIALES (aunque pueden serlo). Por actividades agradables nosotros nos referimos principalmente a actividades ordinarias.
12. Algunas veces es difícil pensar en cosas que nosotros consideramos agradables, especialmente cuando hace mucho tiempo que no los hemos hecho.
- Cuando estamos deprimidos, es más difícil recordar cosas agradables.
 - Para ayudar a cada miembro del grupo con su lista personal de actividades que los hacen sentir bien, nosotros usamos la "LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES."
13. Para la próxima semana usted llenaría un registro del número de estas actividades que usted haga todos los días.
- Pongale una marca a cada una de las actividades que usted haga cada día.
 - Si alguna de las actividades no se aplica a usted, entonces dejela en blanco ó tachela con una línea.
 - Es probable que usted nunca haya hecho esto anteriormente en su vida.
 - ¡Mucha gente encuentra éste ejercicio muy interesante y muy útil!
 - Esta semana usted no tiene que hacer nada más allá de lo que ordinariamente hace.
 - Nosotros queremos saber el número de actividades que usted hace cada día en el curso de la próxima semana.

AL HACER ESTO, USTED APRENDERÁ ALGO ACERCA DE COMO SUS ACTIVIDADES DIARIAS INFLUYEN SU ESTADO DE ANIMO.

14. Algunos obstáculos para trabajar con actividades agradables son:
- A. SUS PENSAMIENTOS:
- ¿Qué es lo que se dice a usted mismo(a) mientras piensa acerca de como las actividades agradables influyen su estado de ánimo?
 - ¿Existen cosas que se dice a usted mismo(a) que disminuyen la posibilidad de que usted pueda trabajar en sus actividades?
- B. GENTE:
- ¿Existe la posibilidad de que otra gente le dificulte el trabajar en actividades agradables?

DE LA TEORIA A LA PRACTICA

1. Llene el Termómetro del Animo.
2. Al final del día, pongale una marca a cada una de las actividades de la LISTA DE ACTIVIDADES que usted hizo. Anote el número total de marcas que tuvo al final de la lista cada día. Traiga la lista con usted la próxima semana.

FORMA DE TRABAJO PARA EL METODO A-B-C-D

<p>A. Evento ACTIVANTE (¿Qué sucedió?)</p>	<p>C. CONSECUENCIA (¿Cómo reaccionó usted?)</p>
<p>B. BELIEF (CREENCIA) DE LO QUE SUCEDIO. (Lo que usted se dijo a usted mismo(a) acerca de lo que sucedió y que influenció su reacción).</p>	<p>D. DISCUtir LA CREENCIA (Los pensamientos alternativos que podrían ayudarle a reaccionar de una forma más saludable).</p>

BIBLIOGRAFÍA.

- ADER, R. Y N. COHEN (1982). "BEHAVIORALLY CONDITIONED IMMUNOSUPPRESSION". PSYCHOSOMATIC MEDICINE. 3 ADER, R. Y N. COHEN (1982). "BEHAVIORALLY CONDITIONED IMMUNOSUPPRESSION". PSYCHOSOMATIC MEDICINE. 37, PP. 333-340.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). DSM-IV-R .*DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS* (ED.). WASHINGTON. DC. EE. UU. : AUTOR.
- 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.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2002). *COMPLETE GUIDE TO DIABETES* (3RD EDITION). ALEXANDRIA, VA: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, INC.
- AMIGO, I., C. FERNÁNDEZ & M. PÉREZ (1998). *MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD*. MADRID: PIRÁMIDE.
- ANDERSON. N. B. (1995). "BEHAVIORAL AND SOCIOCULTURAL PERSPECTIVES ON ETHNICITY AND HEALTH: INTRODUCTION TO THE SPECIAL ISSUE." *HEALTH PSYCHOLOGY*, 14, PP. 589-591
- ARDELL, D. (1979). "THE NATURE AND IMPLICATION OF HIGH LEVEL WELLNESS, OR WHY 'NORMAL HEALTH' IS A RATHER SORRY STATE OF EXISTENCE." *HEALTH VALUES*, 3, PP. 17-24.
- BECK, A. (1983). *TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN*. BILBAO: DESCLEE DE BROUWER.
- BELLO, M., PUENTES, E., MEDINA, M. Y LOZANO, R. (2005). *PREVALENCIA Y DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN ADULTA EN MÉXICO*. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. VOL. 47, 1, PP. S4-S11.
- BELLO, B. ET AL. SÍNDROME METABÓLICO: UN PROBLEMA DE SALUD CON MÚLTIPLES DEFINICIONES. *REV. MED. ELECTRÓN. [ONLINE]*. 2012, VOL.34, N.2 [CITADO 2014-03-04], PP. 199-213. DISPONIBLE EN: <[HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1684-18242012000200009&LNG=ES&NRM=ISO](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000200009&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1684-1824
- BELLOCH, A., SANDÍN, B. Y RAMOS, F. (1995). *MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA*. VOL. 2. 1ª ED. ESPAÑA: MC GRAW HILL.
- BLACKWELL, B. (1976): TREATMENT ADHERENCE. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY* 129, (513-531).
- BOTT, U., BOTT, S., HEMMANN, D. & BERGER, M. (2000). EVALUATION OF A HOLISTIC TREATMENT AND TEACHING PROGRAMME FOR PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES WHO FAILED TO ACHIEVE THEIR THERAPEUTIC GOALS UNDER INTENSIFIED INSULIN THERAPY. *DIABETIC MEDICINE*, 17, 635-643.
- CABALLO, V. (COMP.)(1991). *MANUAL DE TÉCNICAS DE TERAPIA Y MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA*. MADRID: SIGLO XXI.
- CABALLO, V. (1998). *MANUAL DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS*. VOL. 1. ESPAÑA: SIGLO XXI.
- CABALLO, V. (2006). *MANUAL PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS: TRASTORNOS DE LA EDAD ADULTA E INFORMES PSICOLÓGICOS*. ESPAÑA: EDICIONES PIRÁMIDE.
- CASANOVA, M. DE LA C., ET AL. (2011). UNIVERSIDAD-SOCIEDAD SU RELACIÓN EN LA PERCEPCIÓN DE MÉDICOS DE FAMILIA Y PACIENTES DIABÉTICOS SOBRE LA ENFERMEDAD. *REV CIENCIAS MÉDICAS [ONLINE]*, VOL.15, N.3 [CITADO 2014-03-04], PP. 144-155. DISPONIBLE EN: <[HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1561-31942011000300014&LNG=ES&NRM=ISO](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000300014&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3194.

- CENAPRECE, SECRETARIA DE SALUD. PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS. 2º EDICIÓN. MÉXICO, D.F. 11800. WWW.SALUD.GOB.MX
- CIECHANOWSKI, P. S., KATON, W. J., RUSSO, J. E. & HIRSH, I. B. (2003). THE RELATIONSHIP OF DEPRESSIVE SYMPTOMS TO SYMPTOM REPORTING, SELF-CARE AND GLUCOSE CONTROL IN DIABETES. *GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY*, 25, 246-252.
- CIE-10 (INTERNATIONAL CLASIFICACION OF DISEASES).
[HTTP://WWW.SSSALUD.GOV.AR/HOSPITALES/ARCHIVOS/CIE_10_REVI.PDF](http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf)
- CONTRADA, R. J., M. LEVENTHAL Y A. O 'LEAR (1990). "PERSONALITY AND HEALTH". EN L. PERVIN (ED.). *HANDBOOK OF PERSONALITY. THEORY AND RESEARCH*. LONDRES: GUILFORD PRESS, PP. 638-669.
- DAVIS, W.K., G.E. HESS, R. G. Y HISS (1988). "PSYCHOLOGICAL CORRELATES OF SURVIVAL IN DIABETES." *DIABETES CARE*. 11, PP 538-545.
- DÍAZ, R. E. (2010). *ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL, HERRAMIENTA PARA LA INTERVENCIÓN SOCIAL*. INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA. MÉXICO.
- DUNBARD, J., ERLÉN, A., SCHLENK, A., RYAN, M., SEREIKAS, M. DOSWELL, M. (2000). ADHERENCE IN CHRONIC DISEASE. *ANN REV NURS RES*; 18: 48-90.
- DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD EN EL 2007. (PROPORCIONADO POR JURISDICCIÓN SANITARIA CUAJIMALPA EN OCTUBRE 2013).
- DUNBARD, M., STUNKARD, J. (1979): ADHERENCE TO MEDICAL REGIMEN. EN: *NUTRITION, LIPIDS AND CORONARY HEAR DISEASE*. R LEVY, B RIFKIND, B DENNIS, N ERNST (EDS.): RAVEN, NUEVA YORK.
- "EL MANEJO PSICOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ESENCIAL: EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL" REVISTA: *REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA* 2005 37(3).
[HTTP://WWW.REDALYC.ORG/PDF/805/80537304.PDF](http://www.redalyc.org/pdf/805/80537304.pdf).
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2000 (ENSA).
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2012 (ENSANUT).
[ENSANUT.INSP.MX/DOCTOS/ENSANUT2012_PRESENTACIONOFICIALCORTA](http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_PRESENTACIONOFICIALCORTA).
- ESPINOSA, A., CARAVEO, J., ZAMORA, M., ARRONTE, R., KRUG, E., OLIVARES, R., REYES, H., TAPIA, R. GARCÍA, J., DOUBOVA, S. Y PEÑA, A. (2007). GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES. *SALUD MENTAL*. VOL. 30, NÚM. 006, PP. 69-80.
- ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y LA DIABETES. S.S. A. PRIMERA EDICIÓN. SEPTIEMBRE 2013.
- FARRÉ, J., SOLER, P., GASCÓN J. & FUILANA, M. (2005). *RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL*. BARCELONA. ARS MÉDICA.
- FOUCAULT, M. (1983). *EL NACIMIENTO DE LA CLÍNICA*. SIGLO XXI EDITORES, MÉXICO.
- FOUCAULT M. (1966). *EL NACIMIENTO DE LA CLÍNICA. UNA ARQUEOLOGÍA DE LA MIRADA MÉDICA*, 1ª ED. MÉXICO: SIGLO XXI; 293 P. 11. CÓRDOBA R.
- FOXSBURY, J., BOSLEY, C., RYLE, A., SONKSEN, P. & JUDD, S. (1997). A TRIAL OF COGNITIVE ANALYTIC THERAPY IN POORLY CONTROLLED TYPE 1 PATIENTS. *DIABETES CARE*, 20, 959-964.
- FROESCH R. (1994). *DIABETES, CONSIDERACIÓN, RECONOCIMIENTO Y MANEJO*. 5A. EDICIÓN, SEGUNDA PARTE.

- GAVINO, A. (2002). *GUÍA DE AYUDA AL TERAPEUTA COGNITIVO-CONDUCTUAL*. 2ª ED. ESPAÑA: EDICIONES PIRÁMIDE.
- GEOFFREY G., PICKUP, J. & WILLIAM, G. (2002). *DIABETES ASPECTOS DIFÍCILES Y CONTROVERTIDOS*. ESPAÑA: MEDICINA STM EDITORES.
- GIL, F., J. M. LEÓN & L., JARANA. (1995) *HABILIDADES SOCIALES Y SALUD*. EDICIONES PIRÁMIDE, S.A. MADRID; BARCELONA.
- GIL, J. (1998). *MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD*. VOLUMEN 1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTUAL. GRANADA: NÉMESIS.
- GINARTE Y. (2001). LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA. *REV CUBANA MED GEN INTEGR.* ; 17(5):502-5.
- GLASGOW, R. E., FISHER, E. B., ANDERSON, B. J., LAGRECA, A., MARRERO, D. G., & JOHNSON, S. B. (1999), RUBIN, R.R., COX, D.J. *BEHAVIORAL SCIENCE IN DIABETES: CONTRIBUTIONS AND OPPORTUNITIES*. *DIABETES CARE*, 22(5), 832-843.
- GONDER, L., COX, D. & RITTERBAND, L. (2002). DIABETES AND BEHAVIORAL MEDICINE: THE SECOND DECADE. *JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY*, 70(3), 611-625.
- GONZÁLEZ, A. L. & PADILLA, A. (2006). CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE PROBLEMAS Y ENFERMEDADES EN ANCIANOS DE CIUDAD DE MÉXICO. *UNIV. PSYCHOL. [ONLINE]*. VOL.5, N.3, PP. 501-510. ISSN 1657-9267.
- GUTIÉRREZ, C; GUAJARDO, V. & ÁLVAREZ DEL RÍO, F. (2012): COSTO DE LA OBESIDAD: LAS FALLAS DEL MERCADO Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OBESIDAD EN MÉXICO. EN *OBESIDAD EN MÉXICO: RECOMENDACIONES PARA UNA POLÍTICA DE ESTADO*, RIVERA, J. A, ET. AL. (2012).
- HAYNES RB. (1976): A CRITICAL REVIEW OF THE "DETERMINANTS" OF PATIENT COMPLIANCE WITH THERAPEUTIC REGIMENS. EN: *COMPLIANCE WITH THERAPEUTIC REGIMENS'* D. L. SACKETT, R. B. HAYNES (EDS.) JOHN HOPKINS UNIVERSITY PRESS, BALTIMORE.
- HAYNES RB. (1979). INTRODUCTION. EN: HAYNES RB, TAYLOR DW, SACKETT DL. EDITORS. *COMPLIANCE IN HEALTH CARE*. BALTIMORE: JOHNS HOPKINS UNIVERSITY PRESS. .
- HERNÁNDEZ, N. A., SÁNCHEZ, J. C. (COMP.), (2007). "*MANUAL DE PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA TRASTORNOS DE LA SALUD*". UNAM. MÉXICO.
- ILADIBA, *MEDICINA PARA EL MÉDICO DEL SIGLO XXI, SUPLEMENTO DE DIABETES*, No 6. 2000.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (2005). *DIABETES FACTS AND FIGURES*. RECUPERADO EL 27 DE OCTUBRE DEL 2013 DE: [HTTP://WWW.IDF.ORG/HOME/INDEX.CFM?NODE=6](http://www.idf.org/home/index.cfm?node=6)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. (2007). EXTRAÍDO EL 20 DE NOVIEMBRE DE 2013 DE LA PÁGINA DE INTERNET [HTTP://WWW.INEGI.ORG.MX/INEGI/CONTENIDOS/ESPAÑOL/ACERCA/INEGI324.ASP?C=324](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/acerca/inegi324.asp?c=324).
- JENICKE, H. Y R. CLEROUX (1990). *EPISTEMOLOGÍA, PRINCIPIOS, TÉCNICAS, APLICACIONES*. BARCELONA: SALVAT.
- JIMÉNEZ, M. ; DÁVILA, M. (2007). *PSICODIABETES*. AVANCES EN PSICOLOGÍA LATINOAMERICANA. 126-143. [HTTP://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=79902512](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902512)
- JOINT WHO/FAO EXPERT CONSULTATION ON DIET, NUTRITION AND THE PREVENTION OF CHRONIC DISEASES. (*WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003*) (2002: GENEVA, SWITZERLAND)

- JURADO, S., VILLEGAS, M.E., MENDEZ, L., RODRÍGUEZ, F., LOPERENA, V. & VARELA, R. (1998). LA ESTANDARIZACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK PARA LOS RESIDENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO. *SALUD MENTAL*. VOL. 21, NÚMERO 3, PP. 26-31.
- KASL, D. Y S. COBB (1966): HEALTH BEHAVIOR, ILLNESS BEHAVIOR AND SICK ROLE BEHAVIOR. *ARCHIVES OF ENVIRONMENTAL HEALTH* 12, 1966 (246-66, 531-34).
- KASL, SV. (1975): ISSUES IN PATIENT ADHERENCE TO HEALTH CARE REGIMENS. *JOURNAL OF HUMAN STRESS* 1, (5-17).
- KAZDIN, A (2001). *MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA*. MÉXICO: PEARSON EDUCATION.
- KIRSCHT JP, ROSENSTOCK IM. (1977): PATIENT ADHERENCE TO ANTIHYPERTENSIVE MEDICAL REGIMENS. *JOURNAL OF COMMUNITY HEALTH* 3, (115-24).
- KONBLIT, AL. & MENDES, AM.(2000). LA SALUD Y LA ENFERMEDAD: ASPECTOS BIOLÓGICOS Y SOCIALES. 1º EDICIÓN. CAPITAL FEDERAL.
- LEY GENERAL DE SALUD. *NUEVA LEY PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 7 DE FEBRERO DE 1984*. TEXTO VIGENTE. ÚLTIMA REFORMA PUBLICADA DOF 10-06-2011.
- LIBERTAD, M.: APLICACIONES DE LA PSICOLOGÍA EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD. *REV CUBANA SALUD PÚBLICA* V.29 N.3. CIUDAD DE LA HABANA JUL.-SEP. 2003.
- LÓPEZ, C., ÁVALOS, MI. DIABETES MELLITUS HACIA UNA PERSPECTIVA SOCIAL. *REV CUBANA SALUD PÚBLICA* [REVISTA EN LA INTERNET]. 2013 JUN [CITADO 2014 MAR 05]; 39(2): 331-345. DISPONIBLE EN: [HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0864-34662013000200013&LNG=ES](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200013&lng=es).
- LOZANO, R., GÓMEZ, H., GARRIDO, F., JIMÉNEZ, AÍDA., CAMPUZANO, J. C., FRANCO, F., MEDINA, M. E., BORGES, G., NAGHAVI, MOHSEN, WANG, HAIDONG, VOS, THEO, LOPEZ, ALAN, & MURRAY, CHRISTOPHER JL. (2013). LA CARGA DE ENFERMEDAD, LESIONES, FACTORES DE RIESGO Y DESAFÍOS PARA EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO. *SALUD PÚBLICA DE MÉXICO*, 55(6), 580-594. RECUPERADO EN 29 DE JULIO DE 2014, DE [HTTP://WWW.SCIELO.ORG.MX/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0036-36342013000600007&LNG=ES&TLNG=ES](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600007&lng=es&tlng=es).
- LUSTMAN, R. ANDERSON, K. FREEDLAND, M. GROOT, R. CARNEY & R. CLOUSE (2000). "DEPRESSION AND POR GLYCEMIC CONTROL: A META ANALYTIC REVIEW OF LITERATURE". *DIABETES CARE*, 23 (7), PP. 934-942.
- MACIA, A.D., MENDEZ, C. F. (1997). *APLICACIONES CLÍNICAS DE LA EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA*, ESTUDIO DE CASOS. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. ED. PIRÁMIDE.
- MARTIN L. REPERCUSIONES PARA LA SALUD PÚBLICA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEFICIENTE. *REV CUBANA SALUD PÚBLICA* 2006; 32(3).
- MARTÍN L. ACERCA DEL CONCEPTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA. *REV CUBANA SALUD PÚBLICA*. 2004; 30(4):350-2.
- MATA, M. ET AL. *EL COSTE DE LA DIABETES TIPO 2 EN ESPAÑA: EL ESTUDIO CODE- 2*. GAC SANIT, BARCELONA, V. 16, N. 6, DIC. 2002. DISPONIBLE EN <[HTTP://SCIELO.ISCIII.ES/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0213-91112002000600009&LNG=ES&NRM=ISO](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000600009&lng=es&nrm=iso)>. ACCEDIDO EN 27 FEB. 2014.
- MATARAZZO, J. D. (1984) EN: OBLITAS, L A., ET AL. *PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA*. EDIT. CENGAGE LEARNING. 3º EDICION.2009.

- MCKELLAR, J. D., HUMPHREYS, K. & PIETTE, J. D. (2004). DEPRESSION INCREASES DIABETES SYMPTOMS BY COMPLICATING PATIENTS' SELF-CARE ADHERENCE. *THE DIABETES EDUCATOR*, 30(3), 485-492.
- MELÉNDEZ, E., GRAU, J., EDITORES CIENTÍFICOS. (2005). *PSICOLOGÍA DE LA SALUD. FUNDAMENTOS Y APLICACIONES*. GUADALAJARA: UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.
- MUÑOZ, R., GHOSH-IPPEN, CH., VALDÉS, E., RAÓ, S. & LE, H. (2003). *MANUAL DE TERAPIA DE GRUPO PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN*. UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA, SAN FRANCISCO
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-2010, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. D.O.F. 08-XII-1994. MODIFICACIÓN D.O.F. 18-I-2001. ACLARACIÓN A LA MODIFICACIÓN D.O.F. 27-III-2001.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-174-SSA1-1998, PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA OBESIDAD. D.O.F. 12-IV-2000.
- NORRIS, S., ENGELGAU, M. & NARAYAN, K. M. V. (2001). EFFECTIVENESS OF SELF-MANAGEMENT TRAINING IN TYPE 2 DIABETES. *DIABETES CARE*, 24(3), 561-587.
- OBLITAS, G., ET AL. (2009). *PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA*. EDIT. CENGAGE LEARNING. 3º EDICIÓN.
- OLIVARES, J. Y MENDEZ, F. (2001). "TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA".
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), DIABETES.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2001, JUNIO). *DIABETES EN LAS AMÉRICAS. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO*, 22(2). RECUPERADO EL 28 DE OCTUBRE DEL 2013 DE: [HTTP://WWW.PAHO.ORG/SPANISH/SHA/BE_V22N2-DIABETES.HTM](http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n2-diabetes.htm)
- PÉREZ, V T. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DIRIGIDA AL MEJORAMIENTO DE LA RESPUESTA ADAPTATIVA A LA DIABETES MELLITUS DE LOS PACIENTES PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA. *REV CUBANA MED GEN INTEGR* [REVISTA EN LA INTERNET]. 2008 DIC [CITADO 2014 MAR 05]; 24(4): DISPONIBLE EN: [HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0864-21252008000400004&LNG=ES](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400004&lng=es).
- PÉREZ O. *ESTRATEGIA ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y LA DIABETES MELLITUS*. 1º EDICIÓN. ABRIL 2014. VILLA HERMOSA TABASCO, MÉXICO.
- PÉREZ, E. (1997). *MANUAL PARA EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS*. MÉXICO D.F.
- PROCHASKA, J. & C., DI CLEMENTE (1992). *THE TRANSTHEORETICAL APPROACH: CROSSING TRADITIONAL BOUNDARIES OF THERAPY*. CHICAGO: DOWN JONES IRWIN.
- PROGRAMA DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL. (SSA 2005). PROPORCIONADO POR LA JURISDICCIÓN SANITARIA CUAJIMALPA. OCTUBRE 2013.
- PUENTE, F. (1984). ADHERENCIA TERAPÉUTICA IMPLICACIONES PARA MÉXICO. *CONSEJO REGIONAL LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE DE SALUD MENTAL*. MÉXICO.
- QUISPE, L. (2013). *CONDUCTA, ESTILO DE VIDA Y SALUD*.
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. D.O.F. 14-V-1986.

- REYNAGA, P. (2001). "ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD MENTAL." *REVISTA DIGITAL. BUENOS AIRES*, AÑO 7, NÚM. 40.
- RIVADENEIRA, C., MINICI, A. & DAHAB, J. "EL IMPACTO DEL ESTRÉS SOBRE LA SALUD FÍSICA". *REVISTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL* N. 18/ MARZO 2010. [HTTP://REVISTA.COGNITIVOCONDUCTUAL.ORG/](http://revista.cognitivoconductual.org/)
- RIVAS, V., GARCÍA, H., CRUZ, A., MORALES, F., ENRÍQUEZ, R. M. & ROMÁN, J. (2011). PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. *SALUD EN TABASCO*, 17(1-2) 30-35. RECUPERADO DE [HTTP://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=48721182005](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182005)
- ROBLES, R. (2003). "EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS II", TESIS DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO.
- RODRÍGUEZ M. L., GARCIA J. C. EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD Y LA DIABETES. VOL.14, N° 2. *REVISTA ELECTRÓNICA DE PSICOLOGÍA IZTACALA*. JUNIO 2011.
- RUBIN, R., PEYROT, M. & SAUDEK, C. (1993). THE EFFECT OF A DIABETES EDUCATION PROGRAM INCORPORATING COPING SKILLS TRAINING ON EMOTIONAL WELL-BEING AND DIABETES SELF-EFFICACY. *DIABETES EDUCATOR*, 19, 210-214.
- SALINAS, J. (1998). LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO Y CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN: UN CASO. *REVISTA ELECTRÓNICA DE PSICOLOGÍA IZTACALA*. V.1, NÚM. 1, PP.1-17.
- SÁNCHEZ, J., ROSA, I. & OLIVARES, J. (1999). LAS TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN PROBLEMAS CLÍNICOS Y DE SALUD: META-ANÁLISIS DE LA LITERATURA ESPAÑOLA. *PSICOTHEMA*. VOL. 11, NÚM. 3, PP. 641-654.
- SÁNCHEZ, F. (1996). *LA ACTIVIDAD FÍSICA ORIENTADA HACIA LA SALUD*". MADRID: BIBLIOTECA NUEVA.
- SÁNCHEZ, J. (2002). HEALTH PSYCHOLOGY; PREVENTION OF DISEASE AND ILLNES, MAINTENANCE OF HEALTH, IN: ENCYCLOPEDIA OF LIFE SUPPORT SYSTEMS. OXFORD, UK.
- SÁNCHEZ, R., VELASCO, L., RODRÍGUEZ, R., & BARANDA, J. (2006). EFICACIA DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES MEDICAMENTE ENFERMOS. *REVISTA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA/ VOL. 58. NÚM. 6 /NOVIEMBRE- DICIEMBRE DE 2006*. PP. 540-546.
- SANZ, J. & VÁZQUEZ, C. (1998). FIABILIDAD, VALIDEZ Y DATOS NORMATIVOS DEL INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK. *PSICOTHEMA*. VOL. 10, NÚM. 002, PP. 303-308.
- SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGÍA. (2010). *CÓDIGO ÉTICO DEL PSICÓLOGO*. MÉXICO: TRILLAS.
- SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, SECRETARÍA DE SALUD. 2006. *DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES POR GRUPO DE EDAD*. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 2005. POBLACIÓN GENERAL SECRETARÍA DE SALUD.
- STEED, L., COOKE, D. & NEWMAN, S. (2003). A SYSTEMATIC REVIEW OF PSYCHOSOCIAL OUTCOMES FOLLOWING EDUCATION, SELF-MANAGEMENT AND PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN DIABETES MELLITUS. *PATIENT EDUCATION AND COUNSELING*, 51, 5-15.
- TURABIAN, J., (1993). EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA. *REVISTA ATENCIÓN PRIMARIA*, 9, PP. 616-619.

VAN DER VEN, N., CHATROU, N. & SNOEK, F. (2000). COGNITIVE-BEHAVIOURAL GROUP TRAINING. EN F. SNOEK & T. CHAS SKINNER (EDS.), *PSYCHOLOGY IN DIABETES CARE* (PP. 207-233). LONDON: WILEY.

VÁZQUEZ, V. V. & LÓPEZ, A. J. (2001) PSICOLOGÍA Y LA OBESIDAD. *REVISTA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN*. VOL. 9 N.2 91-96. RECUPERADO DE MEDIGRAPHIC.COM

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2004). *DISABILITY – ADJUSTED LIFE YEARS*. [HTTP://WWW.WHO.INT/ENTITY/HEALTHINFO/GLOBAL_BURDEN_DISEASE/GBD DEATHDALYCOUNTRYESTIMATES2004.XLS](http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/gbd_deathdalycountryestimates2004.xls)

ZIFFERBLATT SM: INCREASING PATIENT COMPLIANCE THROUGH THE APPLIED ANALYSIS OF BEHAVIOR. *PREVENTIVE MEDICINE* 4, 1975 (173-82).

[HTTP://WWW.ENCOLOMBIA.COM/MEDICINA/REVISTAS-MEDICAS/ENFERMERIA/VE-44/ENFERMERIA4401-INTERVENCION](http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-44/enfermeria4401-intervencion)