



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

“Propuesta de Intervención desde la Terapia Cognitivo Conductual para pacientes con Diabetes”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A :

YAZMIN GUADALUPE GARCÍA ARIAS

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. MARTHA LAURA JIMÉNEZ MONROY

MÉXICO, D. F.

OCTUBRE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimiento:

A Dios por darme el Don de la vida y el interés en el cuidado y la atención de la misma.

A mi directora de tesis Mtra. Martha Laura porque logró formar en mí, el espíritu de investigación y el rigor de la exigencia, aportados en este trabajo de tan noble disciplina.

A mis padres Isabel y Guillermo, por su apoyo, comprensión y gran sabiduría al acompañarme en mi formación académica y crecimiento personal, por sus consejos y ricos valores.

Al Padre Florencio por sus exhortaciones, su escucha, su acompañamiento espiritual y moral durante toda mi formación académica.

A mis hermanos, en especial a Jesús por sus cuestionamientos positivos sobre mi carrera que me permitieron investigar y comprometerme más seriamente en mi formación humana.

A mis sobrinos, porque me han enseñado a apreciar el desarrollo de la vida.

A mis amigos, de una manera muy especial a Mayra Alejandra quién siempre ha estado atenta a las exigencias de carrera y de vida.

A mi primo Guillermo por su apoyo incondicional durante todo este tiempo.

Resumen.....IV

Introducción.....V

Capitulo I. ¿Qué son las enfermedades crónicas degenerativas?

1.1 Concepto.....1

1.2 Las enfermedades crónicas degenerativas más comunes.....3

Capitulo II. ¿Qué es la diabetes?

2.1 Conceptualización.....14

2.2 Tipos de Diabetes.....17

2.3 La diabetes en el aspecto biológico.....26

2.4 ¿Qué es la Insulina?.....33

2.5 La diabetes y su impacto psicológico.....36

Capitulo III. Características de la etapa de la adultez. (50-60)

3.1 El significado de la adultez.....40

3.2 Características Físicas y biológicas.....42

3.3 Características Psicológicas.....49

3.4 Características Sociales.....51

Capitulo IV. Enfoque cognitivo conductual en las personas con diabetes tipo 2.

4.1 Historia de la terapia cognitivo conductual.....56

4.2 Primera Generación de la Terapia Cognitivo Conductual.....58

4.3 Segunda Generación de la Terapia Cognitivo Conductual.....68

4.4 Tercera Generación de la Terapia Cognitivo Conductual.....77

4.5 Mindfulness.....84

4.6 Propuesta de Intervención.....100

Conclusiones.....118

Referencias.....121

Resumen

Actualmente la diabetes es una de las enfermedades con mayor incidencia en la población a nivel mundial, además de ser considerada una enfermedad crónica degenerativa que afecta de manera significativa la vida del ser humano

Así, se ha observado que la diabetes no solo genera daños físicos, sino también psicológicos que se presentan como angustia, depresión, negación y temor, que requieren ser abordados dada su creciente presencia. Por ello, en este estudio se desarrolla una propuesta de intervención para este tipo de situaciones. Esta propuesta está fundamentada en la terapia cognitivo conductual, tomando como base a la tercera generación que propone la técnica de mindfulness que rescata la importancia de aprender a saber darse cuenta de lo que se piensa, se dice y se hace a través de la experimentación de las sensaciones corporales, así como de ejercicios de respiración y de relajación.

Específicamente la propuesta de intervención se dirige a pacientes que tienen diabetes tipo 2 de una edad de 50 a 60 años, etapa de desarrollo en la que se obtiene una mayor madurez física y psicológica, así como una mayor experiencia y mayores responsabilidades, así, el principal objetivo es brindar las herramientas necesarias para que los pacientes con dicha enfermedad logren generar una conciencia plena de lo que significa vivir con diabetes, generándose así una mayor aceptación y una mejor calidad de vida. En esta línea la presente investigación ofrece alternativas viables; no obstante, es importante reconocer que, existen algunas limitantes, una de ellas, la más significativa el hecho de no llevarla a la práctica, lo que impide identificar con exactitud sus fortalezas y sus áreas de oportunidad

Introducción

Actualmente la diabetes resulta un problema de salud pública, que, desafortunadamente, se prevé, seguirá en aumento cada vez más en todo el mundo; sus índices de riesgo afectan de manera gradual a niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. Su complejidad se incrementa considerando que muchas de las personas que tienen algún tipo de diabetes desconocen los síntomas, las consecuencias, el origen, el tratamiento oportuno y la importancia de asumir un cuidado más intenso.

La diabetes como enfermedad crónica degenerativa implica una serie de síntomas y consecuencias tanto a nivel físico como a nivel psicológico; se caracteriza por ser un trastorno metabólico que altera la glucosa (azúcar) por lo que, cuando aumentan sus niveles en la sangre se manifiestan alteraciones físicas que repercuten también en el comportamiento del paciente.

En este sentido, puede decirse que uno de los principales factores que afecta de manera muy significativa la vida e integridad del paciente es justamente su estado emocional, pues cuando, producto de una enfermedad que generalmente el paciente desconoce, se enfrenta a una mayor exigencia y cuidado a nivel personal, generalmente se presenta una falta de aceptación y culpa que provocan, entre otros, el descuido hacia su propia persona.

Esta situación lleva a considerar la importancia de efectuar una revisión de los factores psicológicos que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de estas

patologías, las cuales deben ser consideradas a fin de establecer alternativas que permitan mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

Por ello, en este estudio se plantea como objetivo desarrollar una propuesta de intervención que permita dar a conocer a los pacientes lo que significa la diabetes desde el punto de vista físico y las repercusiones psicológicas que podrían llegar a manifestarse, así como proporcionar las herramientas necesarias para obtener un control adecuado en su enfermedad conociéndola, experimentándola y, sobre todo, aceptándola.

Para ello, se abordarán en el primer capítulo las principales enfermedades crónicas degenerativas desde lo que significan hasta lo que implican, en el segundo capítulo se abordará el término general de la diabetes, su aspecto biológico, la insulina, lo que es y para qué sirve y las repercusiones psicológicas a causa de la diabetes, en el tercer capítulo se abordará el significado de la adultez, las características físicas, biológicas, psicológicas y sociales de la adultez y finalmente se abordará en el cuarto capítulo la historia general de la Terapia Cognitivo Conductual integrando la primera, segunda y tercera generación, cada una con sus principales aportaciones psicoterapéuticas y las diversas técnicas aplicadas desde sus diferentes perspectivas, teniendo como base fundamental a la tercera generación con su técnica de los Mindfulness; finalmente, en el capítulo cinco se empleará esta técnica como alternativa psicoterapéutica para trabajar los efectos de los pacientes con diabetes tipo 2.

Capítulo I ¿Qué son las enfermedades crónicas degenerativas?

En este capítulo se presentará una breve descripción sobre las enfermedades crónicas degenerativas que se presentan con mayor frecuencia como el cáncer, las enfermedades cardíacas, respiratorias y la diabetes.

1.1 Concepto

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. (OMS, 2015)

Es un hecho el incremento de las enfermedades crónicas de forma sostenida en nuestro país, de ahí la necesidad de prever y comprender la relevancia de las enfermedades no transmisibles y de intervenir en forma decisiva en su control. Para ello, es preciso que exista un compromiso interinstitucional, un interés mutuo a reforzar las actividades de prevención y control de las enfermedades crónicas. En este nuevo enfoque, la participación de la comunidad y autoridades de gobierno es fundamental. Como primer paso, es necesario uniformar los conocimientos y la información más reciente entre los profesionales de la atención directa y al público en general, es decir, apostar por la educación médica continua de alto nivel para todos los servidores públicos.

Las enfermedades no transmisibles continúan representando un importante problema de salud pública entre segmentos de la población con menor nivel

socioeconómico o estilos de vida no saludables y siguen siendo además la principal demanda en la consulta externa en el Distrito Federal. (Secretaria de salud, 2012).

En muchos de los casos las personas no se dan cuenta de estas enfermedades hasta que se empieza a presentar de forma más agresiva para el organismo, afectando la integridad física y psicológica del paciente, los síntomas provocan una serie de problemas no solo personales sino que se pueden manifestar incapacidades totales o parciales que provoquen la realización o continuidad de alguna actividad de la vida cotidiana, ya sea escolar, laboral, social, personal o familiar que lleve a las personas a acudir de manera urgente a algún hospital.

Por lo general los países más afectados, se encuentran en bajo y mediano desarrollo, en estos lugares habita el 80% del total de personas que padecen estas enfermedades, aunado a esto y de manera paradójica estos países reciben menos del 10% de los recursos mundiales destinados al control de estas enfermedades.

“En el plano mundial, las enfermedades crónicas representan la principal causa de defunción. De las 57 millones de muertes ocurridas en el año 2008, 36 millones (63%) se debieron en las enfermedades crónicas. Casi el 80% de estas muertes se registró en los países pobres y en vías de desarrollo. Además, una tercera parte de ellas se presenta a edades tempranas menores de 60 años. Varios estudios han mostrado también que las tasas de mortalidad de las enfermedades crónicas son más altas en personas que viven en comunidades desfavorecidas y marginadas que en individuos de alto nivel socioeconómico” (Cherniack, 2008).

En comparación con las naciones desarrolladas, los estudios de prevalencia, incidencia y mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles son escasas en países latinoamericanos, incluido México. Sin embargo, en el caso de México existen tres importantes bases de datos respecto al tema que no se han analizado de forma amplia. La primera corresponde a las bases de datos de la Secretaría de Salud, que ha recopilado datos de morbilidad hospitalaria, la segunda se refiere a la base de datos del INEGI; y la tercera a las encuestas nacionales de salud que reúnen información relacionada con los factores de riesgo y hábitos saludables de la población mexicana. (Balderas Isaías, 2015)

Gracias a cada una de estas dependencias públicas se han generado datos de gran importancia para extender un programa de prevención en el ámbito de la salud, situación que resulta alarmante.

1.2 Las Enfermedades Crónico degenerativas más comunes.

Enfermedades Cardiovasculares

Los trastornos cardiovasculares comprenden a la cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, arteriopatías periféricas, cardiopatías congénitas, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. La epidemiología cardiovascular se caracteriza por una etiología multifactorial; estos factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y, además, muestran una frecuente interrelación. Los cuatro factores de riesgo cardiovascular modificables más importantes son la hipertensión arterial, dislipidemias (alteración del metabolismo de los lípidos), obesidad y consumo de tabaco. Asimismo, se pueden considerar otros factores como diabetes, sedentarismo y consumo excesivo de alcohol. (Balderas Isaac, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) dieciséis millones de personas murieron en todo el mundo durante el año 2002 a causas de distintas “enfermedades” circulatorias y patologías cardiovasculares, cerebrovasculares y otras entidades cardiacas por lo que constituyen la primera causa de muerte en las sociedades industrializadas. (Secretaria de salud, 2015)

La sociedad occidental, por poder adquisitivo y la gran oferta que encuentra de productos ricos en grasas, está consumiendo aproximadamente un 40% del total calórico en forma de grasa, esta tendencia se ha demostrado perjudicial para la salud, sobre todo si las grasas consumidas son de origen animal. (Secretaria de Salud, 2015)

En las enfermedades cardiovasculares constituye sin lugar a duda el principal problema de la población adulta de nuestro país, y ocupan el primer lugar como causa de muerte para los mayores de 45 años, desafortunadamente las enfermedades del corazón son silenciosas y dan pocas señales de alerta. (Secretaria de Salud, 2012).

El mantenimiento de una salud cardiovascular óptima deberá de ser a través de una dieta apropiada, ejercicio regular, y evaluaciones médicas preventivas regulares. De esta manera, la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón del Distrito Federal se asemeja mucho a la mortalidad nacional. (Secretaria de salud, 2012).

Prevalencia: En México la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares se ha descrito en escasa medida. Se dispone de datos indirectos a partir de egresos hospitalarios. En 2007, del total de altas hospitalarias en las instituciones de salud pública federal, los padecimientos relacionados con los problemas cardiacos sumaron 89,773 casos.

La prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en personas de 20 años de edad o más en el Distrito Federal fue de 22.0%, la cual aumentó en 17.6% respecto a la prevalencia reportada en la ENSANUT (Encuesta de Salud Nutricional) 2006 (18.7%). La prevalencia de hipertensión arterial fue de 25.9% en mujeres y 17.5% en hombres. Tanto en hombres como en mujeres, se observó una mayor prevalencia de hipertensión arterial a partir de los 40 años (18.8% en hombres y 26.4% en mujeres), que aumentó considerablemente en el grupo de 60 años o más (43.4% en hombres y 53.2% en mujeres). En los hombres, en la población de 60 años o más tuvo una prevalencia 6.9 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, mientras que en las mujeres fue 3.9 veces mayor.

Mortalidad: A nivel mundial, los trastornos cardiovasculares son la principal causa de mortalidad.

Cáncer

Después de las afecciones cardiovasculares, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad mundial. Casi dos tercios de los 7.6 millones de defunciones

anuales suceden en países en vías de desarrollo. Si bien en México no se dispone de un registro exacto de la prevalencia de este trastorno, la Secretaría de Salud calcula que cada año 125 000 personas son diagnosticadas con esta enfermedad. (Balderas Isaías, 2015).

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; en 2012 se le atribuyeron 8,2 millones de muertes. Los cánceres que causan un mayor número anual de muertes son los de pulmón, hígado, estómago, colon y mama.

Los tipos más frecuentes de cáncer son diferentes en el hombre y en la mujer.

Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer se deben a cinco factores de riesgo comportamentales y alimentarios (índice de masa corporal elevado, consumo insuficiente de frutas y verduras, falta de actividad física y consumo de tabaco y alcohol) y, por lo tanto, pueden prevenirse.

Entre las infecciones que pueden provocar cáncer, se encuentran las causadas por los virus de las hepatitis B y C y el del papiloma humano, son responsables del 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medianos y del 7% en los países de ingresos altos.

El tabaquismo es el factor de riesgo que por sí solo provoca un mayor número de casos y a nivel mundial causa aproximadamente un 22% de las muertes por cáncer y un 71% de las muertes por cáncer de pulmón. El cáncer comienza con la

transformación de una sola célula, que puede tener su origen en agentes externos y en factores genéticos heredados.

El 70% de todas las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 en las próximas dos décadas. (OMS, 2015)

El cáncer es la tercera causa de muerte en México y según estimaciones de la Unión Internacional contra el Cáncer, cada año se suman más de 128,000 casos de mexicanos. Desde el 2008, es la principal causa de muerte en el mundo.

Existen 100 tipos de cáncer, la mayoría son curables si se detectan en etapas tempranas. En México, el 60% de los casos son detectados en etapas avanzadas, explica Laura Suchil, jefa del departamento de Vinculación Institucional del Instituto Nacional de Cancerología.

Si bien cada cáncer tiene síntomas específicos, hay señales generales de la presencia de un tumor maligno como fiebres inexplicables, fatiga, pérdida de peso y malestar generalizado reflejado en debilidad y mareos.

En 2008, el cáncer de próstata se colocó como el tipo de cáncer de mayor prevalencia en todo el país, según cifras de Globocan, que concentra las estadísticas generadas por la Agencia Internacional de Investigación sobre el

Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013).

El cáncer de próstata afecta más a los adultos mayores. En el 2009, el 9.3% de los pacientes con dicho padecimiento tenía entre 70 a 74 años de edad, mientras que el 19.7% era mayor de 80 años, según el INEGI.

Por otra parte, en 2008, el 10.9% de los casos de cáncer en México estaban relacionados con tumores en las mamas. Este tipo de cáncer ocupa el segundo lugar en prevalencia a nivel nacional y es el primero si se toma en cuenta únicamente a la población femenina, según Globocan.

Casi el 70% de los casos de cáncer de mama se presenta en mujeres de entre 30 y 59 años de edad, según el INEGI. Sin embargo, la tasa de mortalidad más alta se da en las mujeres mayores de 60 años. En el 2009, se registraron 25.5 muertes por cada 100,000 habitantes, mientras que para las mujeres de 30 a 59 años, la mortalidad fue de siete por cada 100,000 habitantes.

En cuanto al Cáncer cervicouterino se ha notado que la presencia de tumores malignos en el cuello del útero, es el tercer tipo de cáncer con mayor prevalencia en México. En 2008, según Globocan, el 8% de las pacientes presentaba este tipo de cáncer.

Según el INEGI, el porcentaje más alto de prevalencia en este tipo de padecimiento se concentra en la población de entre 45 a 49 años, que representa el 15.1% de las pacientes con tumores malignos. Las mujeres de entre 40 y 44 años y las de 50 a 54 años alcanzan una proporción de 14% y 13.2% respectivamente.

Al respecto del Cáncer de pulmón, en México, el 7.2% de los pacientes con cáncer tienen tumores malignos en los pulmones, según estimaciones de Globocan. El cáncer de pulmón es el segundo más mortal para los hombres, con el 14% de las muertes por tumores malignos, después del de próstata, según el INEGI.

En cuanto al cáncer de estómago, en México el 6.2% de los enfermos de cáncer presenta tumores en el estómago, según las cifras de Globocan. Cuando se toma en cuenta a ambos sexos, el cáncer con la mayor tasa de mortalidad es el de los órganos digestivos, al ocasionar 15 decesos por cada 100,000 habitantes en adultos de 30 a 59 años, según cifras del INEGI. (Secretaría de Salud Pública, 2014)

Sobrepeso y Obesidad

El sobrepeso y la obesidad son problemas de salud pública que afectan a 7 de cada 10 hombres y mujeres de 20 años o más en el Distrito Federal. Estas cifras son similares a las reportadas a nivel nacional. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad, así como de obesidad abdominal siguen una tendencia creciente en los últimos seis años y afectan tanto a hombres como a mujeres. Por lo tanto, intervenir sobre los factores de riesgo que inducen la obesidad en la población adulta debe ser una prioridad al planificar acciones y políticas para su prevención y control.

Actualmente el desarrollo de sobrepeso y obesidad obedece a la presencia de diversos factores de riesgo modificables como los inadecuados hábitos de alimentación, el sedentarismo, el consumo de aditivos que potencian el sabor, preservan y prolongan la vida útil de los alimentos industrializados, el cambio en los estilos de vida que llevan a disminuir la práctica de actividad física y la desnutrición materno infantil; sin dejar de lado los factores no modificables como la herencia, alteraciones genéticas, neuroendocrinas y metabólicas que intervienen de manera significativa en la prevalencia de dichos padecimientos.

El sobrepeso y la obesidad se relaciona con el riesgo de padecer enfermedades como: Diabetes Mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, hiperlipidemias, enfermedad hepática, colelitiasis, y algunos tipos de cáncer entre otras.

Se ha determinado que la infancia y adolescencia son consideradas etapas fundamentales para la formación del ser humano, para su crecimiento y desarrollo en la cual deben de recibir una correcta alimentación, sin embargo el cambio en los patrones de alimentación y el estilo de vida ha generado el incremento de la prevalencia de obesidad en etapas tempranas de la vida. La probabilidad de que persista la obesidad infantil en la adultez es del 20% a los 4 años de edad y del 80% en la adolescencia. Uno de los aspectos más importantes sobre la obesidad se refiere a la posibilidad de prevenir o reducir durante la adolescencia los factores de riesgo para la salud asociados con el exceso de grasa.

En el Distrito Federal se tienen cifras del 42.6% de personas mayores de 20 años con problema de sobrepeso lo que equivale a un total de 2,600 mil personas, mientras que la obesidad afecta a un total de 1,650 mil personas.

Según ENSANUT 2012, la prevalencia de las categorías de índice de masa corporal (IMC) de acuerdo con los puntos de corte de la OMS, estratificado por sexo o por localidad. En este cuadro puede observarse que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres fue de 73.5% y en hombres de 74.3%.

La prevalencia de obesidad fue 65% más alta en mujeres (37.7%) que en hombres (29.5%), diferencia estadísticamente significativa, mientras que la prevalencia de sobrepeso fue mayor en hombres (44.8%) que en mujeres (35.7%).

Diabetes Mellitus

Es uno de los principales problemas de salud pública mundial. El número de personas diagnosticadas con el padecimiento se ha incrementado en las últimas décadas. Tan solo en las últimas tres, el número de personas con diabetes mellitus se ha duplicado en el mundo. En el año 2010 se registró un total de 285 millones de pacientes con diabetes, de los cuales 90% tenía diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). Se ha proyectado que para el año 2030 el número de individuos con esta enfermedad en el plano mundial será de 439 millones. Hasta 80% de los casos de diabetes en el mundo vive en los países y áreas subdesarrolladas.

La prevención y control de la diabetes, el sobrepeso y la obesidad representan un reto, ya que al igual que otras enfermedades crónicas, es el resultado hábitos de alimentación deficientes y sedentarismo. Estos factores, sumados a la carga genética, el estrés psicosocial, el tabaquismo y consumo excesivo de bebidas alcohólicas, constituyen los principales determinantes que inciden en el desarrollo de la enfermedad. El aumento en la prevalencia de obesidad en México se encuentra entre los más rápidos, documentados en el plano mundial.

Durante las últimas décadas el número de personas que padecen diabetes se ha incrementado y actualmente figura entre las primeras causas de muerte en México; de acuerdo con la ENSANUT 2012, “la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSANUT 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006 (7%)”.

En la ENSANUT 2012, tanto en hombres como en mujeres se observó un incremento importante en la proporción de adultos que refirieron haber sido diagnosticados con diabetes en el grupo de 50 a 59 años de edad, similar en mujeres (19.4%) y en hombres (19.1%). Para los grupos de 60 a 69 años se observó una prevalencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres (26.3 y 24.1%, respectivamente) que se acentuó en el grupo de 70 a 79 años (27.4 y 21.5%, respectivamente).

Por lo que se refiere a la atención de la diabetes mellitus, el reto de salud más importante para los adultos mexicanos, los resultados de la ENSANUT 2012 muestran que ha habido un progreso importante en la atención a este padecimiento,

con un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.29% en 2006 a 24.5% en 2012. No obstante, esta misma cifra indica que aún tres de cada cuatro diabéticos requieren mayor control del padecimiento que permita reducir las complicaciones que se presentan. Esta mejoría en el control se asocia igualmente con un diagnóstico más temprano y con un incremento en el uso de insulina para el tratamiento.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica de origen multifactorial, inicialmente no se presentan síntomas por lo que en ocasiones no hay una detección oportuna de dicha patología, por ende se detecta tardíamente y no se trata de manera oportuna, lo que ocasiona diversas complicaciones sistémicas, originado patologías cardiovasculares, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura. (Secretaría de Salud Pública, 2012)

A continuación, y dado que es el objetivo de este trabajo, se abordará de manera más amplia la enfermedad crónica degenerativa denominada diabetes mellitus principalmente la tipo 2.

CAPÍTULO II. ¿QUE ES LA DIABETES ?

En este capítulo se revisará el concepto de la diabetes, las causas, los tipos y las consecuencias que contiene dicha enfermedad.

2.1 Conceptualización

Originariamente, la palabra diabetes significaba en griego compás y se trata de una metáfora basada en la similitud del compás abierto como una persona andando, con las piernas colocadas en posición de dar un paso. La mayoría de los diccionarios que ofrecen la etimología de la palabra diabetes, indican que procede del latín diabetes y éste del griego διαβήτης (diabetes). No obstante, otros autores incluyen los términos griegos en su alfabeto original, señalando que el término diabetes procede del griego diabetes, que a su vez deriva del verbo diabaíno (o diabáinein, “atravesar”, si se enuncia el verbo en infinitivo), formado a partir del prefijo δια (día), “a través de”, y (báino), “andar, pasar”. (Díaz Rojo J, 2014).

Como término para referirse a la enfermedad caracterizada por la eliminación de grandes cantidades de orina (poliuria), empieza a usarse en el siglo I en el sentido etimológico de “paso”, aludiendo al “paso de orina” de la poliuria. Fue acuñado por el médico griego Areteo de Capadocia. La palabra mellitus (latín mel, “miel”) se agregó en 1675 por Thomas Willis cuando notó que la orina de un paciente diabético tenía sabor dulce (debido a que la glucosa se elimina por la orina). (Ahmed, AM, 2002).

Resulta interesante comprender el origen de la palabra diabetes mellitus debido a que muchas de las personas con dicha enfermedad desconocen el significado y sobre todo el origen, sin embargo a lo largo del tiempo parece ser que varios médicos interesados en la historia y origen de la enfermedad han dado mayor importancia al significado para obtener mejores investigaciones que les permitan tener un avance médico con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Si bien es cierto que en la mayoría de los casos, los pacientes que presentan cualquier tipo de diabetes, orinan con mayor frecuencia, de ahí la importancia de conocer y saber el significado que se le atribuyó a la diabetes mellitus. Por otra parte además de ser un problema físico también es un problema psicológico que se enfrenta, ya que la ansiedad que genera la poliuria genera una mayor ansiedad.

Por otra parte, a la diabetes la define la OMS (2015) como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Desafortunadamente cuando a una persona se le diagnostica la diabetes de cualquier tipo las exigencias de alimentación y de cuidados preventivos aumentan con el fin de no dañar el páncreas y de no aumentar el riesgo de dañar cualquier sistema que esté en peligro de dejar de cumplir su función en el organismo de los diabéticos en cualquier momento. Sin embargo para muchos de los pacientes

resulta complicado cambiar rigurosamente sus hábitos cotidianos a los cuales están acostumbrados a vivir de manera diaria.

Principalmente cuando los pacientes no controlan sus niveles de azúcar es cuando van perdiendo el interés de cuidarse, y lo demuestran de muchas maneras principalmente cuando comen en exceso carbohidratos que aumentan de manera agresiva e inmediata los niveles de azúcar en la sangre, las recomendaciones cuando se prescriben de la mejor manera medico paciente pareciera que no le importan al paciente hasta que llega a una sala de urgencias poniendo en riesgo su vida.

Posteriormente cuando se logra regular la glucosa por un tiempo corto puede ser que los pacientes tomen mayor precaución y es así como en algunos de los casos los pacientes se dan cuenta de la importancia de su enfermedad y sobre todo de las consecuencias que produce dicha enfermedad. Cada uno de los pacientes con diabetes mellitus produce diferentes niveles de azúcar dependiendo del cuidado personal que cada uno tenga, esto implica un régimen estricto en una buena alimentación, medicación prescrita por el médico, y ejercicio.

Es importante conocer de manera amplia qué es la diabetes, por ejemplo. “En 2014, el 9% de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes. En 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios”. (OMS, 2015)

México es uno de los países que cuenta con muchas personas obesas, propensas a sufrir diabetes, situación de salubridad preocupante porque es uno de los principales problemas en el sector de salud que está cobrando vidas de miles de personas. “La diabetes es una enfermedad grave, pero puede controlarse”.

2.2 Tipos de diabetes.

Diabetes de tipo 1

La diabetes de tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita. (OMS, 2015).

La diabetes tipo 1 es una enfermedad autoinmune, lo que significa que el sistema inmune es responsable de su presentación. De igual forma que ataca a los virus o bacterias invasores, el sistema para combatir las infecciones ataca al páncreas, concentrándose en las células beta, que producen la insulina. Con el paso del tiempo las personas con este tipo de diabetes se vuelven dependientes de la insulina para controlar el azúcar en la sangre (Collazo, 2001)

Los padres de un niño con síntomas típicos de la Diabetes Mellitus tipo 1 advierten los siguientes síntomas:

1. *Frecuencia Urinaria.* Los riñones responden a concentraciones altas de glucosa en el flujo sanguíneo y eliminan la glucosa remanente en la orina. Un niño con diabetes necesita orinar con más frecuencia y en volúmenes mayores.
2. *Sed excesiva.* Debido a que pierde mucho líquido al orinar demasiado, el niño siente mucha sed porque necesita evitar la deshidratación. Un sujeto con diabetes establecida consume grandes cantidades de líquido como intento de mantener una cifra normal de agua en organismo.
3. *Perdida ponderal.* El individuo pierde peso o no muestra ganancia ponderal durante el crecimiento, pese a un buen apetito. Con toda probabilidad, los niños y los adolescentes que desarrollan diabetes mellitus 1 tienen más apetito, pero a menudo pierden peso. Esto se debe a que el cuerpo humano agota los músculos y las grasas acumuladas en un esfuerzo por proveer la energía que necesitan las células extenuadas.
4. *Fatiga frecuente.* Se debe a que el cuerpo no puede convertir la glucosa en energía de forma adecuada.

Algunas veces, el primer indicio de la diabetes consiste en mojar la cama cuando el niño ya no suele hacerlo durante la noche. También se puede sospechar diabetes si una infección micótica vaginal (infección por candida) aparece en una niña prepuberal. Si estos síntomas no se identifican y no se instituye un tratamiento, los elementos químicos denominados cetonas pueden aparecer en la sangre del niño y causar dolor gástrico, náusea, vomito, mal aliento, problemas de respiración e incluso pérdida de conciencia.

Además de los problemas a corto plazo, como los ya mencionados, la diabetes puede ocasionar complicaciones de largo plazo en algunas personas, como trastornos cardíacos, enfermedad cerebrovascular, trastornos visuales y afecciones renales. (Clement K, 1998).

Por lo general las personas diagnosticadas con la diabetes mellitus 1 son pacientes jóvenes que con el tiempo aprenden a aceptar su enfermedad y a vivir con ella de manera que la calidad de vida tiene una mayor probabilidad de extenderse, siempre y cuando se sigan las debidas indicaciones; por otra parte la DM1 es catalogada como la más agresiva, ya que en ella la insulina desaparece por completo, lo que hace que los médicos provean a sus pacientes de por vida a tener que aplicarse la hormona llamada insulina y hace que los pacientes corran mayores riesgos de obtener cualquier infección que tarde en sanar de manera favorable, por ejemplo sus síntomas son más marcados y exigen un mayor cuidado para evitar que se dañe su organismo o que se pierda alguna parte del cuerpo.

Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños. (OMS, 2015)

En contraste con alguien que sufre DM1, el cuerpo de una persona con diabetes mellitus 2 aún produce insulina, pero el organismo no responde a ella con normalidad. La glucosa tiene menos capacidad para ingresar a las células y desempeñar su función de suministrar energía (por lo regular se denomina a esta anomalía resistencia a la insulina).

Esto precipita la elevación de las concentraciones de azúcar sanguínea y fuerza al páncreas a producir aún más insulina. Al final, el páncreas puede colapsarse por el esfuerzo extraordinario de elaborar insulina adicional. En consecuencia, el páncreas ya no tiene tal vez la capacidad para producir suficiente insulina y mantener las cantidades de azúcar anormales. (Vaisse C, 1998).

Los síntomas de la DM2 no siempre son evidentes y pueden tardar mucho en aparecer; algunas veces no se presentan en absoluto. Es importante recordar que no todas las personas con resistencia a la insulina o DM2 manifiestan estos signos de advertencia y no todos quienes revelan estos síntomas padecen DM2 en todos los casos. Sin embargo, cuando un niño o adolescente desarrolla DM2, puede presentar los síntomas de DM1, como orina frecuente, consumo excesivo de líquidos y cansancio en general. (Karmeli I, 2012)

Algunas veces, los niños, adolescentes, y al final los adultos con DM2, resistencia a la insulina u obesidad, pueden también presentar áreas de piel engrosada, oscura

y aterciopelada alrededor del cuello, axilas, dedos del pie o codos y rodillas. (Karmeli I, 2012)

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) tiene también una relación frecuente con la resistencia a la insulina. El SOP es un trastorno hormonal que puede dar origen al agrandamiento de los ovarios que desarrollan unos sacos rellenos de líquido (quistes). Las adolescentes y adultas con esta alteración tienen a menudo periodos irregulares o nulos y mayor tendencia al crecimiento excesivo del vello facial y corporal. El SOP también puede ocasionar problemas de fecundidad. (Liu L, 2013)

Los pacientes con resistencia a la insulina o DM2 también muestran una mayor probabilidad de presentar hipertensión (presión sanguínea alta) o valores elevados en el perfil de lípidos (colesterol y triglicéridos). Los médicos caracterizan como síndrome metabólico la manifestación coincidente de estos problemas en una persona.

La diabetes mellitus 2 también puede causar complicaciones de largo plazo en algunos sujetos, entre ellas afecciones cardiacas, enfermedad cerebrovascular, problemas de la visión y problemas renales. Pueden producir otras alteraciones en los vasos sanguíneos, nervios y encías. (Ramos AV, 2012)

Cabe mencionar que la diabetes tipo 2 es la más frecuente, actualmente presentándose principalmente en la población adulta debido a la obesidad que es un factor de riesgo que incide en la enfermedad; aunque la gravedad de este tipo de diabetes no es tan fuerte, los síntomas se asemejan a la DM1 y puede no estar

sujeta tan rigurosamente a la insulina, ya que los medicamentos por lo general pueden ser recetados de acuerdo a los niveles de glucosa que se reflejen en los exámenes de laboratorio que se soliciten. Esto no implica que no se recomiende tener más cuidados en cuanto a la calidad nutricional que se tenga que realizar. Así, con el tiempo las personas que presentan DM2 pueden necesitar insulina para ayudar al páncreas siempre y cuando se requiera y lo prescriba el médico del paciente.

Diabetes Gestacional

La diabetes gestacional se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, y de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro. Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas. (OMS, 2015)

Además la diabetes mellitus gestacional (DMG) se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa con inicio o primer diagnóstico expresado durante el embarazo. Esto no excluye la posibilidad de padecer intolerancia a la glucosa no reconocida en forma precedente o que se iniciara de forma concomitante con el embarazo.

La determinación del riesgo de DMG debe llevarse a cabo en la primera visita prenatal. Las mujeres con características clínicas consistentes con un riesgo elevado de DMG (gran obesidad, glucosuria, antecedentes personales de DMG o antecedentes familiares de diabetes) deben someterse a pruebas de glucosa tan

pronto como sea posible. Si se identifica DMG en la exploración inicial, debe a continuación analizarse de nueva cuenta entre las semanas 24 y 28 de gestación. (Glucu Geyik, F, 2012).

Cualquier mujer embarazada está en riesgo de desarrollar diabetes gestacional, sin embargo hay mujeres que tienen más riesgo:

- Mujeres con sobrepeso y obesidad al inicio del embarazo.
- Antecedente de diabetes gestacional en otro embarazo o haber dado a luz a un bebé mayor de 4 kg.
- Historia familiar de diabetes tipo 2 (principalmente en hermanos o padres)
- Las mujeres mayores de 25 años, aunque el riesgo es aún mayor después de los 35 años.
- Diagnóstico previo de prediabetes.

Las mujeres con estos factores de riesgo tienen hasta el doble de probabilidad de desarrollar diabetes gestacional que otras mujeres embarazadas. Los tres primeros puntos de la lista son los más frecuentemente asociados a diabetes gestacional, pero si se agregan otros factores de riesgo aumenta la posibilidad de desarrollar diabetes gestacional.

La diabetes gestacional se asocia a riesgos para la madre y para el bebé. El bebé puede tener un crecimiento acelerado en el útero y pesar más de 4 kg al momento de nacer, lo que dificulta el parto y hace necesario realizar una cesárea en algunos casos. También pueden presentar bajas de glucosa después del nacimiento, dificultad respiratoria, aumenta el riesgo de partos prematuros y muertes fetales.

En la madre la diabetes gestacional se asocia a hipertensión del embarazo (o preeclampsia) y también existe el riesgo de que la diabetes persista después del embarazo o se repita en los embarazos subsecuentes.

Por otra parte existe una clasificación más de la diabetes conocida como la diabetes insípida o la diabetes tipo 4, la cual no es muy reconocida por las personas que tienen dicha enfermedad, sin embargo, en el área médica existe su descripción. (American Diabetes Association, 2004)

Diabetes Insípida

La diabetes insípida es un trastorno infrecuente del metabolismo del agua. Esto significa que el equilibrio entre la cantidad de agua o líquido consumida no corresponde al volumen de excreción urinaria. La diabetes insípida es resultado de una falta de respuesta o una reacción deficiente a la hormona antidiurética vasopresina. Dicha hormona controla el equilibrio hídrico mediante la concentración de orina. Los pacientes con diabetes insípida orinan demasiado, por lo cual necesitan beber muchos líquidos para reemplazar los perdidos.

La vasopresina u hormona antidiurética (ADH) se produce en las células del hipotálamo (ubicado en el cerebro) y se almacena y secreta en otra parte del cerebro la llamada glándula pituitaria posterior. A continuación, la hormona antidiurética se moviliza en el torrente sanguíneo donde provoca que los túbulos de los riñones reabsorban el agua. El agua que no puede reabsorberse, se elimina del cuerpo en forma de orina.

La disminución de las secreciones de vasopresina produce menor reabsorción de agua y mayor formación de orina. Cuando la vasopresina está presente en cifras normales, se reabsorbe más agua y se forma menor orina. No debe confundirse la diabetes insípida con las formas de diabetes ya mencionadas conocidas como diabetes mellitus. Las lesiones en la cabeza, tumores, procedimientos neuroquirúrgicos, infecciones o hemorragias pueden afectar la capacidad del cerebro de liberar la cantidad adecuada de vasopresina. (Wang LP, 2012).

Síntomas de la diabetes insípida

- Excreción excesiva (poliuria).
- Sed excesiva (polidipsia).

Los pacientes con diabetes insípida central se sienten a menudo en extremo cansados porque no pueden dormir lo suficiente por la necesidad de orinar. La orina de estos sujetos es muy clara e inodora. Estos síntomas pueden aparecer en cualquier momento. Debido a que pierden mucha agua por la excreción de la orina, la sed excesiva es común. Si este trastorno no se trata, estos individuos pueden deshidratarse de gravedad y sus cuerpos carecen del agua suficiente para funcionar de modo apropiado. (Wang LP, 2012).

Aunque la diabetes insípida es poco frecuente en México es importante conocer las diferencias que distinguen a cada uno de los diferentes tipos de diabetes.

2.3 La diabetes en el aspecto biológico.

Biológicamente hablando se puede decir que la diabetes mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos, que provocan concentración de glucosa en la sangre de forma crónica elevada.

Fundamentalmente la diabetes es un trastorno del metabolismo el cual se define como un conjunto de reacciones bioquímicas y procesos fisicoquímicos que ocurren en la célula y en el organismo. Mediante este, las moléculas nutritivas son dirigidas y transportadas por la sangre para llegar a las células y así poder realizar sus diferentes funciones que le permiten estar vivo. Para esto, a través del metabolismo, las moléculas son transformadas en energía mediante su ruptura o en moléculas más complejas.

Como ejemplo de esto, se encuentra la glucólisis, un proceso de degradación de la glucosa donde esta se rompe y la energía liberada de la ruptura de sus enlaces es aprovechada por el cuerpo, siendo este proceso importante para que la glucosa pueda cumplir con su función de proveer energía y de incorporarse a las células disminuyendo además su concentración en la sangre.

Para que este proceso de incorporación se realice se necesita de una hormona que se genera en el páncreas, la insulina, y si esta no está presente en el organismo, no se podrá incorporar la glucosa a las células, no se obtendrá energía para restaurar y generar enlaces químicos, por lo tanto no se generan moléculas más complejas como proteínas y ácidos nucleicos, la concentración de glucosa en sangre aumenta y finalmente se produce la enfermedad de Diabetes Mellitus.

Existen consecuencias que derivan los síntomas de la diabetes, entre los que se pueden identificar la pérdida de peso porque no se están generando proteínas, la falta de energía porque no se aprovecha la glucosa y así se puede encontrar el

origen de estos síntomas conforme analicemos detalladamente las reacciones químico-biológicas que se presentan por el simple hecho de no poder metabolizar un simple carbohidrato que se obtiene de los alimentos, la glucosa, lo que genera la pérdida o carencia de una hormona, la insulina.

La hiperglucemia crónica que se produce en la diabetes mellitus tiene un efecto tóxico que deteriora los diferentes órganos y sistemas y puede llevar al coma y la muerte.

La diabetes mellitus puede ocasionar complicaciones microvasculares (enfermedad de los vasos sanguíneos finos del cuerpo, incluyendo vasos capilares) y cardiovasculares (relativo al corazón y los vasos sanguíneos) que incrementan sustancialmente los daños en otros órganos (riñones, ojos, corazón, nervios periféricos) reduce la calidad de vida de las personas e incrementa la mortalidad asociada con la enfermedad.

La diabetes mellitus es un trastorno endocrino-metabólico crónico, que afecta la función de todos los órganos y sistemas del cuerpo, el proceso mediante el cual se dispone del alimento como fuente energética para el organismo (metabolismo), los vasos sanguíneos (arterias, venas y capilares) y la circulación de la sangre, el corazón, los riñones, y el sistema nervioso (cerebro, retina, sensibilidad cutánea, etc.).

Con el paso del tiempo los pacientes con diabetes mellitus desarrollan complicaciones a largo plazo, no siendo la intensidad y duración de la hiperglucemia los únicos factores determinantes para la aparición de dichas complicaciones, en cuyo desarrollo intervienen también otros factores de riesgo, poniendo en peligro la vida. Incluyen afección de los nervios, riñones, ojos, corazón y vasos sanguíneos. (María Collozo, 2001)

El nivel bajo de azúcar en la sangre, por debajo de los 60 miligramos de glucosa por decilitro en la sangre (mg/dL) se llama hipoglucemia.

Este trastorno se debe básicamente a demasiada insulina y muy poca glucosa en la sangre. El nivel bajo de azúcar en la sangre es más frecuente en las personas que se aplican insulina. La hipoglucemia puede ocurrir también en las personas que toman medicinas que aumentan la liberación o la acción de la insulina. Su nivel de azúcar en la sangre puede disminuir por muchas razones.

- Omitir un alimento
- Practicar ejercicio más tiempo o más vigorosamente de lo habitual.
- No ajustar su medicina para acomodar los cambios en el azúcar.

Los signos y síntomas de la hipoglucemia varían, dependiendo de lo bajo del nivel de azúcar en la sangre.

Los síntomas tempranos (azúcar en la sangre entre 40 y 55mg/dL)

- Sudoración
- Temblor
- Alteraciones visuales
- Nerviosismo
- Dolor de cabeza
- Frecuencia cardíaca rápida
- Debilidad
- Hambre
- Mareo
- Irritabilidad
- Náusea
- Piel fría y húmeda.

Los síntomas posteriores (azúcar en la sangre por debajo de 40mg/dL)

- Lenguaje rápido, atropellado y confuso.
- Conducta semejante a la ebriedad.
- Somnolencia.
- Confusión.

Síntomas de urgencia (azúcar en la sangre por debajo de 20mg/dL)

- Convulsiones
- Inconsciencia, que puede ser mortal.

La hipoglucemia inadvertida en algunas personas que han tenido diabetes durante varios años no presenta síntomas tempranos de la baja de azúcar en la sangre, como temblor o nerviosismo. Esto se debe a que los cambios químicos de larga evolución de la diabetes pueden enmascarar los síntomas o evitar que ocurran.

En este trastorno metabólico llamado hipoglucemia inadvertida, pueden no darse cuenta los pacientes de los niveles de azúcar en la sangre cuando es baja, hasta que aparecen los síntomas tardíos, como confusión, o lenguaje farfullante.

En cambio cuando los niveles de azúcar son elevados, se catalogan como el Síndrome Hiperosmolar Diabético, en este trastorno el azúcar en la sangre alcanza un nivel tan elevado que la sangre de hecho se vuelve más espesa, como jarabe. El Síndrome Hiperosmolar Diabético (SHD) puede ocurrir con un nivel de azúcar en la sangre de 600 mg/dL o más. Las células no pueden absorber tanta azúcar, por lo que ésta pasa de la sangre a la orina. Esto precipita un proceso de filtración que extrae una cantidad elevada de líquido del cuerpo y produce deshidratación.

El SHD es más frecuente en las personas con diabetes tipo 2, especialmente en las que no monitorizan su azúcar en la sangre o que no saben que tienen diabetes. Por

lo general puede ocurrir en pacientes diabéticos debido a una infección, enfermedad, estrés o por consumir alcohol en exceso.

Los síntomas del SHD incluyen:

- Aumento de orina.
- Debilidad
- Calambres en las piernas
- Confusión
- Pulso rápido
- Convulsiones
- Coma

Cuando se manifiestan cualquiera de estos síntomas se deberá verificar el nivel de azúcar en la sangre. Si es de 600 mg/dL o mayor, se tiene que acudir de inmediato a un médico. El tratamiento de urgencia puede corregir el problema en unas horas. Los médicos pueden administrarle líquidos por vía intravenosa para restablecer el agua en los tejidos, e insulina de acción rápida para ayudar a las células de los tejidos a absorber la glucosa. Sin el tratamiento necesario e inmediato, el trastorno puede ser mortal.

Existe de igual manera el aumento de ácidos en la sangre. La cetoacidosis diabética (CAD) ocurre cuando las células de los músculos están privadas de energía lo que provoca que el cuerpo toma medidas de emergencia y degrada la grasa. Al transformar la grasa en energía, se producen ácidos tóxicos conocidos como cetonas.

La CAD es más frecuente en personas con diabetes tipo 1 y ocurre más a menudo debido a insuficiente insulina. El estrés extremo o las enfermedades que pueden ocurrir en personas con diabetes 1 o tipo 2, pueden causar también CAD. Cuando

se desarrolla una infección, el cuerpo produce ciertas hormonas, como adrenalina, que ayudan a combatir el problema.

Al aumentar los niveles de cetonas se pueden presentar los siguientes síntomas, muchos de los cuales pueden confundirse con gripe:

- Respiración rápida y profunda.
- Olor dulce, afrutado del aliento.
- Falta de apetito.
- Pérdida de peso.
- Náusea.
- Vómito.
- Fiebre.
- Dolor de estómago.
- Fatiga.
- Debilidad.
- Confusión.
- Somnolencia.

Es bueno determinar las cetonas cuando el paciente está enfermo, cuando esta estresado o cuando tiene su azúcar arriba de los 240 mg/dL (Collozo, 2001).

En general todas las formas de vida dependen del metabolismo para la supervivencia física. En términos técnicos, el término metabolismo se refiere a los procesos químicos mediante los cuales el cuerpo convierte los alimentos que se ingieren en células y energía que mantiene la vida. Básicamente, los alimentos se utilizan, (metabolizan), en dos formas: parte se usa para construir y reponer células en todo el cuerpo; el resto, actúa como combustible para la actividad y produce calor para mantener la temperatura corporal.

Cuando se come, se desencadena toda una serie de mecanismos. Después de 2 o 3 horas de ingestión, incluso de una comida abundante, el alimento se ha desdoblado (digerido) en formas que pueden utilizarse por el cuerpo. Estos productos de la digestión se absorben a través de las células beta del páncreas que comienzan a liberar insulina a la sangre, misma que transporta esta hormona vital directamente al hígado para permitirle retirar glucosa del torrente sanguíneo. Normalmente, cerca de las dos terceras partes del azúcar absorbido de una comida son captadas inmediatamente por el hígado. Ahí se almacena en forma de glucógeno que más adelante se descompone en glucosa y se libera a la sangre según sea necesario. (Kilo Charles, 1999)

Es muy importante considerar los riesgos que corren los pacientes con la diabetes mellitus cuando se pierde el control adecuado, dejando de lado los cuidados recomendados por el médico o el especialista en diabetes produciéndose consecuencias que se manifiestan a causa de la falta de información, interés y conocimiento de cada uno de los metabolismos, a continuación se describirán los más comunes en pacientes que descuidan su organismo.

Consecuencias por descuido.

Retinopatía diabética

Es una causa importante de ceguera y discapacidad visual. Está causada por el daño de los vasos sanguíneos de la capa posterior del ojo, la retina, lo que ocasiona una pérdida progresiva de la vista, que a veces llega a ser ceguera.

Por lo común el paciente se queja de visión borrosa, aunque también puede haber otros síntomas visuales.

Un buen control metabólico puede retrasar el inicio y la evolución de la retinopatía diabética. Así mismo, la detección temprana y el tratamiento oportuno de la retinopatía pueden prevenir o retrasar la ceguera. Para ello hay que efectuar exámenes oculares periódicos y aplicar intervenciones oportunas.

Nefropatía

La nefropatía diabética está causada por las lesiones de los vasos sanguíneos pequeños de los riñones. Ello puede causar insuficiencia renal y al final la muerte. En los países desarrollados, esta es una causa importante de diálisis y trasplantes renales.

De ordinario los pacientes no tienen síntomas al principio, pero a medida que la enfermedad evoluciona pueden manifestar fatiga, anemia, dificultades para concentrarse e incluso desequilibrios electrolíticos peligrosos.

Neuropatía

La diabetes puede lesionar los nervios por distintos mecanismos, como el daño directo por la hiperglucemia y la mengua del flujo sanguíneo que llega a los nervios como resultado del daño de los pequeños vasos. La lesión de los nervios puede manifestarse por pérdida sensorial, lesiones de los miembros e impotencia sexual. Es la complicación más común de la diabetes.

Hay muchas manifestaciones, lo que depende de los nervios afectados: por ejemplo, entumecimiento o dolor de las extremidades e impotencia. La disminución de la sensibilidad en los pies puede impedir que los diabéticos reconozcan a tiempo los cortes o rasguños, que se infectan y agravan. Si estas infecciones no se tratan a tiempo, pueden obligar a efectuar la amputación, más adelante se describe el cuadro del pie diabético. (OMS, 2015).

2.4 ¿Qué es la Insulina?

La insulina es una substancia (hormona) fabricada por el páncreas, es una glándula situada en la parte izquierda del abdomen, muy cerca del estómago. El cuerpo es un conjunto de órganos (corazón, cerebro, músculos, etc.) y cada órgano tiene un trabajo en particular que realizar. Lo que significa que no existe nada en el mundo

que trabaje sin energía en cada cuerpo, energía que se obtiene por medio de los alimentos que se ingieren.

Cuando los hidratos de carbono se encuentran en forma de glucosa, pasan a la sangre y en ese momento actúa la Insulina. La insulina es necesaria para que la glucosa entre en las células, y así pueda ser utilizada como fuente de energía. En los diabéticos lo que ocurre es que su páncreas no fabrica Insulina, por lo que al faltar esa, la glucosa no entra en las células.

Por eso es de gran importancia que se considere que los alimentos que se ingieren tienen fundamentalmente distintas proporciones de: Hidratos de carbono o azúcares, proteínas y grasas. Como por ejemplo:

Los Hidratos de Carbono se encuentran preferentemente en el reino vegetal (legumbres, frutas, harinas, etc).

Las proteínas y las grasas se encuentran preferentemente en el reino animal (carnes, pescados, harinas, etc).

Los alimentos que no logran ser aprovechados directamente por el organismo, el aparato digestivo (estómago e intestino) se encarga de transformarlos en sustancias más pequeñas (por ejemplo. Los hidratos de carbono en un azúcar llamado glucosa) que pueden así pasar a la sangre para ser utilizados adecuadamente. La corriente sanguínea lleva glucosa hasta las células con el fin de que se utilicen como fuente de producción de energía inmediata y la sobrante se almacena en el hígado y

músculos en forma de glucógeno, constituyendo una energía de reserva. Por fin, cuando esos depósitos ya están llenos, el exceso de glucosa se transforma en grasa y se acumula.

Por otra parte cuando el diabético no ha comido y la glucosa sanguínea comienza a descender, el cerebro envía órdenes a ciertas glándulas del organismo para que liberen sustancias hormonales (glucagón, adrenalina, cortisona y hormona de crecimiento) que consiguen, al actuar sobre el hígado y los músculos, liberar la glucosa almacenada en ellos y aumentarla en la sangre.

El páncreas libera la insulina a la sangre siempre en relación a la cantidad de glucosa que hay en ella, así, cuando la glucemia se incrementa después de las comidas, se origina la respuesta del páncreas que también incrementa la liberación de insulina, la cual conduce la glucosa al interior de las células.

Cuando se tiene menos cantidad de Insulina por no funcionar bien el páncreas, se dificulta el transporte de la glucosa al interior de las células de los órganos y ésta queda en la sangre, aumentando su nivel por encima de valores normales, a la vez que las células no tienen energía suficiente para funcionar adecuadamente.

Por otra parte la insulina empleada para el tratamiento de la diabetes se fabrica en el laboratorio por bioingeniería genética y es la llamada "Insulina Humana" porque es exactamente igual a la insulina formada por el páncreas humano. La insulina no puede administrarse por vía oral porque los jugos digestivos la destruyen. (Ortega Patricia, 2006)

La insulina tiene tres características:

- *Tiempo de inicio* es el tiempo que transcurre antes de que la insulina llegue a la sangre y comience a bajar el nivel de glucosa.
- *El punto pico o de acción máxima* es cuando la insulina tiene su máxima potencia con respecto a la reducción de glucosa en la sangre.
- *Duración* es el tiempo que la insulina continúa reduciendo el nivel de glucosa.
(Asociación Americana de Diabetes, 2015)

El tipo y la dosis de insulina que necesita cada individuo dependen de las características de su enfermedad. Su régimen diario de insulina puede requerir uno o dos tipos de insulina. (Collazo María, 2001)

2.5 La diabetes y su impacto psicológico.

Se han identificado diferentes efectos psicológicos que tienen impacto sobre los individuos que viven con diabetes y sobre su capacidad para manejar su enfermedad. De estos dos factores importantes se han descrito, la depresión y el estrés. (Kelly L. 2006).

Estrés psicosocial

Los pacientes diabéticos sufren de estrés, de un estrés importante; pues se les hace el diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida y puede acortarla; por otro lado el riesgo de que pueden tener complicaciones serias como la ceguera, neuropatía, nefropatía, es muy alto; además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de glucosa. Esto implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida; es muy importante

considerar que el entorno social, los familiares, amigos y el equipo de salud pueden ser fuentes importantes de apoyo.

En enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, el diagnóstico es el principal evento estresante y en algunos casos inicia una respuesta adaptativa que los lleva a una nueva situación de salud, enfermedad, el diagnóstico puede tener un severo impacto sobre la familia y en el trabajo, esta situación puede ser modificada con el apoyo social dado principalmente por sus familiares y amigos y por las actitudes de la sociedad (Garay, 1995).

Se ha comprobado que los niveles de estrés se han asociado con el descontrol metabólico y este puede ser por dos mecanismos: un efecto psicológico por medio del cual el estrés interrumpe rutinas de conducta relacionadas al manejo de la enfermedad como son la dieta, el ejercicio y la medicación; favoreciendo un deterioro del control metabólico, por otro lado el estrés inicia cambios psicofisiológicos con un incremento de secreción de hormonas contra reguladoras, principalmente catecolaminas y cortisol, lo cual incrementa los niveles sanguíneos de glucosa.

Aunque otros estudios no apoyan esta asociación, esto se debe a que existe la influencia de varios factores como el tipo e intensidad del estrés y los rasgos de personalidad del paciente que pueden explicar las diferentes respuestas del control glucémico a un estresor (Garay, 2000). Por otra parte se puede iniciar una respuesta adaptativa que va a depender de tres factores psicológicos principalmente: el estrés de la vida diaria (divorcio, muerte de un familiar, accidente automovilístico, etc.), la habilidad para enfrentarse con la enfermedad y el ambiente social (Wilson, 2000).

El estrés que los pacientes perciben los afecta negativamente en su capacidad para adherirse a su tratamiento médico. Aún más, algunas investigaciones han sugerido la unión entre factores psicológicos y el inicio de la diabetes. (Wang, 1996). Un estudio realizado entre mexicanos y americanos reportó que la mayoría de las personas entrevistadas en ese estudio creían que un evento estresante (susto) era la causa primaria de su diabetes (Carranza, 2004)

La diabetes puede imponer una carga excesiva sobre la capacidad de adaptación de la familia. Esto puede tener un efecto sobre el curso de la enfermedad. Bajo tales circunstancias, la función familiar puede cambiar a un control rígido que puede alterar su estabilidad. Se ha enfatizado que el sistema familiar juega un papel importante en la iniciación, selección de síntomas, curso clínico, uso de las facilidades clínicas y la adherencia al tratamiento en diversas enfermedades crónicas. Sin embargo se ha demostrado que el apoyo social es el principal determinante de la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos. (Ruggiero, 1990).

Negación de la enfermedad.

Algunos pacientes reaccionan ante el diagnóstico de diabetes con negación, enojo, hostilidad, o depresión antes del reto que implica el tratamiento. La negación ha sido definida como un mecanismo de defensa o barrera mental establecida por el ego entre los impulsos instintivos y la realidad externa. El diabético niega su enfermedad minimizando los síntomas o atribuyéndolos a otra causa. (Zorrilla, Hernández, 1998)

Al inicio de la enfermedad, el paciente sufre un impacto severo al darse cuenta de las perspectivas sombrías de una enfermedad incurable, con consecuencias potenciales para su calidad de vida y su misma esperanza de vida. Esta situación induce respuestas adaptativas, como la negación de la enfermedad que tiene diversas manifestaciones.

La negación reduce la respuesta al estrés, sin embargo tiene un efecto negativo sobre la adquisición de conocimiento, habilidades y disciplinas para enfrentar la enfermedad. Con relación a esto, encontramos que la negación de la enfermedad se asocia positivamente con el nivel de hemoglobina glucosilada. La consecuencia inmediata de la negación es la falta de adherencia al tratamiento, que da paso a un control metabólico deficiente. (Garay, 1999)

Depresión y Ansiedad

Se ha observado que la ansiedad y la depresión juegan un papel importante y complejo en la adaptación a la diabetes juvenil. La depresión y la ansiedad se asocian con un pobre control metabólico. Un estudio de seguimiento en adultos diabéticos mostró que con un mejor control glucémico, los síntomas de depresión y ansiedad disminuían y con un mal control los síntomas incrementaban. Aunque es difícil determinar si el incremento de la sintomatología depresiva causa deterioro del control glucémico o viceversa. Se ha encontrado que la depresión impacta significativamente a la adherencia al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sugiere que una evaluación de depresión debe incluirse en el protocolo de tratamiento de estos pacientes (Kalsekar, 2006)

En estudios previos se ha encontrado que las mujeres postmenopáusicas presentan mayor sintomatología depresiva que las mujeres premenopáusicas y más aún que los hombres, además que cuando el paciente recibe mayor apoyo de sus familiares y amigos, los niveles de depresión son menores y la ansiedad es mayor a medida que el paciente va avanzando en su enfermedad. (Aguilera Peña, 2003)

Es muy importante que se tome en cuenta que el paciente con diabetes es una persona con emociones propias que la enfermedad afecta por lo que al evaluarlo se debe examinar su entono biopsicosocial. (Garay Eugenia, 2006)

Capítulo III. Características de la etapa de la adultez. (50-60 años)

En este capítulo se abordarán las características que engloban la etapa de la adultez, sus características principales como las físicas, psicológicas y sociales, considerando que la población con la que se llevará a cabo este estudio se encuentran en esta etapa de desarrollo.

3.1. El significado de la adultez.

Literalmente ser adulto significa haber crecido. Al considerar la adultez desde la perspectiva del ciclo vital, se entiende como la consecuencia de un proceso de desarrollo durante la vida, en el cual inciden múltiples influencias en permanente interjuego.

Desde el punto de vista psicológico existen diversos criterios, como los cognoscitivos (referidos a la posibilidad de desarrollar un pensamiento abstracto y formal, e inclusive posformal-relacionado, entre otras cosas, con la confianza en la

intuición y con la posibilidad de entender y asumir las contradicciones); afectivos (incluyendo la posibilidad de la intimidad y la responsabilidad del cuidado, tanto de otros, como de sí mismo); morales (orientados hacia un pensamiento autónomo y responsable de sí mismo y de otros). (Dulcey, 2002).

Culturalmente, la adultez se relaciona con los "relojes sociales", así como con múltiples transiciones.

La adultez es, quizá, la época de la vida en que se presentan más transiciones y cambios en general, en la que se viven más ritos de paso (por ejemplo: salida de los hijos del hogar, retiro del empleo formal, viudez, entre otros), y en la que pueden surgir las más diversas interacciones, así como muchos nuevos factores y posibilidades (Birren 2000).

El término adulto hace referencia a una persona con capacidad para reproducirse y de ser independiente, entre otras cosas.

Dentro de la adultez existen tres subdivisiones:

- 1) Adultez Joven (20-40)
- 2) Adultez Medía (40-65)
- 3) Adultez tardía (65 y más) (Nez Paula, 2014)

Durante la transición de la adultez temprana y la intermedia algunas veces se modifican metas o se incursiona actividades totalmente diferentes de las esperadas. En vez de pensar en el período de su vida desde el punto de vista de los años que ya ha vivido, la gente empieza a pensar en el tiempo que le queda por vivir. (Dulcey, Elissa, 2002)

3.2 Características Físicas y biológicas.

El diccionario define al adulto como aquel que ha alcanzado su tamaño y fuerza plena; una persona totalmente desarrollada. Esta definición implica madurez biológica, es decir alcanzar los límites de desarrollo físico y la capacidad reproductiva. Pero esta definición biológica por si sola es inadecuada; en la cultura occidental los adolescentes pueden alcanzar su estatura y fuerza potencial y ser sexualmente maduros pero seguir comportándose de manera infantil y dependiente, con identidades nebulosas y estaciones indeterminadas de la vida.

Desde la temprana edad adulta hasta los años intermedios, en general suceden cambios biológicos tan gradualmente, que con dificultad se perciben hasta que un día, un hombre de 45 años, se da cuenta que no puede leer sin lentes, o una mujer de 55 años admite que no es tan rápida como solía realizar sus actividades domésticas.

El funcionamiento físico y la salud son usualmente buenos en estos años, a pesar de que no están en el nivel máximo del de la edad adulta temprana. La mayoría de la gente acepta los cambios en sus capacidades reproductoras y sexuales menopausia y período crítico masculino y la disminución de la agilidad al caminar, pero suele haber cierta angustia por la disminución del atractivo físico. (Papalia, 1992).

Funcionamiento sensorial y psicomotor

Vista, oído, gusto y olfato. A medida que los cristalinios del ojo se vuelven menos elásticos con la edad, su foco no se ajusta tan fácilmente; en consecuencia, mucha gente necesita anteojos para leer; se puede notar en algunos casos que para leer, comienzan a estirar el brazo y luego lo contraen para enfocar normalmente. También se experimenta una leve pérdida en la nitidez de la visión y necesitan cerca de un tercio más de luminosidad para compensar la pérdida de luz que llega a la retina. La miopía, sin embargo, tiende a nivelarse en estos años. (Papalia, 1992)

Hay también una pérdida gradual de la audición, especialmente en lo que respecta a los sonidos en las frecuencias más altas, esta condición es conocida como presbiacusia. Después de los 55 años, la pérdida de la audición es mayor para los hombres que para las mujeres, la mayor parte de la pérdida de la audición durante estos años no es percibida, puesto que está limitada a los niveles de sonido que son poco importantes para el comportamiento cotidiano.

La sensibilidad del sentido del gusto empieza a disminuir alrededor de los 50 años, particularmente la habilidad de discriminar “los matices más finos del gusto”, los alimentos que pueden ser muy sabrosos para un joven le pueden parecer insípidos a una persona de edad intermedia, a menos que se le agreguen condimentos. La sensibilidad al olfato parece sostenerse bien, es uno de los últimos sentidos que se disminuye. (Hernández, 1989)

Fuerza, coordinación y tiempo de reacción

A pesar de que hay una disminución gradual en fuerza y coordinación durante los años intermedios, la pérdida es tan pequeña que la mayoría de la gente

escasamente la nota. Diez por ciento de reducción en la fuerza física desde su máximo en los 20 años no significa mucho para la gente que, rara vez, si alguna vez lo hace, emplea toda su fuerza en sus vidas cotidianas.

Cuanto menos se esfuerce la gente, menos lo puede hacer. La gente que lleva una vida sedentaria pierde la tonicidad muscular y se vuelve aún menos inclinada a esforzarse físicamente. La gente que hace el esfuerzo de conservarse activa durante la edad adulta obtiene los beneficios de más fibra y elasticidad después de los 60 años.

El tiempo de reacción simple disminuye a cerca de 20%, en promedio, entre los 20 y los 60 años y decae después de estos últimos. Las habilidades motrices complejas, se incrementan durante la infancia y la juventud pero disminuyen gradualmente después de que la gente ha alcanzado su completo desarrollo.

Los trabajadores industriales hábiles, en sus 40 y 50 años son usualmente más productivos que nunca, en parte debido a que, generalmente, son más escrupulosos y cuidadosos. Además, es menos probable que los trabajadores de edad intermedia tengan lesiones que los incapaciten en el trabajo, resultado, sin duda, de la experiencia y el buen juicio, que hace más que compensar cualquier reducción de la coordinación y las habilidades motrices. (Hernández R. G, 1990)

Cambios en la capacidad reproductora y sexual

Uno de los cambios fundamentales de la edad intermedia es la disminución de las capacidades reproductoras que afecta a los hombres y mujeres de manera diferente. La capacidad de las mujeres para dar a luz hijos se termina durante este período; los hombres, a pesar de que pueden continuar engendrando hijos, empiezan a experimentar una disminución de la fertilidad y en algunos casos, de la potencia.

Menopausia.

La menopausia ocurre cuando una mujer deja biológicamente de ovular y de menstruar y ya no puede concebir hijos. Esto ocurre alrededor de los 50 años, en promedio, pero puede suceder muy normalmente unos 2 a 5 años antes o después, durante los cuales el cuerpo de la mujer experimenta los diversos cambios fisiológicos. La etapa inmediata anterior a la menopausia se conoce técnicamente como el período climatérico.

Durante el período climatérico, el cuerpo de la mujer reduce su producción de estrógeno. En consecuencia, experimentan síntomas físicos que pueden incluir bochornos, adelgazamiento del revestimiento vaginal (lo cual puede hacer dolorosa la relación sexual) o disfunción urinaria. En 1 de cada 4 mujeres posmenopáusicas, la disminución del estrógeno lleva a la osteoporosis, estado en el cual los huesos se vuelven más delgados, susceptibles a fracturas o a la artritis.

Para la mayoría de las mujeres, la menopausia no es una eventualidad de sus vidas, más bien es una época psicológica notoria. Una de las posibles causas es que anteriormente se culpaba a la menopausia de una serie de problemas,

especialmente la depresión, aunque estudios recientes muestran que no hay razón para atribuirle enfermedades psiquiátricas a este evento normal.

Es más probable que los problemas psicológicos de la mitad de la vida sean causados por actitudes sociales negativas hacia la tercera edad. En las culturas en que se valora a las mujeres de edad, menos problemas se asocian con la menopausia. La actitud de una sociedad hacia la tercera edad parece influir mucho más en el bienestar de una mujer menopáusica que el nivel de hormonas de su cuerpo. (Fernandez Nestor, 2009)

El climaterio masculino

A pesar de que los padres pueden continuar engendrando hijos hasta muy avanzada edad, algunos hombres de edad intermedia experimentan una disminución de la fertilidad, la frecuencia de las eyaculaciones y un aumento de la impotencia. Además, la mayoría de los hombres de edad intermedia parecen tener fluctuaciones cíclicas en la producción de hormonas. La etapa inmediata previa a la andropausia se caracteriza por cambios fisiológicos, emocionales y psicológicos. Involucra al sistema reproductor y otros sistemas del cuerpo, generalmente comienzan alrededor de 10 años después, el climaterio femenino y el patrón de síntomas varía alrededor del 5%.

Los hombres de edad intermedia experimentan síntomas tales como depresión, fatiga, insuficiencia sexual y achaques físicos vagamente definidos. Puesto que los investigadores no han encontrado relaciones entre los niveles hormonales y los cambios de temperamento, es probable que las quejas de la mayoría de los

hombres estén sujetas a la presión ambiental como las de las mujeres. Algunos de los problemas pueden estar relacionados con eventos inquietantes de la vida, tales como la enfermedad del hombre o su esposa, problemas de negocios o de trabajo, la partida de la casa de los hijos o la muerte de los padres. (Fernández Nestor, 2009).

Apariencia y adaptación sexual

En esta época suele evidenciarse un doble enfoque relacionado con la entrada al envejecimiento. Los cabellos encanecidos, la piel engrosada y las “patas de gallo” que son consideradas como prueba de experiencia, madurez y maestría en los hombres, son miradas como señales indicadoras de que “está entrada en años”, en las mujeres. Una vez que estas señales de juventud se han ido, también lo ha hecho (a los ojos de muchos hombres) el valor de una mujer como compañera sexual y romántica, y aún como presunta empleada o socia de negocios. (Papalia, 1992).

Pérdida de la capacidad de reserva física

Muchos de los problemas de salud que se originan en la edad intermedia son debidos a la pérdida de la capacidad de reserva física, es decir, la habilidad de los órganos y sistemas del cuerpo para aplicar un esfuerzo extra en épocas de estrés o disfunción.

Los cambios físicos más comunes incluyen:

- Habilidad disminuida para bombear sangre.
- Funcionamiento disminuido de los riñones.

- Secreción disminuida de enzimas en el tracto gastrointestinal, que llevan a la indigestión y al estreñimiento.
- Debilitamiento del diafragma.
- Ensanchamiento de la glándula prostática en el hombre (el órgano que rodea el cuello de la vesícula urinaria), que causa a menudo problemas de vesícula y problemas sexuales. Algunos de estos cambios son el resultado directo del envejecimiento de los órganos. Sin embargo, los factores de comportamiento y el estilo de vida pueden afectar su regulación y su extensión. La gente envejece a diferentes ritmos, y la decadencia de los sistemas del cuerpo es gradual. (UNAM, 1989).

Problemas de salud

Las enfermedades más comunes de la edad intermedia son el asma, la bronquitis, la diabetes, los desórdenes nerviosos y mentales (irritación o depresión), la artritis, el reumatismo, los deterioros de la vista y el oído, y el mal funcionamiento o las enfermedades de los sistemas circulatorio, digestivo y genito-urinario. Estas enfermedades, sin embargo, no necesariamente avanzan en la edad intermedia, mientras tres quintas partes de personas de 45 a 64 años de edad tienen estas condiciones crónicas, aunque dos quintas partes entre los 15 y 44 años ya las padecen. Un importante problema de salud en la edad intermedia es la presión sanguínea alta, también conocida como hipertensión. Este desorden, que es peligroso porque a menudo predispone a la gente a los ataques del corazón, afecta a 1 entre 5 adultos.

Causas de la muerte

Actualmente, cuando la gente tiende a vivir más, la muerte en la edad intermedia parece prematura pero no tan inesperada como en la infancia o en la edad adulta temprana. Ahora es más probable que la muerte provenga de causas naturales que de accidentes o violencia. Las tres principales causas que conducen a la muerte entre los 35 y los 54 años son el cáncer, los ataques al corazón y los accidentes; entre los 55 y 64 años, las causas son el cáncer y enfermedades del corazón. (Fernández Nestor 2009)

3.3 Características Psicológicas.

Dimensiones emocionales.

Ser adulto también incluye la madurez emocional. Implica un alto grado de estabilidad emocional, incluyendo un buen control de impulsos, una elevada tolerancia a la frustración y la libertad de oscilaciones violentas del estado de ánimo. Otro requisito de la vida adulta es romper los vínculos de la dependencia infantil de los padres y funcionar de manera autónoma.

Inteligencia y cognición

Mientras la inteligencia fluida (habilidad de manejar nuevo material o situaciones) típicamente disminuye durante la edad adulta, la inteligencia cristalizada (habilidad de solucionar problemas con base en el procesamiento automático de información almacenada) a menudo se incrementa durante la edad intermedia. Por ejemplo, las habilidades verbales ascienden, especialmente entre la gente que utiliza sus capacidades intelectuales regularmente, bien sea en el trabajo o a través de la lectura u otro ejercicio mental.

Cambios de cognición en la edad adulta intermedia.

Los adultos están usualmente más preocupados en cómo utilizar el conocimiento para propósitos prácticos que en adquirir conocimiento y habilidades para su propio bien, usan sus habilidades intelectuales para solucionar problemas de la vida real asociados con la familia, negocios o responsabilidades sociales.

Pensadores maduros

Piaget caracterizaba el uso de la lógica formal como el nivel de pensamiento más alto en la persona, pero el pensamiento maduro es más complejo y dirige una llamada de atención hacia otros aspectos. Cuando la gente centra sus energías intelectuales en solucionar problemas reales, aprende a aceptar la contradicción, la imperfección y la concesión como parte de la vida adulta.

El pensamiento maduro, contiene cierta cantidad de subjetividad y confianza en la intuición, antes que en la lógica pura, característica del pensamiento operacional formal. Los pensadores maduros tienden a personalizar su razonamiento, utilizando los frutos de su experiencia cuando se les dirige una llamada para encargarse de las situaciones ambiguas. De este modo, la experiencia contribuye a la habilidad superior de los adultos maduros para solucionar problemas prácticos, la cual algunas veces se llama "sabiduría". (Ortiz María Elena, 1997)

3.4. Características Sociales.

Dimensión Social.

Cualquier otra cosa que sea el significado principal de la vida adulta es social. Uno no puede declararse adulto, sino que es percibido como tal. Inevitablemente esta percepción refleja a una persona madura, racional y responsable. Resulta inconcebible llamar adulta a una persona indisciplinada, irracional, en quien no puede confiarse y que es socialmente irresponsable.

El estudiante adulto

Normalmente, en esta época de la vida, la mayoría de las personas ya cuentan con un nivel de estudios estable; es decir, quienes llegaron hasta la secundaria en la adolescencia ya no ingresan al bachillerato. Quienes abandonaron los estudios de bachillerato o los de licenciatura raras ocasiones prosiguen el siguiente nivel educativo. No obstante, cada día es más probable encontrar en las aulas a personas de mayor edad de la esperada, de acuerdo al nivel que corresponda.

Mucha gente estudia para prepararse en lo que será su “modus vivendus” o para prepararse para diferentes clases de trabajo. Algunas mujeres que han dedicado los años de su edad adulta temprana a los trabajos caseros y a la maternidad regresan a la escuela para ampliar su cultura incluso para fortalecer su ejecución como responsables de su hogar o su vida matrimonial.

La gente que ve aproximarse la jubilación puede desear ampliar su cultura y sus habilidades para hacer un uso más productivo e interesante de su nuevo tiempo libre. Y algunos adultos simplemente disfrutan del aprendizaje y desean continuar haciéndolo. Los aprendices maduros tienden a estar más motivados que los

aprendices de edad tradicional ya que se han dado cuenta que el aprendizaje no está limitado al salón de clase sino que también ocurre en forma relativamente informal en casa, en el trabajo y en otra parte diferente a una escuela clásica. Lo que les puede faltar en habilidades académicas específicas lo compensan en la riqueza y variedad de las lecciones de la vida, las cuales aplican el material que enfrentan cuando regresan a la escuela.

En la compleja sociedad de hoy, la educación nunca termina y a pesar de que no todo el aprendizaje tiene lugar en la escuela, más y más gente está encontrando algún tipo de aprendizaje formal importante para su marcha con los retos y oportunidades del mundo del trabajo, así como para el desarrollo de su completa capacidad intelectual o el bienestar social. (Papalia, 1992)

Patrones de trabajo

Durante la edad adulta intermedia, es probable que el trabajador típico se ajuste a una de dos descripciones. Él o ella están en la cumbre de una carrera escogida durante la edad adulta temprana, ganando más dinero, ejerciendo más influencia en la comunidad laboral y mereciendo más respeto que en cualquier otro período de la vida; o en el comienzo de una nueva vocación, posiblemente estimulada por la reevaluación de sí mismo, que tiene lugar durante la mitad de la vida. Una variación en este segundo patrón es la de algunas mujeres que ingresan o reingresan al ámbito laboral que requiere de mano de obra o “aceptan” tomar un trabajo muy exigente en tiempo o dedicación, debido al agotamiento de sus reservas económicas o la necesidad de continuar apoyando a sus hijos sea que estén estudiando o que tengan problemas en su propia familia.

Tensiones de trabajo

Cuando los trabajadores están insatisfechos con sus trabajos, es a menudo debido a una serie de factores estresantes:

- Falta de ascensos o aumentos de sueldo.
- Baja paga.
- Trabajo monótono y repetitivo.
- No participación en la toma de decisiones
- Carga pesada u horas extras de trabajo.
- Problemas de supervisión (sobre todo por gente joven).
- Descripciones no claras del trabajo.
- Un jefe que no estimula.
- Incapacidad o renuencia a manifestar frustración o ira.
- Dificultad para manejar las responsabilidades de hogar y trabajo.
- Insuficientes descansos (aumento de cansancio).
- Hostigamiento sexual (para ambos sexos).

Estos factores están relacionados con una serie de enfermedades físicas y emocionales, a pesar de que los vínculos específicos son difíciles de establecer. El estrés puede provocar agotamiento emocional y un sentimiento de que uno ya no puede realizar nada en el trabajo. Es especialmente común entre la gente de profesiones humanísticas como la medicina, la enseñanza, el trabajo social o la psicología que el estrés ataca a esos profesionales que han sido los más dedicados y que se sienten frustrados, ahora, por la inhabilidad de ayudar a la gente tanto como quisiera o como lo hicieron antes.

La sensación de impotencia física o mental y la falta de control es usualmente una respuesta al estrés que se convierte en algo cotidiano. Los síntomas, que vienen gradualmente, pueden incluir fatiga, insomnio, dolores de cabeza, gripes persistentes, problemas estomacales, abuso de alcohol o tabaco (incluso de medicamentos que deben ser controlados por el médico) y dificultades para congeniar con la gente. El profesional agotado puede dejar su trabajo repentinamente, alejarse de la familia y los amigos, y hundirse en la depresión.

Algunas medidas que parecen ayudar a los trabajadores agotados incluyen la reducción de horas de trabajo y la toma de descansos, incluyendo los fines de semana largos y las vacaciones; otras alternativas más comunes pueden ser la práctica de ejercicio, escuchar música o hacer meditación. Pero lo más importante es que los adultos, jóvenes o intermedios comprendan que esto (todo lo que se ha comentado en este material) es un proceso “normal” (cuando menos es muy probable que le suceda a mucha gente) dentro del desarrollo del individuo y que la aceptación de estas y otras etapas críticas del hombre se circunscriben a un contexto bio- psico- social. (Fernández Nestor, 2009)

Desempleo

El factor estresante más grande de todos, es la repentina o inesperada pérdida de un trabajo. Los trabajadores que derivan su identidad de su trabajo (incluso su vida), los hombres que definen la hombría como la manutención de una familia y la gente que define su valor desde el punto de vista del valor económico, pierden más que su salario cuando son liquidados.

Pierden un pedazo de sí mismos y con él su autoestima. Las mujeres están tan propensas como los hombres a sentirse económica, psicológica y físicamente afligidas por la pérdida de un trabajo. Debido a los estereotipos culturales, la pérdida de empleo en el hombre puede llevar, junto con las demás características físicas, a estados depresivos de alto riesgo para su equilibrio mental.

El estilo de vida se va conformando desde los primeros años y se fortalece cuando se llega a la edad adulta (de hecho, una de las características que distinguen al adulto es la adjudicación de una responsabilidad reconocida por la sociedad). Sin embargo, si es posible modificar parcial o totalmente este estilo cuando se llega a la adultez intermedia. Estos cambios son posibles cuando se cuenta con un acervo de habilidades y conocimientos para afrontar los siguientes retos que se presentan en la vida, la educación juega un papel muy importante en este proceso ya que, a su vez, para incursionar en estudios especializados, se requiere de una preparación educativa básica hoy en día, se requieren conocimientos a nivel licenciatura.

La experiencia de la vida juega otro importante papel ya que la información “teórica” obtenida en las aulas no tiene valor si no ha sido llevado a la práctica combinada con las propias limitaciones de la vida real. (Fernández Néstor, 2009).

CAPITULO IV.

Enfoque cognitivo conductual en las personas con diabetes tipo 2.

En este capítulo se explicará la historia de la terapia cognitivo conductual, introduciendo las diversas técnicas que contiene cada una de las generaciones, se explicarán los objetivos de las diversas técnicas de intervención. Teniendo como base fundamental el Mindfulness.

4.1 Historia de la Terapia Cognitivo Conductual.

La Terapia cognitivo Conductual hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico. La TC parte de la idea de que toda la conducta (adaptada o desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. De esta forma, en lugar de indagar acerca de posibles conflictos y estructuras subyacentes, los terapeutas de conducta empezaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente en el que se produce. Desarrollaron para este análisis el proceso de evaluación conductual, alternativa también radical a los sistemas diagnósticos tradicionales, y concibieron la terapia como una empresa empírica y fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica.

Estos principios convirtieron a la Terapia Cognitivo Conductual en una orientación psicoterapéutica revolucionaria, cuya contribución al desarrollo de la psicoterapia científica, apartada de su anterior carácter artístico, ha sido determinante. El producto final de esta evolución es una especialidad difícil de definir conceptualmente, que está unificada en cuanto al objetivo (la detección y cambio de conductas, pensamientos y respuestas emocionales desadaptadas), pero que difiere en el énfasis teórico que las distintas aproximaciones cognitivo conductuales asignan al condicionamiento clásico y al operante, a la mediación de factores cognitivos, y al papel de variables biológicas. Las diferencias actuales entre los distintos acercamientos considerados cognitivo conductuales son incluso epistemológicas, al acoger concepciones sustancialmente diferentes de la realidad y la psicopatología. (Díaz, Ruíz, Villalobos, 2012).

La Terapia de Conducta (TC) se desarrolló como un movimiento social y científico-académico y no como una escuela terapéutica. No existe una definición universal ni una frontera bien delimitada con otros métodos psicoterapéuticos, pero puede afirmarse que la TC se fundamenta en los principios de la investigación psicológica básica y que su desarrollo está unido a los avances de la psicología empírica. Su punto de arranque fueron las teorías del aprendizaje y su idea central el interés por la conducta observable.

Los representantes de la TC tuvieron como primer objetivo el desarrollo e investigación de técnicas efectivas; probaron muchas, rechazaron otras por cuestión de ética, pero, hoy en día, pueden ayudar con ellas a resolver muchos problemas de otras tendencias psicoterapéuticas. Sin embargo, esta orientación hacia las técnicas implicaba la hipótesis, tan criticada más tarde, de la homogeneidad de los pacientes. Este problema ha llevado a investigaciones fructíferas sobre la interacción entre las características del paciente y las técnicas terapéuticas. También contribuyó a esta problemática la gran energía empleada por la TC en la investigación de resultados, con la intención de salvar las distancias entre teoría y praxis.

La TC pone, a su vez, su punto de mira, más en los acontecimientos que suceden entre las sesiones terapéuticas, aquello que surge dentro de cada sesión. Hoy se acepta que el paciente no se despoja antes de cada sesión de sus patrones de conducta, sino que conserva y manifiesta dentro de ella sus características típicas interaccionales (**transferencia**). De igual modo, el terapeuta reacciona de manera concreta (**contratransferencia**) ante cada uno de sus pacientes. Estos aspectos adquieren cada día más valor en los modelos terapéuticos actuales de la TC.

Los principios originarios de intervención de la TC siguen demostrando su eficacia, pero ha quedado patente que se necesita mayor desarrollo para problemas más complejos, como los trastornos de la personalidad. Las dudas que manifestaron los

terapeutas de conducta en un principio, relativos al constructo de personalidad, se dejaron de lado y se dio paso a una segunda generación de técnicas que permitieron trabajar con patrones de interacción más complejos. La metodología cognitiva de Beck (1976, 1994), por ejemplo, es ya una intervención clásica al respecto. Linehan hizo una nueva propuesta para la conceptualización y tratamiento del trastorno limítrofe, basándose en los conceptos de Rogers y Kohut. En la llamada terapia de conducta dialéctica, ampliaron la TC cognitiva con el concepto de **esquema**, aplicando trabajos anteriores. Todos estos últimos autores, entre otros, han facilitado el camino para la llamada tercera generación de la TC. A continuación se describirán en qué consisten las tres generaciones y las técnicas que proponen cada una en la TC. (Díaz, Ruíz, Villalobos, 2012).

4.2 Primera Generación de la Terapia de la Conducta.

Kazdin (1978) estudió el desarrollo histórico de la TC, sus inicios y su asentamiento en los campos de la ciencia y de la salud. Krasner (1982) elaboró también las redes sociológicas y científico-históricas del origen de la TC. Los fundamentos teóricos de la TC son denominados por más de uno como "anticuados". Sin embargo, para todo amante de la TC, se convierten en un programa obligatorio que comienza en la línea de salida con los condicionamientos clásico y operante. La diferencia entre ambos se centra en las consecuencias de la respuesta o conducta.

Para el clásico, la conexión estímulo-respuesta es independiente de las consecuencias. Para el segundo, esa conexión depende de las recompensas (refuerzos) o castigos que siguen a las respuestas o conductas.

El **condicionamiento clásico o respondiente** es un aprendizaje común con la escala animal. Numerosas conductas involuntarias de tipo visceral y muscular responden a este aprendizaje. De ahí, que estas conductas se denominen, a su vez,

respondientes, porque son respuestas automáticas. En este proceso están los trastornos, como las fobias o los síntomas psicosomáticos.

Ivan Petrovic Pavlov (1849-1936), médico fisiólogo ruso, observó que los perros salivaban, al ver al asistente que les llevaba la comida e incluso, al oír sus pasos. En uno de sus primeros experimentos, hizo sonar una campana y registró la respuesta del perro. Luego consiguió condicionarlo, por medio del apareamiento contiguo y repetido del sonido con la comida, para que salivara, al escuchar la campana. El entrenamiento funcionaba. Además, el sonido se había convertido en un estímulo condicionado, que podía provocar por sí mismo la salivación, que ahora era una respuesta condicionada. John Broadus Watson (1878-1958), máximo impulsor del conductismo e introductor de Pavlov en E.E.U.U, traspasó el condicionamiento clásico del laboratorio a los humanos con su famoso experimento con el pequeño Albert, de 11 meses, al que condicionó ante la presencia de una rata albina; más tarde generalizó el condicionamiento a un conejo, un perro y un abrigo afelpado.

El condicionamiento clásico es un **aprendizaje asociativo** que puede emplearse positiva o negativamente, y hasta cierto punto es limitado, porque sus respuestas son parecidas a las innatas, pero tiene un poder similar al acto reflejo, que aparece desde el inconsciente. Muy distinto es el siguiente condicionamiento, el operante, con el que el organismo o el individuo aprenden a manejar más conscientemente la relación entre su conducta y el entorno.

En el **condicionamiento instrumental u operante**, el organismo "opera" sobre el medio, para producir diferentes consecuencias. También se llama instrumental, dado que la conducta del animal es el "instrumento" para lograr lo que desea. El término "instrumental" suele asociarse con Thorndike, quien puso las bases del

condicionamiento con sus tres leyes de ejercicio, disposición y efecto y el de "operante" con Skinner, que elaboró más a fondo el concepto.

Skinner (1950) sitúa la respuesta o conducta entre dos influencias ambientales: las que le preceden (antecedentes) y las que le siguen (consecuentes). Presenta la relación como *Antecedente-conducta-Consecuencia* o A-B-C. El modelo se basa en la contingencia de esos tres términos y todos los procedimientos que se derivan están sujetos a unos procesos básicos, como el refuerzo y los reforzadores, los programas de refuerzo, el principio de Premack, el castigo, la generalización, la discriminación y la extinción.

Vistos estos fundamentos teóricos, cabría hablar de los dos grandes campos de trabajo en la TC de la primera generación: el diagnóstico y los métodos.

A medida que avanza el diagnóstico, el terapeuta debe tener en cuenta la relación e interacción terapeuta- paciente.

Como ejemplo de planificación, se propone trabajar con estas fases: 1) Establecimiento de las condiciones iniciales. 2) Montaje de la motivación, para el cambio y elección provisional de sus ámbitos. 3) Análisis funcional de la conducta. 4) Discusión sobre las metas. 5) Planificación, elección y puesta en marcha de los métodos correspondientes. 6) Evaluación de los progresos en el cambio. 7) Generalización del éxito, seguimiento y finalización.

Métodos en la Terapia de Conducta

El empleo del amplio instrumental de métodos en TC exige, no sólo un conocimiento previo profundo de las técnicas, sino también un entrenamiento en las mismas. El terapeuta, además de su saber teórico, ha de guiarse en su uso por los síntomas del paciente, para que los métodos y síntomas resulten complementarios entre sí, más que alternativos. La flexibilidad es la regla básica, al respecto, para el

terapeuta. No existe una clasificación universalmente aceptada de los métodos de la TC. Muchos autores se basan para ello en su simple desarrollo histórico.

Sólo se mencionan los considerados como fundamentales: 1. Métodos de confrontación, 2. Métodos operantes y 3. Aprendizaje por modelos.

- 1) *El centro de la confrontación* lo constituyen las situaciones problemáticas a las que debe enfrentarse el paciente. "Situación" puede referirse, en este caso, a características físicas explícitas, a procesos cognitivos, a circunstancias somaticofisiológicas o a una combinación de los distintos planos. La aplicación clásica de estas técnicas es paralela con los trastornos del miedo. Clásicos son los tratamientos de las fobias con animales, de las fobias sociales y también del miedo a la soledad o del miedo a tener miedo. Existen dos grupos de tratamiento de gran aceptación: los trastornos de pánico acompañados de manifestaciones somáticas, como temblores, sudores, etc. y los trastornos postraumáticos en relación con guerras, violaciones, maltratos, catástrofes, etc.

La técnica de entrenamiento en el manejo de miedos, ofrece la posibilidad de dominar situaciones especialmente desagradables o aversivas. El paciente necesita, en este caso, una buena capacidad de discriminación, para detectar las primeras señales de miedo y emplear a tiempo la técnica. Esto le proporciona una primera sensación de control del miedo. Es importante en esta técnica que los ejercicios en las sesiones terapéuticas vayan preparando la transferencia a las situaciones naturales.

2. Métodos operantes: Según los principios operantes, en el diagnóstico busca, por un lado, la puntualización de la conducta (variable dependiente), y por el otro, el análisis de aquellas variables (variable independiente) que varían con la conducta. La probabilidad de una conducta vendrá determinada por sus consecuencias. Estas estrategias pueden resultar muy oportunas,

cuando el problema de un paciente debe cambiar, en relación con su frecuencia.

Los métodos operantes pueden distribuirse en: a) métodos para el montaje o incremento de la conducta; b) métodos para la reducción y debilitamiento de la conducta; c) métodos del manejo de contingencias, y d) métodos para la estabilización de la conducta.

a) Métodos para el montaje o incremento de la conducta: La gran técnica en este campo es el **reforzamiento positivo**. El principio fundamental de su empleo sería variar la situación de modo que las consecuencias positivas sigan contingentes, es decir, inmediatamente después de la conducta deseada. Para ello, se reorganizan los reforzadores efectivos ya existentes en el entorno natural, según el plan de tratamiento, o se introducen otros nuevos bajo un control estricto. El control continuado es necesario, porque siempre resulta difícil determinar, si los cambios provienen de los reforzadores o de cualquier otra variable. Se necesita, pues, un proceso concomitante de diferenciación de resultados.

Puede producirse también una nueva conducta tomando un plano o una variante de una reacción ya existente y reforzándola, mientras se priva de todo reforzador o recompensa a los otros planos. Si se hace paso a paso, puede llevarse a la conducta por la dirección prevista. Es el proceso llamado **aproximación sucesiva**. Puede convertirse en un método laborioso, pero los cambios producidos podrían ser muy satisfactorios. El **encadenamiento** es un método parecido al anterior y se basa en el moldeado, el control de estímulos y el reforzamiento, y aprovecha el principio de que en los aprendizajes de actuaciones complejas se suele reforzar y recompensar no a su iniciación, sino a su final exitoso.

A veces, aún en la aproximación sucesiva, existen pasos en la cadena de conducta que el paciente no puede realizar solo y el terapeuta debe procurarle estímulos de ayuda que luego se irán retirando. Esto se consigue con la **aplicación y retirada de estímulos de ayuda**.

Las investigaciones y la universalidad de la aplicación del **reforzamiento social** supusieron una fuerte crítica de los refuerzos materiales y un gran empuje para la terapia de conducta. El **reforzamiento negativo** puede definirse como la retirada de un estímulo aversivo o de una situación desagradable. En la práctica terapéutica, no existen demasiadas técnicas para ello, quizá porque exige un estímulo aversivo, como premisa para su aplicación. Suele aparecer en técnicas de reducción de adicciones o contra la obesidad o en el campo de trastornos sexuales.

Con el **control de estímulos** se trata de crear situaciones, en las que la conducta positiva tenga posibilidades de aparecer. Puede decirse que ningún programa de modificación de conducta o de autocontrol pasa por alto esta técnica que hasta ahora ha alcanzado un gran significado en el tratamiento de dependencias, de problemas educativos y en la terapia de discapacidades.

b) Métodos para la reducción y debilitamiento de la conducta: Este tipo de métodos operantes tiene una gran aplicación, cuando existe un "exceso" en la conducta, bien sea por frecuencia, intensidad o duración. La técnica más usual es el **castigo**, que, según la psicología, sólo debería usarse, cuando no haya otras alternativas o cuando el problema sea acuciante. Su aplicación adecuada supone el reforzamiento positivo de una conducta incompatible con la conducta castigada. Al aplicarlo, se han de tomar en cuenta sus

efectos, para evitarlos. Sin embargo, el castigo puede tener un efecto discriminativo importante, porque indicaría, al momento, qué conductas no están permitidas.

La **extinción** operante se refiere a una reducción en la frecuencia de la respuesta que sigue a la retirada de reforzamiento. Conviene considerar por separado las características de la extinción, según se trate de conducta de aproximación o de evitación. Esta última es mucho más difícil de extinguir que la anterior. Del mismo modo, las conductas con reforzamiento intermitente son más resistentes a la extinción que las que gozan de uno continuado. Conviene advertir, en especial a los padres y auxiliares profesionales que, al introducir la extinción, suele aumentar en los primeros momentos la cuota o frecuencia de la reacción.

El **tiempo fuera**, puede calificarse como un aislamiento social contingente. El sujeto, tras una conducta falsa, queda introducido en una situación que excluye cualquier forma de reforzamiento positivo. Conviene anunciar el aislamiento con señales verbales o no-verbales y nunca debe emplearse, cuando la situación de la que sale el individuo es más desagradable que la del aislamiento, porque el individuo usaría entonces el tiempo fuera como una conducta de evitación. Este método tiene desde siempre una gran aplicación en los campos clínico y educativo.

El **costo de respuesta**, es como castigar con la pérdida de reforzadores. Elliott y Tighe (1968) emplearon esta técnica en la reducción del tabaquismo. Los participantes en el programa perdían por cada cigarrillo fumado una considerable cantidad de dinero, que podían recuperar, si dejaban de fumar durante un periodo acordado con anterioridad. Los autores hablan de 84% de reducción en el consumo de tabaco, pasadas 16 semanas.

El procedimiento de la **saciedad de estímulo** supone la repetida presentación de estímulos al sujeto, hasta conseguir la reducción de su atractivo. De hecho, exigir el ejercicio continuado de una actividad en principio agradable, sin posibilidad de escape, puede convertirla en aversiva. La aplicación de esta técnica puede parecer de momento sencilla, pero debe realizarse con suma cautela por el estado aversivo que produce y sus posibles consecuencias.

c) Métodos del manejo de contingencias: Estos métodos se refieren a la introducción o retirada de estímulos positivos o aversivos, según sea el caso. Pueden llevarlo a cabo el terapeuta, las personas del entorno natural o el propio paciente por medio del autocontrol. Presupone una observación y un análisis exhaustivos de la conducta, para determinar sus excesos o deficiencias. Tiene una gran aplicación fuera también del campo clínico, pudiendo influenciar aspectos muy variados de la vida cotidiana, como el empleo de energías, etc.

El **sistema de economía de fichas**, es el resultado de la búsqueda de unos reforzadores adecuados, para ser aplicados al momento, con vistas a alcanzar la meta final deseada. Son reforzadores condicionados generalizados. Son objetos, puntos, fichas, monedas, etc. que pueden intercambiarse, pasado un tiempo, con los verdaderos reforzadores. El sistema de fichas es independiente del estado momentáneo de privación y evita el problema de la saciedad, pudiendo, a su vez, reforzar una secuencia de conductas sin interrupciones. Los programas de fichas han tenido gran aplicación, comenzando por el campo clínico. En una serie de

trabajos se demostró que son más eficaces, cuando los pacientes toman en sus manos el control del programa.

Los **contratos de contingencias** que el terapeuta cierra con el paciente tienen el valor de fijar por escrito las consecuencias positivas que acarrea el adquirir la meta propuesta. Suelen combinarse con otros métodos de autocontrol y sirven también, como medio de evaluación para los distintos pasos y progresos en la conducta. Se aplican en los campos más diversos, como terapia de pareja, delincuencia, o alcoholismo.

El criterio para un cambio efectivo de la conducta se centra en su estabilidad en el tiempo y en el espacio, es decir, en el **manejo de contingencias en el medio natural**. Tharp y Wetzel (1975) aplicaron este concepto, en principio, a las intervenciones con niños, dando por supuesto que las personas de su entorno podían intervenir como terapeutas, al disponer de los mejores reforzadores y de sus contingencias. De todas formas, las personas deben ser instruidas primero en los principios y métodos conductuales por los expertos. Es el llamado **modelo de mediadores** de gran aplicación en los entrenamientos de padres o en los contextos comunitarios.

d) Métodos para la estabilización de la conducta: Una de las grandes luchas de la terapia consiste en que el paciente pueda conseguir la persistencia de las metas. En primer lugar, existe la posibilidad de mantener una generalización de la conducta adquirida, a base de los controles de estímulo, de la planificación de reforzadores o de la creación de nuevos reforzadores condicionados. Uno de los caminos más directos es el reforzamiento

intermitente. Puede pasarse lentamente de un plan de razón variable a otro de intervalo variable y de un reforzamiento inmediato a otro retardado. En segundo lugar, se puede preparar una generalización dentro del propio contexto terapéutico, para que puedan aplicarse las ya mencionadas contingencias "naturales". Si se tiene en cuenta la profilaxis (tratamiento preventivo de la enfermedad) de las recaídas, la TC no sólo debería constituir una ayuda para una dificultad concreta, sino también una estrategia más amplia para la solución de problemas. En muchos casos, es difícil modificar los condicionantes del entorno, como las estructuras familiares muy rígidas, condiciones estructurales determinantes en el trabajo, etc. En estos casos, habría que echar mano del **autocontrol**. Esto significa que el paciente debe aprender a manejar por sí mismo las contingencias de su conducta, pero no se le abandona a su propia suerte.

Aprendizaje por modelos: Este aprendizaje está unido en gran parte al nombre de Bandura (1977, 1986). Según Bandura, este aprendizaje ocurre, cuando alguien, observando la conducta de otra persona y sus consecuencias, produce una nueva conducta o cambia su conducta actual, siguiendo la del modelo. Este aprendizaje se coloca, hoy en día, en el contexto de las teorías del aprendizaje social, al estar influido, en gran manera, por aspectos sociales e interpersonales; se situaría en un continuo entre los métodos clásicos de aprendizaje y los cognitivos.

El término aprendizaje social integraría otra serie de términos como aprendizaje por observación, aprendizaje vicario, imitación, identificación, etc., que podrían considerar procesos particulares.

De acuerdo con Bandura, los fundamentos del aprendizaje social quedarían determinados por los siguientes procesos: a) procesos de atención, que incluyen la percepción y selección de la información; b) procesos de almacenamiento de la

información; c) procesos de reproducción, que obligan a la práctica de las observaciones y, d) procesos motivacionales que juegan un papel determinante, basta con fijarse en la diferencia establecida en las teorías sociales y cognitivas: aprendizaje de contenidos, sin obligación de demostrarlos, pero performance significa que se debe exteriorizar la conducta.

4.3 Segunda Generación de la Terapia de la Conducta.

A comienzos de 1960, nacen los primeros intentos serios de ampliar el modelo de estímulo-respuesta, por medio del estudio de los procesos internos. Mahoney y Arnkoff (1978) efectuaron una revisión de las terapias cognitivas y de autocontrol, muy comentada posteriormente, y resumieron así sus ideas básicas: a) el organismo humano reacciona, sobre todo, a la representación cognitiva interior de su entorno y no al entorno en sí; b) estas representaciones están unidas funcionalmente con los procesos de aprendizaje; c) el aprendizaje humano se transmite, en gran parte, cognitivamente y, d) los pensamientos, los sentimientos y la conducta son interactivos y se condicionan mutuamente.

Partiendo de todos estos principios y modelos o de otros similares, se produjo un aluvión de trabajos sobre la terapia cognitivo-conductual. 1. Métodos encubiertos. 2. Métodos de reestructuración cognitiva. 3. Terapias de habilidades de enfrentamiento. 4. Solución de problemas y 5. Autocontrol.

1. Métodos encubiertos: El hecho central radica en considerar a las cogniciones como "procesos intermediarios" y lazos de unión entre los estímulos externos y las reacciones observables. Desde el trabajo directo de la intervención, estos métodos serían cognitivos, a la hora de explicar su eficacia, se tendrían que adscribir a los modelos teóricos del condicionamiento clásico.

La característica principal del contra-condicionamiento encubierto reside en el empalme de un estímulo encubierto, por ejemplo, aversivo con otro estímulo encubierto, pero positivo. El resultado es que el estímulo, en principio aversivo, puede adquirir un valor neutral y hasta positivo.

El paciente debe visualizar una secuencia de hechos o actos que le son agradables, según su síntoma particular, por ejemplo, el alcohol: agarrar el vaso, acercárselo a los labios. En ese instante, se interrumpe la secuencia de manera abrupta. El paciente debe imaginarse que no puede realizar su conducta problemática y que en su lugar, sólo suceden cosas desagradables y hasta repugnantes. Debe cortar la conducta, abandonando rápidamente la escena imaginada, escapando de las náuseas, mareos, etc., y refugiándose en una situación totalmente opuesta, muy agradable, en la que percibe, por ejemplo, el aire puro y fresco o se toma una ducha refrescante. Después el paciente debe ejercitar la secuencia regularmente, por lo menos una vez al día.

En el **reforzamiento encubierto**, se trata de unir una conducta imaginada con un reforzamiento simbólico. Cautela distingue, de modo análogo al reforzamiento externo, un reforzamiento positivo encubierto, es decir, la imaginación de situaciones especialmente agradables y un reforzamiento negativo encubierto, produciéndose, la evitación o terminación de una situación aversiva. El paciente debe imaginarse la conducta que quiere conseguir y, a la indicación del terapeuta, cambiar a imaginarse la situación agradable reforzante ya acordada. Esta técnica contiene conexiones con el principio de autorreforzamiento y el proceso del diálogo interior que, llegado el caso, exigirían cambios terapéuticos adicionales.

Además de estas técnicas, pueden mencionarse también el entrenamiento en autoverbalizaciones; la **extinción encubierta**, que podría resultar útil, cuando sea difícil controlar las contingencias de reforzamiento, mediante la manipulación

ambiental y el **modelado encubierto**, que puede emplearse como alternativa a la desensibilización sistemática y al entrenamiento asertivo, cuando el sujeto se refleja mejor en los demás que en sí mismo. El **stop de pensamientos** trata de la modificación de una conducta encubierta, por ejemplo, pensamientos obsesivos, a través de estímulos encubiertos. Se instruye al paciente para que en el mismo momento en que le llegue el pensamiento o la autoverbalización inadecuados se dé a sí mismo la orden *stop*.

Mahoney (1974) especula sobre si no sería más efectiva una substitución de pensamientos, en lugar del ejercicio del *stop*. De hecho, los mejores resultados provienen de su combinación con otras técnicas, como la desensibilización sistemática, la sensibilización encubierta o la autoinstrucción.

2. **Métodos de reestructuración cognitiva:** De todo este tipo de métodos que intentan un cambio sistemático de la manera de pensar y valorar del sujeto, se presenta: a) la terapia racional-emotiva de Albert Ellis; b) la terapia cognitiva de Beck, y c) los métodos de autoinstrucción.

a. **La Terapia Racional-Emotiva (TRE):** Ellis desarrolló su teoría al final de los años cincuenta, debido, en gran parte, a su descontento con los métodos tradicionales psicoanalíticos. La cuestión de la racionalidad o irracionalidad del ser humano y en especial del pensamiento adquiere una importancia capital con esta terapia. Ellis (1962) afirma directamente que los trastornos emocionales y psicológicos provienen en su mayoría de la manera ilógica o irracional de pensar, y es adquirida a través de tres agentes principales: *los padres, la sociedad y la autosugestión*.

Ellis (1962) propone, según su criterio, las 11 ideas más comunes con carácter neurotizante como la manifestación de una serie de categorías propias de un pensamiento y una conducta disfuncionales: pensamiento absolutista,

catastrofismo, desvalorización de sí mismo, perfeccionismo, pasividad, impulsividad exagerada, prudencia ilimitada, hedonismo inmediato y sobregeneralización. Todas ellas disfunciones y creencias irracionales que pueden ser modificadas por el proceso terapéutico que sigue el eje central de la ecuación: A-B-C-D-E.

En la fase A, el terapeuta intenta conocer de cerca cómo percibe el paciente que cree ver problemas donde no existen. En la B, se identifican los sistemas de creencias y el terapeuta ayuda al paciente a verbalizar sus pensamientos. En la C, se descubren las emociones provechosas y también las perjudiciales del paciente, a través de la disputa hedonista y las consecuencias de los pensamientos.

El centro de toda la TRE lo constituye el elemento D, la disputa y el cambio de los pensamientos irracionales que deben ser sustituidos por alternativas racionales. La fase E, recoge los efectos cognitivos de la disputa. El terapeuta concluye la terapia, administrando al paciente las estrategias adecuadas para la autoayuda en el futuro.

Ellis (1975, 1984) trabaja con tres tipos de métodos: cognitivos, emocionales y conductuales. La primera estrategia cognitiva consiste en estructurar y diferenciar los distintos patrones de creencias.

Los métodos emotivo-evocativos facilitan el acceso a los problemas cognitivos. En este punto, la TRE actúa con la empatía de manera similar a la terapia no-directiva de Carl Rogers. Se emplean ejercicios no-verbales y juegos de rol. El terapeuta introduce el humor y las estrategias de la autoapertura, como técnica de modelado. Los ejercicios de riesgo indican al paciente que las consecuencias tan temidas no son tan graves como él creía. Los métodos conductuales ayudan a afianzar las nuevas maneras de pensar. La aproximación sucesiva, desensibilización en vivo y otras técnicas operantes son de gran utilidad. También se desarrollan programas de autocontrol y de competencia social.

b. La terapia cognitiva de Beck: Beck trabajó primero como psicoanalista, pero quedó descontento con el modelo psicoanalítico de depresión, interpretándolo como una agresión del paciente contra sí mismo; debido a ello, se dedicó a construir su propia teoría. La hipótesis fundamental de Beck propone que las cogniciones influyen de modo decisivo en el estado psíquico, es decir, pueden generar, dirigir o mantener trastornos personales y conductuales. Su punto de partida y sus impulsos terapéuticos se los debe Beck, en gran parte, a la teoría de la organización de la personalidad, como estructura de sistemas de conceptos. Beck clasifica los esquemas de los depresivos, según sus aspectos formales y de contenidos. Con respecto al contenido, se caracterizan por la llamada tríada cognitiva: El individuo tiene una visión negativa sobre sí mismo, sobre su entorno vital y sobre el futuro. En cuanto a los procedimientos formales del pensamiento, los depresivos tienden a cometer una serie de errores cognitivos sistemáticos y los principales son: las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación o minimización, la personalización y la imprecisión. Los pensamientos de los depresivos son además, según Beck, automáticos, involuntarios y perseverantes, aunque a ellos les parezcan a todas luces acertados.

La meta fundamental de la terapia cognitiva se centra en entrenar al paciente, para que cambie los pensamientos depresivos y aumente su motivación y grado de actividad. Para ello, se emplean técnicas cognitivas y conductuales. Como no podemos desarrollar paso a paso la terapia de Beck, propuso las siguientes sus técnicas: 1) Escalonamiento de tareas, según su grado de dificultad. 2) Planificación de actividades y ampliación de las actividades agradables. 3) Terapia del éxito y del placer. 4) Detención y recogida de pensamientos automáticos. 5) Argumentación en contra de los pensamientos automáticos. 6) Identificación del *set* cognitivo (negativo). 7) Evaluación de las cogniciones. 8) Terapia alternativa. 9) Reatribución.

10) Examen lógico del catastrofismo. 11) Terapia de la anticipación. 12) Identificación de los supuestos que subyacen en la depresión.

Con el paso del tiempo, la terapia cognitiva de Beck ha ampliado su aplicación más allá de la depresión, en otros campos, como los trastornos de pánico, los trastornos de la personalidad, la esquizofrenia o las dependencias.

C. Métodos de autoinstrucción: Meichenbaum y Goodman (1971) desarrollaron un programa de entrenamiento dirigido a niños hiperactivos e impulsivos. Como es sabido, estos niños tienen dificultades para emplear conscientemente el lenguaje, como medio para la planificación y regulación de su propia conducta. Por medio del entrenamiento, los niños aprenden a "hablar antes de actuar", elaborando así consciente y sistemáticamente la solución de problemas.

El entrenamiento se distribuye en cinco pasos: 1) Modelo: el terapeuta realiza una tarea, hablando en voz alta para sí mismo. El niño lo observa. 2) Instrucción externa, observable: el niño realiza la tarea, mientras el terapeuta lo instruye en voz alta. 3) Autoinstrucción externa, observable: el niño toma la verbalización del modelo y se instruye a sí mismo en voz alta. 4) Autoinstrucción externa, pero reducida: el niño realiza la tarea, al mismo tiempo que se instruye a sí mismo, susurrando la autoinstrucción. 5) Autoinstrucción encubierta: el niño, por último, realiza la tarea y se autoinstruye, sin que se le oiga.

La autoinstrucción se aplica con éxito en problemas escolares de hiperactividad, en la esquizofrenia o en los temores a hablar en público. Algunos autores concluyen el estudio de este procedimiento, afirmando su eficacia general. Otros (Kendall y Finch, 1979) propugnan la conveniencia de combinarlo con otras técnicas operantes, como la solución de problemas o las habilidades de enfrentamiento, para mejorar su eficacia.

El elemento común en los distintos métodos de reestructuración cognitiva, es la elaboración de una visión alternativa de los problemas emocionales, con un acento en los factores cognitivos.

Partiendo de ello, los autores conductistas retomaron estas terapias, acomodándolas al vocabulario conductista y a la teoría del aprendizaje social, logrando así mayor sistematización en su aplicación.

Terapias de habilidades de enfrentamiento: Su intención es entrenar al paciente en ciertas habilidades, para que las utilice en futuras situaciones generadoras de ansiedad, por muy variadas que pudieran ser.

La inoculación de estrés es un procedimiento específico de Meichenbaum y Cameron (1982) para dominar las situaciones de estrés. No se trata del dominio de miedos concretos, sino de una estrategia de tipo general. Su característica principal consiste en el reconocimiento rápido de la situación problemática y en el dominio de la misma, a través de las medidas cognitivas y motoras. El entrenamiento se concibe en tres fases.

La primera fase educacional comienza con un amplio análisis del problema, atendiendo, en especial, a lo que el paciente se dice a sí mismo en una situación crítica y a los pensamientos e imaginaciones que le pasan por la cabeza. Una vez analizado el problema, el terapeuta aclara al paciente sus miedos, a base de una teoría explicativa, acomodada a los hechos y situación concreta del sujeto.

En la segunda fase de ensayo, se ejercitan con el paciente diversas técnicas, para el dominio de la situación de estrés, tanto en el plano conductual, como en el cognitivo. Entre ellas, están las informaciones objetivas sobre los objetos fóbicos o situaciones de estrés y la relajación muscular para controlar la excitación fisiológica.

Para Meichenbaum, las medidas más importantes eran las autoverbalizaciones constructivas del paciente.

Esta fase consta de cuatro pasos: 1) preparación ante un estresor, en donde el paciente determina lo que debe hacer, examina sus posibilidades y se tranquiliza; 2) confrontación con el estresor, en la que el paciente se explica a sí mismo lo que puede hacer contra el estrés; 3) ejercicio en la sensación de pérdida de control, en la que se practica el anticiparse a la situación real, sin dar paso a los ataques de pánico; 4) autorrefuerzo, con el que se estabiliza la nueva conducta.

En la tercera fase de aplicación, el paciente prueba las habilidades adquiridas, ejercitándolas en la práctica. En una actitud preventiva, debe enfrentarse a las situaciones de miedo originales y a otras nuevas también difíciles. También pueden emplearse videos estresantes y situaciones de fracaso.

Solución de problemas: La solución de problemas es un tema preferente en psicología cognitiva. Entendidos dentro de este campo, los problemas tienen tres componentes comunes: 1) un punto de partida insatisfactorio; 2) un estado final positivo; y 3) una barrera que impide el paso del punto de partida al estado final. Las características de los problemas y de su solución, dependen, tanto del tipo de barrera, como del ámbito real del problema. Apoyándose en este hecho, Dörner (1979) clasifica los problemas, según las barreras. En los problemas con barrera de interpolación, se conocen el inicio y el final, pero no existe un ordenamiento acertado de los medios necesarios para el paso intermedio. En los problemas con barrera de síntesis, se conoce el inicio y el final, pero faltan o se desconocen los operadores importantes (búsqueda de medios). Los problemas con barrera dialéctica se caracterizan por su escasez o falta total de criterios que fijen una meta.

D`Zurilla y Goldfried (1971) distinguen cinco procesos fundamentales en la solución de problemas: 1) la **orientación general** se refiere a la toma de postura del paciente frente a los problemas, viéndolos como una oportunidad y no como una amenaza; 2) la **definición y formulación del problema** exige al paciente definir su posición con toda clase de detalles, concentrándose en los datos más relevantes, como el análisis del material, de las metas, del conflicto y de la estructuración del problema; 3) en la **creación de alternativas** no se trata de evaluar, sino de enumerar todas las alternativas que se descubran. Algunos autores distinguen, a este respecto, entre "estrategia" (formulación general de una conducta a emplear) y "táctica" (modo específico de realizar el plan). El terapeuta va escribiéndolas todas, como se van diciendo, sin comentarios ni evaluaciones; 4) con la **decisión**, el paciente elige las estrategias más adecuadas, tomando en cuenta sus consecuencias. Después, debe pensar en las tácticas y en la planificación concreta. En caso necesario, deberá volver sobre los dos últimos pasos del entrenamiento; 5) la **verificación** examina y controla la puesta en práctica. Al conceptualizar la relación entre la planificación individual y su realización. Conviene, a su vez, elaborar con el paciente muchos ejemplos, con distinto grado de dificultad para su ejercicio.

Autocontrol: El proceso de autocontrol puede definirse, según Kanfer (1975), como una secuencia con diversos estadios. El primero corresponde a la autoobservación de la propia conducta. El segundo se centra en la comparación entre lo que el individuo hace y lo que debería hacer. Éste aprende a discriminar.

El tercero se dedica al respeto propio, dirigido a elevar la motivación. La característica principal del autocontrol se centra en el hecho de que el paciente tome en sus manos las funciones terapéuticas.

Los métodos más importantes son la autoobservación, el autorrefuerzo y el autocastigo (métodos del control de contingencias), el control de estímulos y el contrato. Después de explicar el manejo de estos métodos, Kanfer (1975) expone

los siguientes pasos del programa de autocontrol: 1) Propuesta de un análisis de la conducta. 2) Observación y examen de la conducta final. 3) Desarrollo de un plan de intervención, con contrato. 4) Explicación de las técnicas de modificación.

4) Examen continuado de los progresos y del contrato. 6) Anotación y recuento de los datos cuantitativos y cualitativos que van documentando el cambio. 7) Propuesta de un programa de autorrefuerzo. 8) Generalización y *transfer* de la nueva conducta. 9) Intercambio continuo sobre los medios y efectos del tratamiento. 10) Apoyo ininterrumpido del terapeuta de la responsabilidad que va asumiendo el paciente.

El entrenamiento consecuente del paciente, hasta convertirlo en su propio terapeuta, puede considerarse una de las metas más elevadas de toda terapia. En sí, esta terapia está indicada, ante todo, para pacientes que han reconocido y comprendido sus dificultades y tienen el deseo de superarlas, pero no disponen de conocimientos o técnicas suficientes para dominarlas. Con respecto a la cuestión teórica, aún se mantiene la discusión sobre la adjudicación del autocontrol a un modelo teórico concreto, pero, en la práctica, tiene una extensa aceptación y una amplísima gama de aplicación.

4.4 Tercera Generación de la Terapia de Conducta

El hombre no es sólo un ser dispuesto al condicionamiento y cargado de pensamientos y cogniciones. Es también un ser emocional, marcado por el apego y explorador del sentido de su propia vida. Es, asimismo, un ser dependiente de las interacciones y de su cultura. La tercera generación ("tercera ola", Hayes, 2004) de la TC busca trabajar con todos estos encuadres. Si a la primera generación de la TC podía adjudicarse la **era de la conducta** y a la segunda generación la **era de la cognición**, en la tercera podría desarrollarse la **era de la emoción**. (Celedonio Castanedo, 2008).

Es una era que ya se anunciaba en los conceptos, por ejemplo, de Bandura, Meichenbaum y Lazarus. (1985). Mientras Meichenbaum (1995) consideraba la emoción como el "aglutinante" entre cognición y conducta, muchos terapeutas de conducta proponían a la emoción (negativa), de acuerdo con la tradición experimental, como la variable dependiente que debe cambiar. Meichenbaum, sin renunciar al inventario de las técnicas terapéuticas tradicionales de la TC, ya "recetaba", por ejemplo, su método constructivo-narrativo que, al igual que la moderna psicología de la emoción de Lazarus, se dirige más a los temas personales básicos, que a las cogniciones disfuncionales del momento.

La relativización del significado de la clasificación de síntomas y su "recetario", el acento sobre la persona "total" y, en especial, sus relaciones interpersonales, y el reconocimiento de la continua dinámica entre cognición, emoción y conducta, en lugar de su mutua subordinación, mueven el trasfondo de la tercera generación de la TC. A continuación, mencionaremos algunas de sus terapias más en boga.

La **Terapia de Esquemas (TE)** (2003), en origen llamada Terapia Cognitiva Focalizada en Esquemas, implica, según el mismo Young, una integración equitativa de otros modelos: 25% del cognitivo, 25% del comportamental, 25% de la Gestalt y 25% de la teoría psicoanalítica del apego.

Los esquemas incluyen recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales. Se originan en la niñez o en la adolescencia y se desarrollan a lo largo de la vida. Al principio, son adaptativos al entorno del niño, pero, a lo largo del desarrollo, se convierten en desadaptativos, perdiendo su sentido. Los esquemas desadaptativos tempranos son el resultado de necesidades básicas insatisfechas, provocadas principalmente por experiencias aversivas de la niñez. Young distingue 19 esquemas desadaptativos. El paciente desarrolla, a su vez, tres estilos para acomodarse o intentar dominar los esquemas: la **permisión** que podría significar la

confirmación y hasta el reforzamiento del esquema; la **evitación** que puede ocultar el esquema, al menos ante los demás, y la **compensación** que impide que el esquema sea reconocido, pero a base de mucho esfuerzo y consumo de energías.

El proceso de cambio trabaja con estrategias cognitivas, en las que, el paciente establece un diálogo entre el "lado del esquema" y su "lado sano". Las estrategias experienciales amplían la comprensión racional del esquema al campo emocional, trabajando los tres principales caracteres: el niño vulnerable, el padre disfuncional y el adulto sano. Al no poder tratar del mismo modo a un paciente airado que a un depresivo, o a un limítrofe que a un narcisista, Young elaboró el modelo de los modos. Cada modo es una agrupación de esquemas que se activan al mismo tiempo, produciendo un "estado general momentáneo" en el paciente, mientras los otros modos quedan apartados. Young los define como una parte desgajada del ego y diferencia 10 modos, orientados a los estados de la niñez, la solución de las disfunciones, los influjos de la educación paterna y el modo del adulto sano.

La TE tiene especial interés en la relación terapéutica, por medio de un cuidado paternal limitado hacia el paciente. El terapeuta se esfuerza en reconocer las necesidades básicas del paciente, buscándole una solución, por medio de la aceptación, la empatía y otras cualidades descritas y prescritas en otras terapias, como la de Rogers. Cuando la terapia tiene éxito, confiesa Young, el paciente interioriza al terapeuta, como una parte de sí mismo. La TE ofrece todavía una relación difusa de la investigación terapéutica. Sus conceptos y definiciones deben aclararse más, pero muestra un intento de integración, más allá del eclecticismo, que dará, sin duda, sus buenos frutos.

La **Terapia de Aceptación y Compromiso** (Wilson y Luciano, 2002) se centra en los valores personales del paciente que se definen como direcciones vitales globales deseadas y construidas verbalmente.

Se pueden conseguir, partiendo de la conducta, pero nunca en su totalidad, por lo que siempre están presentes como un trasfondo del comportamiento. De ahí, su utilidad. Para la Terapia de Aceptación y Compromiso, valorar es, al final, actuar. Si el paciente logra salvar la **evitación experiencial destructiva**, actuará de acuerdo con sus metas vitales.

El proceso de la terapia se apoya, en sus inicios, en el llamado "desentramado de los valores". Al paciente se le pide que indique los terrenos en que se mueven sus valores y sus prioridades; también que explicita las motivaciones que sustentan sus acciones o modos de vida y si actúa con patrones de regulación verbal generalizados o contextualizados. El terapeuta debe indagar la meta que persigue el paciente, cuando busca el alivio de sus sufrimientos.

Para situar la estrategia del paciente en el contexto de sus valores, los autores de la ACT suelen introducir la "metáfora del jardín", en la que se relacionan los quehaceres de la vida con el cuidado de un jardín. Una vez establecidas esas oportunas conexiones, llega el momento de aplicar el "Cuestionario de Valores" (Blackegde, 2006).

Luego, se retoma la metáfora, para indagar las barreras psicológicas "malas hierbas del jardín", que impiden la actuación acertada del paciente. Pero, tanto las plantas, como las malas hierbas pueden coexistir en un mismo jardín. El terapeuta prepara así el camino y plantea al paciente la aceptación, como una estrategia alternativa, vistos sus intentos infructuosos de controlar sus sensaciones de malestar. Todo ello sucede dentro del **Marco Relacional del Lenguaje y la Cognición**. (Hayes, 2001)

La **Psicoterapia Analítica Funcional (PAF)**, (Kohlenberg, 1991) aplica el análisis de la conducta a los intercambios verbales entre paciente y terapeuta, considerándolos como el principal material clínico y empleándolos para cambiar la

"conducta real", objeto del tratamiento. Esta terapia conecta con la tradición conductista de Skinner (1957) y su denominación de "analítica funcional" apunta al análisis funcional de la conducta.

La PAF se estructura mediante tres componentes básicos: 1) La noción de "conducta clínica relevante". 2) La identificación de las conductas clínicas relevantes; y 3) las reglas para una actuación terapéutica relevante.

1. Las conductas clínicas relevantes (CCR) se clasifican en tres tipos: a) los problemas del paciente durante la sesión (CCR1), que suelen ser conductas relacionadas con el control aversivo, la dependencia, las relaciones sociales y temas similares; b) las mejorías del paciente durante la sesión (CCR2); y c) las interpretaciones que proporciona el paciente, acerca de su conducta (atribuciones causales), en especial, las expuestas en términos de sus antecedentes funcionales (evocativas y discriminativas) y de las contingencias de reforzamiento.
2. La identificación de las CCR trabaja con dos referentes: el análisis funcional del lenguaje en la terapia; y las situaciones terapéuticas que evocan CCR, como pueden ser los silencios en la conversación, el sentirse bien, la expresión de afecto o la propia estructura temporal de la sesión.
3. Las reglas que definen las condiciones de contingencias son cinco, según Kohlenberg y Tsai (1987): 1) Atienda a las CCR. 2) Evoque la ocurrencia de CCR. 3) Refuerce las mejorías. 4) Observe su propio potencial reforzante como terapeuta. 5) Describa las relaciones funcionales entre las variables controladoras y las CCR del paciente.

Hasta el momento, el único aval empírico de la PAF es el estudio de casos, entre los que Kohlenberg y Tsai (1994) refieren como utilización exitosa los procesos de interacción, autoestima deficiente, personalidad limítrofe y depresiones recurrentes.

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) fue desarrollada por Marsha (1994) como un concepto específico, para el tratamiento ambulatorio de los pacientes suicidas crónicos con trastornos de personalidad limítrofe. Este método muestra su superioridad sobre otras técnicas por la reducción de la frecuencia y el grado de la conducta para suicida, por una duración menor en la hospitalización y por el menor número de interrupciones de la terapia.

Sus fundamentos son: 1) La teoría del aprendizaje bio-social de Theodore Millon, un psicólogo clínico que estudia los factores ambientales, como responsables de los trastornos de personalidad. De aquí, deduciría Linehan, por ejemplo, la regulación de las emociones. 2) El modelo dialéctico de Hegel que propugna los pasos de tesis, antítesis y síntesis, para llegar al conocimiento. Precisamente, el paciente de personalidad limítrofe no consigue la síntesis, viéndose obligado a permanecer en la tesis o en la antítesis. La postura dialéctica de Linehan recurre en su solución al llamado wise mind, para intentar la síntesis. Con ello, Linehan introduce elementos del budismo Zen en su concepto terapéutico. 3) La terapia cognitivo-conductual, tal y como ya ha quedado expuesta, al hablar de la segunda generación de la TC.

La TDC trabaja, a su vez, con cuatro modos primarios en el tratamiento: 1) Terapia individual, con una sesión semanal, en la que se explora con detalle una conducta problemática y sus soluciones alternativas. 2) Sesiones de terapia de grupo de 2.5 horas semanales, en las que se enseñan efectividad interpersonal, habilidades de tolerancia de la angustia/aceptación de la realidad, regulación de emociones y habilidades conscientes. 3) Contactos telefónicos. Los terapeutas de grupo no están

disponibles entre sesiones; sólo el terapeuta individual. 4) Consulta de terapeutas, para la supervisión.

La **Terapia Cognitiva Interpersonal (TCI)** (Safran y Segal, 1994) parte de la importancia de la relación terapéutica, como vía del cambio y de la consideración del paciente como parte del sistema interpersonal, en el que participa. La TCI se centra en tres mecanismos de cambio: a) el descentramiento, para que el paciente experimente su propio papel en la construcción de la realidad; b) el desmentido experiencial, para que el paciente rebata sus creencias disfuncionales sobre sí mismo y los otros; y c) la información de las disposiciones para la acción, para que el paciente descubra los aspectos inconscientes de su propia experiencia.

La TCI trabaja con tres focos terapéuticos durante los cuales el terapeuta utiliza la interacción, para evaluar el "esquema interpersonal", asumiendo una posición de "observador participante" y convirtiéndose en una fuente propia de evaluación:

1. En el foco fuera de la sesión, el terapeuta usa dos tipos de intervención. Si el paciente presenta un "marcador de inmersión plena" (pensamientos automáticos, sin crítica alguna a los mismos), el terapeuta "cuestiona" esa evidencia, y si el paciente manifiesta un "marcador de consciencia dividida" (pensamientos automáticos, autocríticos como absurdos), el terapeuta le pide detener esa autocrítica, hasta llegar a las creencias centrales del paciente (método de la flecha descendente).
2. En el foco dentro de la sesión, el terapeuta emplea cuatro tipos de comunicación: a) comunica sus propios sentimientos, para que el paciente tome consciencia del efecto sobre otras personas; b) los comunica, para sondear los del paciente; c) los comunica, para conectar con la conducta del

paciente; y d) el terapeuta usa el marcador interpersonal del paciente, para sondear su estado cognitivo.

3. En la exploración de las disposiciones para la acción, el terapeuta ayuda con su empatía a que el paciente comience a expresar sentimientos e intenciones de actuar, reformando así el esquema interpersonal disfuncional.

4.5 Mindfulness.

En este apartado se explicará sobre el origen y lo que propone el mindfulness, como la técnica principal para realizar la intervención en los pacientes con diabetes tipo 2.

El mindfulness parece nacer del interés occidental por la tradición oriental, en particular, por el budismo Zen (Germer, 2005). Sus elementos básicos son: centrarse en el momento presente y sentir las cosas tal y como suceden, sin buscar su control; abrirse a la experiencia, dejando que unas sensaciones lleven a otras de modo natural, sin interferencias; aceptar la experiencia, aunque sea desagradable, sin valorarla, y elegir de forma activa la experiencia, sobre la que se quiere actuar. Los procedimientos incluyen elementos cognitivos (meditación), vivencia de sensaciones corporales y ejercicios de respiración y relajación. (Castanedo, 2008)

Atención plena, o conciencia plena, son los términos en castellano para hacer referencia al término inglés mindfulness, siendo la traducción de una antigua palabra India, "Sati" que significa conciencia, atención y recuerdo. El término mindfulness normalmente se refiere tanto al aspecto procedimental, es decir a la praxis de una antigua práctica budista de meditación, como también a la genuina experiencia derivada de ella, la conciencia plena. Siendo así, resulta difícil dar una definición operacional pues no es fácil describir la subjetividad de dicha vivencia.

No obstante, y a pesar de las controversias sobre qué es o no es mindfulness, los clínicos e investigadores comparten la afirmación de que es una experiencia caracterizada por la conciencia del momento presente, sin juicios y con aceptación.

La experiencia de mindfulness guarda relación con el hecho de estar en contacto, de examinar quienes somos, de cuestionar la visión del mundo y de cultivar la capacidad de apreciar plenamente cada momento de la vida (Kabatt-Zinn, 1994). Se trata de una estrategia de meditación que pretende la conexión con el aquí y ahora, o simplemente de prestar atención cotidianamente, haciéndose consciente de lo que se siente, se piensa, y se hace en el momento presente, pues la divagación de la mente por los derroteros inciertos del futuro e irrecuperables del pasado suele llevar al abandono de lo único que es real para el ser humano: su capacidad de actuar en el momento y sobre el contexto presente.

Alcanzar el estado de mindfulness requiere una práctica diligente. El objetivo del mindfulness es cambiar las relaciones que las personas establecen con los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas que activan y mantienen los estados del trastorno mental. (Díaz, Ruiz, Villalobos, 2012)

Origen de mindfulness y fundamentos teóricos.

Al hablar de mindfulness es necesario hacer referencia a las técnicas de meditación orientales, Vipassana y meditación Zen, que son prácticas habituales dentro del budismo. De hecho, para algunos autores mindfulness es “el corazón de la meditación budista” (Thera, 1992; Kabat Zinn, 2003), no obstante en su adaptación a occidente, mindfulness no se identifica solamente con la meditación, sino que se concibe también como un estado de conciencia con la atención abierta y receptiva hacia la experiencia y los acontecimientos que están ocurriendo (Brown, 2003), o bien se considera como un proceso de observación no enjuiciador de la corriente de estímulos internos y externos, tal y como estos surgen (Baer, 2003).

Aunque existen otras tradiciones budistas (Mahayana y Vajrayana) se considera mindfulness como la piedra angular del budismo “Theravada” difundido hace 2500 años por el buda Sddharta Gautama en Asia meridional y sudoriental. “Theravada” es una palabra del idioma pali, compuesta por “thera” que significa antiguo y “vada” que se traduce como doctrina, y significa la “doctrina o enseñanza de los antiguos”. En la doctrina budista, la mente es el punto inicial y lo que se pretende es liberarla y purificarla.

Para ello una de las principales técnicas es la meditación “*Vipassana*”, que es clave para alcanzar *el “nirvana”* (Estado supremo de felicidad plena que alcanza el alma y que consiste en la incorporación del individuo a la esencia divina) y supone una experiencia directa de nuestra realidad, constituyendo una técnica de auto-observación. En el idioma que se utilizaba en la India en la época de Buda “*passana*” significaba ver las cosas de forma corriente, con los ojos abiertos, mientras que “*Vipassana*” es observar las cosas tal y como son, no como parecen ser. En esta meditación se describen varios pasos.

- ✓ El primero consiste en abstenerse en cualquier acto físico o verbal que pueda perturbar la paz y la armonía de los demás. Se establece el compromiso de no matar, no robar, no tener una conducta sexual inadecuada, no mentir y no tomar sustancias tóxicas. Así se posibilita la serenidad suficiente como para poder continuar.

- ✓ El segundo paso es aprender a controlar la mente adiestrándola para que se concentre en un único objeto, se puede usar como objeto de observación la respiración, los objetos mentales, las sensaciones o todo a la vez. La mente está atenta a su tarea registrando lo que ocurre de forma clara y totalmente

desapegada. No involucrarse con los acontecimientos o la ecuanimidad son las claves para ver la realidad tal cual es.

- ✓ El tercer paso completa los anteriores y consiste en purificarse desarrollando la visión cabal de la propia naturaleza. Esta es la culminación de la enseñanza del Buda: la auto-purificación a través de la auto-observación.

Como se ha indicado, la aplicación de mindfulness también incluye prácticas de la meditación Zen. La palabra Zen es la pronunciación en japonés de la palabra china Chan, que a su vez deriva del sanscrito Dhyana que puede traducirse por meditación. Esta meditación se centra en la respiración y en las posiciones del cuerpo (caminar, estar sentado y acostado).

Posiblemente la divulgación de mindfulness se debe sobre todo al monje budista vietnamita Tich Naht Hanh, exiliado en Francia, que utiliza por primera vez el término en su libro "El milagro de mindfulness" (1975), y que tuvo gran resonancia en el mundo occidental. Su desarrollo en los años posteriores y especialmente a partir del año 2002 evidencia, no sólo el interés de muchos autores por estudiar la eficacia de los enfoques terapéuticos que lo incorporan, sino también la necesidad de realizar cambios en los procedimientos terapéuticos tradicionales (centrados en el control y la eliminación de síntomas) que resultaban restrictivos e ineficaces a la hora de abordar trastornos complejos, graves o especialmente resistentes.

Se ha señalado cómo la tercera generación de terapeutas de conducta la adscripción de un marco conceptual diferente en la forma de abordar los problemas y su concepción de la psicopatología, ya que las nuevas terapias conductuales pertenecientes a la tercera generación toman la aceptación como un elemento nuclear de sus intervenciones. Estas terapias parten de que un acercamiento más amplio y flexible a las experiencias emocionales propias puede promover una

sensación de bienestar, a pesar de que dichas experiencias resulten profundamente molestas y dolorosas.

De hecho la resistencia a entrar en contacto con esas experiencias, la búsqueda permanente de modos de escape y evitación (evitación experiencial), así como la rigidez y los juicios peyorativos a la hora de valorar esas experiencias, se han propuesto como los factores clave del mantenimiento de los problemas emocionales. La conceptualización de salud y trastorno que manejan estas Terapias de Tercera Generación contienen de forma implícita la noción de que las experiencias emocionales intensas, percibidas por el sujeto como fuera de su control, retan el sentido de eficacia del individuo en su acercamiento a los estímulos cotidianos. El afrontamiento de las situaciones cotidianas conlleva numerosas respuestas emocionales, todas ellas explicables y normales, pero no todas aceptadas. La psicopatología aparecería cuando los sujetos no admiten las experiencias de malestar como resultado de la interacción con el contexto, e incrementan los problemas intentando evitar el dolor o malestar emocional que producen.

Estos nuevos planteamientos suponen además un acercamiento novedoso en TCC a la respuesta emocional. Las emociones no se consideran inadecuadas simplemente pero el hecho de ser molestas, incómodas o dolorosas, pues de hecho, forman parte del funcionamiento efectivo y saludable del individuo (tanto las percibidas, las negativas o las positivas). La TTG toman como referencia las nociones sobre el proceso emocional que aporta la psicología básica o experimental (Ekman, 1994), desde donde se entienden los procesos emocionales, no como entidades, no como entidades disruptivas del funcionamiento del individuo que deben ser controladas, sino como expresiones legítimas de comportamiento con un sentido adaptativo. En este punto existe una clara diferencia con los enfoques

cognitivo- conductuales clásicos donde la consideración de la emoción se realiza desde una perspectiva racional y de control. (Villalobos, Díaz y Ruiz, 2012)

A pesar de la dificultad, diversos autores han procurado definir qué es y en qué consiste el mindfulness. Han tratado así de proveer un sustrato conceptual y operacional que distinga o caracterice este proceso experiencial, y lo han hecho a partir del análisis de conductas concretas, manifestaciones experienciales y procesos psicológicos implicados (Bishop, 2004).

Las definiciones existentes se centran en tratar de describir la experiencia subjetiva que conlleva la práctica del mindfulness y sus componentes asociados, entre ellas en nuestro país, cabe destacar la de Vallejo (2006), para él mindfulness “puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva. Los términos atención, conciencia y referencia al momento concreto están incluidos de lleno en su significado. Viene a plantear, por tanto, un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto”.

Siguiendo con la descripción de la experiencia proporcionada por la práctica de mindfulness, (Simón, 2007) indica que es algo muy simple y familiar, algo que todos hemos experimentado en numerosas ocasiones de nuestra vida cotidiana. Cuando se es consciente de lo que se hace, piensa o siente, se está practicando mindfulness. Lo que sucede es que habitualmente la mente se encuentra vagando sin orientación alguna, saltando de unas imágenes a otras, de unos pensamientos a otros. Mindfulness es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente de momento a momento.

Es la práctica de la autoconciencia. La definición de Simón, al igual que la anterior, hace referencia a los elementos de atención y conciencia sobre el momento presente, y destaca que la experiencia de mindfulness no tiene necesariamente que estar asociada a la práctica de la meditación, siendo algo más cercano, simple y cotidiano de lo que a priori pueda parecer (Kabat- Zinn, 1994). En este sentido, es interesante destacar la opinión de Brown y Rayan (2004) sobre la conciencia plena, considerándola una capacidad natural del ser humano, habiendo personas que tienen esta capacidad más desarrollada que otros, sin haber practicado antes la meditación. Destacan variaciones individuales en cuanto a la capacidad de darse cuenta y mantener la atención en lo que ocurre en el momento presente, variando esta capacidad dependiendo de diversos factores, por lo que la consideran tanto un rasgo como un estado.

Jon Kabat Zinn (1990), el autor probablemente más reputado internacionalmente en mindfulness, lo define como prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” y señala, además, tomando del Zen los siguientes elementos fundamentales relacionados con la actitud de la práctica de la atención plena:

No juzgar: Implica abandonar la tendencia a categorizar y a juzgar la experiencia como buena o mala y a reaccionar mecánicamente a la etiqueta que hemos puesto en vez de la experiencia en sí mismo.

Paciencia: Significa ser capaces de respetar los procesos naturales de los acontecimientos y de los eventos internos y no pretender precipitarlos ni forzarlos. Según Kabat Zinn (1990) consiste en estar abierto a cada momento sabiendo que las cosas se descubren cuando les toca.

Mente de principiante: Se trata de permanecer libres de las expectativas basadas en las experiencias previas. Ser conscientes de que con frecuencia nuestros

pensamientos y creencias sobre lo que ya sabemos impide ver las cosas tal como son.

Confianza: Se refiere a responsabilizarnos de ser nosotros mismos y aprender a escuchar nuestro propio ser y a tener confianza en él.

No esforzarse: Se trata de abandonar el esfuerzo por conseguir resultados. Con la práctica regular de la conciencia plena, encaminada hacia los propios objetivos, el resultado se producirá por sí mismo.

Aceptación: Significa ver las cosas como son en el presente. Supone aceptarnos como somos antes de pretender cambiar. Habitualmente la aceptación es el paso final de un proceso emocional intenso en el que primero negamos lo que ocurre, después nos llenamos de ira y finalmente ya vencidos logramos aceptarlo. Este proceso tan costoso, puede cambiarse por el cultivo intencional la aceptación. No se trata de que nos tenga que gustar todo o de adoptar una postura pasiva, sino de llegar a la voluntad de ver las cosas como son.

Aunque se pueden agregar otras definiciones, todas ellas tratan de poner en palabras las vivencias a las que se suele llegar con la práctica de mindfulness, y coinciden en los elementos de atención, conciencia y aceptación de la experiencia presente. Kabat-Zinn insiste, además, en la relevancia del compromiso la autodisciplina y la intencionalidad durante la práctica. Es importante advertir que el hecho de que la definición de mindfulness contenga el término intencional significa, como señala Vallejo (2006), que la persona elige de forma activa en qué implicarse y sobre qué centrarse dependiendo de los objetivos o valores propios, y una vez que una situación es elegida se vive de tal y como es, con aceptación.

La mayoría de los autores señalan que para comprender el significado de mindfulness la clave es la práctica; no hay otra forma de conocer cómo puede transformar la vida y la relación con el miedo, la ansiedad, la depresión o el pánico (Brantley, 2010). En definitiva, supone asumir un compromiso, disponer de la energía y disciplina suficiente para practicar, prestando una cuidadosa atención con actitud cordial y sin juicio previo. Durante la práctica se aprende a centrar la atención donde se quiera, evitando que sensaciones, preocupaciones, pensamientos, etc. que nos aparten del presente.

En esencia, mindfulness puede considerarse como un fin en sí mismo, una forma de vivir, practicando mientras realizamos nuestras actividades habituales al ser conscientes de lo que estamos haciendo. Ahora bien, mantener la atención en lo que ocurre sin pretender cambiarlo y aceptándolo es algo difícil. Llegar a la conciencia plena, exige mucho esfuerzo para cambiar los hábitos por la falta de atención y distracción que se desarrolla a lo largo de toda una vida (Brantley, 2010). Por otro lado es difícil detenerse y sentir el momento presente en toda su plenitud, especialmente cuando es difícil abrirse para acoger lo doloroso e indispensable que hay en la vida. (Brown y Ryan, 2003).

Debido a que esta intervención propone un proceso terapéutico afectivo se utilizarán como base fundamental las técnicas que propone la tercera generación describiendo a continuación cada una de ellas.

Autoexploración Corporal

La autoexploración corporal es una técnica que se realiza acostándose boca arriba y haciendo que la mente recorra las diferentes partes del cuerpo. Según Kabat Zinn (1985) es muy adecuada para desarrollar la concentración y la flexibilidad de la atención. Se practica de forma intensiva durante las primeras cuatro semanas del programa y, junto con la conciencia de la respiración, proporciona las bases de

todas las demás técnicas para desarrollar la concentración, la calma y la atención plena.

La actitud fundamental que se sugiere es la de aceptar y no forzar dejando que el cuerpo vaya reaccionando de manera natural en cada momento.

Meditación Mindfulness

Posición sentada

Esta meditación constituye el núcleo de la meditación formal. Se recomienda adoptar una postura erecta en la que el cuello y espalda se encuentren en la misma línea vertical para que la respiración fluya con mayor facilidad. Las instrucciones son muy sencillas, consisten en observar cómo la respiración entra y sale y cuando la atención se distrae, con suavidad se la devuelve a la respiración. No se tiene en cuenta qué fue lo que ha distraído la atención y si esto ocurre muchas veces otras tantas se vuelve a centrarla en la respiración de forma que supone un entrenamiento de la mente a reaccionar menos y a estabilizarse más.

Al realizar esta práctica suelen surgir pensamientos de todo tipo especialmente en momentos de situaciones vitales estresantes que han de observarse y volver inmediatamente a la respiración, independientemente del contenido que tengan. Es importante hacer hincapié en que se trata de apartarlos y no de suprimirlos, Esta práctica se presenta en la segunda semana y los pacientes la realizan como ejercicio entre sesiones una vez al día, además de los 45 minutos de exploración corporal.

Durante las primeras semanas en la práctica solo se observa la respiración, pero con el transcurso del tiempo se amplía el foco de atención a sonidos y finalmente al

proceso de pensamiento. Kabat- Zinn (1985) habla de llegar a lo que se denomina conciencia sin opción, que consiste en mostrarse receptivos a todo lo que ocurre en nosotros en cada momento. A continuación se presenta una guía de la meditación sentada.

Meditación Mindfulness caminando

Esta meditación supone concentrarse en las sensaciones que se producen en los pies o piernas, sintiendo el movimiento de todo el cuerpo al caminar. Se recomienda comenzar con la intención de hacerlo durante un periodo de tiempo concreto (ejemplo: 10 minutos), en un lugar en el que se pueda andar lentamente de un extremo a otro.

Para mantener la atención plena de una buena idea es concentrarse todo el rato en un solo elemento integrante de la acción de caminar, si, por ejemplo, se eligen los pies es importante no cambiar el foco a otras partes. Se opta por un paso que potencie la capacidad de concentración, suele ser más lento que el paso habitual. No se trata de ir a ninguna parte sino de estar presente en cada paso. Posteriormente se puede cambiar el ritmo.

Comer una ciruela pasa con atención plena.

Este ejercicio se plantea en la primera sesión y ofrece a los participantes un ejemplo de una manera nueva de relacionarse con una experiencia común y cotidiana, a través de ella se descubre que comer una ciruela pasa con atención plena revela muchas cosas inesperadas. Brantley (2010) señala varias razones con respecto a la importancia de este ejercicio. En primer lugar, se descubre que la conciencia plena es una cualidad que poseemos todos, en segundo lugar, en general, los

participantes se sienten divertidos y se sienten más vivos después de una comida consciente, y por último, es una manera de empezar a practicar el método de la conciencia plena desde la propia experiencia de algo tan sencillo y cotidiano como el comer.

Desesperanza creativa.

El proceso de desesperanza creativa (Hayes, 1999, Wilson y Luciano, 2002) tiene que ver con procurar al paciente la toma de conciencia acerca de la inutilidad de sus intentos de solución de problemas, éste debe llegar al *Insight* de conocer que el camino recorrido hasta ese momento, no sólo no conduce a la solución sino que es parte intrínseca del problema. Esto supone que entienda que los intentos que realiza para solucionar sus problemas no le dan resultado y que tiene que considerar otras alternativas. La desesperanza creativa choca frontalmente con la idea que el paciente tiene al acudir a la terapia y posibilita que genere creativamente otras alternativas más beneficiosas para llevar a cabo una vida gratificante. Es importante estar atentos durante este proceso a que el paciente capte la diferencia entre que sea su estrategia la que no tenga remedio (no sea la solución) y que él mismo no tenga remedio. En otras palabras, este proceso no tiene que ver con que el paciente sienta desesperanza, sintiendo que no tiene remedio, pues no es él quien no tiene remedio, el único problema son sus intentos inadecuados de encontrar la vía de solución.

Para el cuestionamiento de estos intentos infructuosos de cambio suelen utilizar metáforas. Una de las metáforas que comúnmente se emplea para este fin es *la metáfora de las arenas movedizas*:

“Sería como si usted estuviera atrapado en arenas movedizas. Por supuesto, intentaría hacer lo que pudiera para salir de ellas, aunque lo que supiera e hiciera, solo le llevara a enterrarse más profundo. Lo único que se puede hacer con las arenas movedizas, es extender el cuerpo y tratar de entrar en contacto, lo más posible con ellas. Quizá lo que a usted le pasa es parecido. No es muy lógico al principio, pero puede ser que lo que usted deba hacer, es parar de batallar y, en lugar de ello, entrar en contacto total con lo que ha estado tratando de evitar”

Orientación hacia los valores.

Se trata de facilitar al paciente las condiciones para que pueda clarificar sus metas en la vida en términos de sus valores, así como ayudar también a que pueda alterar las relaciones entre sentir-pensar-actuar que le alejan de lo que quiere en su vida. Se le pide al paciente que indique que terrenos le son valiosos (ejemplo: la familia, las relaciones íntimas, la amistad, el crecimiento personal, la espiritualidad, etc.) y qué dirección y camino cree que serían los adecuados para llegar a ellos. Los valores sirven como direcciones para la propia conducta.

En este punto del proceso se le pide que especifique qué razones o motivaciones dirigen sus acciones y que tome conciencia de hasta qué punto están generando o no un coste personal a largo plazo. Por ejemplo un paciente se puede dar cuenta de que casi siempre actúa para que otros le alaben o aprueben, o que actúa para eliminar los sentimientos de culpa o ansiedad de forma inmediata, etc. Y en ello basa la mayoría de sus acciones.

Una estrategia para ayudar al paciente en la clarificación de sus valores es pedirle que escriba un elogio breve sobre sí mismo, a modo de epitafio o forma en que, según lo que le importa, le gustaría ser recordado.

Abordar qué el control es el problema.

Se pretende demostrarle al paciente que sus intentos de control son el propio problema y ayudarle a que se dé cuenta, por sí mismo, de lo inútil que resultan sus estrategias de control. Por ejemplo, una persona que se siente mal y ansiosa en determinados lugares, pueden decir lógicamente no ir a esos lugares para así controlar su malestar y ansiedad razonando que *“sin ir me encuentro mucho mejor, tampoco tengo por qué ir, estando en casa me encuentro muy bien, no tengo ansiedad y es lo que quiero”*, no obstante, a pesar de que estas estrategias de control puedan parecer lógicas para muchas personas, lo cierto es no sólo no han servido para solucionar sino que además el problema ha empeorado (cada vez son los lugares que más se evitan), la razón es que en ciertas circunstancias, cuando el control se pretende aplicar sobre los propios eventos privados (sensación de malestar, ansiedad), normalmente se facilita el que la situación se empeore. Frente a esto se propone estar abierto a las experiencias privadas y a poder experimentarlas, que en definitiva supone una exposición en vivo a las mismas.

La aceptación:

Consiste en abrirse a la experiencia de los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones sin hacer nada para que desaparezcan. En la exposición a los estímulos temidos es necesaria la aceptación, no se pretende la extinción o la habituación, aunque seguramente se llegarán a dar. (García Higuera, 2006).

La aceptación no es un proceso pasivo, sino que supone abrirse al sufrimiento en la persecución de los valores y objetivos que se puedan activar en presencia del

estímulo temido. Implica tomar conciencia y abrazar las experiencias privadas como ellas son y no como dicen que son, por ejemplo una verbalización de esa experiencia es:

“siento mi ansiedad y malestar, lo acepto, es algo que me ocurre simplemente, yo no soy una ansiedad que va por la vida, es una emoción, tengo también pensamientos de que tengo miedo, no es terrible ni catastrófico, es solo esto, pensamientos, emociones, nada más”.

Difusión cognitiva:

El proceso de difusión cognitiva (Luoma y Hayes, 2003) se refiere al proceso de hacer un cambio en el uso normal del lenguaje y las cogniciones de tal manera que el proceso de pensamiento se hace más evidente y las funciones de los productos de pensamientos se amplían. Se anima a los pacientes a cambiar la relación con los pensamientos y otras experiencias privadas y verlas como eventos mentales que van y vienen. Es decir ver a los pensamientos como pensamientos, las emociones como emociones y los recuerdos como recuerdos. Muchos pacientes interactúan con el medio como si estuvieran fusionados con sus pensamientos y emociones de malestar, por ejemplo, si una persona se da cuenta que “mi ansiedad es una emoción, mi pensamiento de que si voy al cine me pondré fatal es solo un pensamiento, son nubes grises que pasaran” probablemente podrá ir al cine a pesar de su malestar, continuando así con su vida.

El proceso de difusión cognitiva incrementa la probabilidad de aceptación, pues cambia la consideración de los eventos internos, a su vez, la aceptación ayuda a desvincularse de ellos. Para movilizar este proceso se suelen utilizar diferentes ejercicios, entre ellos el de ver las nubes que pasan, que consisten en ayudar al paciente a ver que sus pensamientos y emociones de malestar son como las nubes grises del cielo, no son el cielo, aunque a veces lo cubran completamente durante días y es mejor que las contemple dejándolas pasar.

La acción comprometida.

Implica definir metas en las áreas del camino definidas con aceptación y a pesar de los obstáculos que puedan aparecer en ese camino. Se pretende que el paciente se comprometa con el cambio de su conducta no a través de instrucciones directas sino valorando las conclusiones y decisiones a las que llega a la terapia y que está dispuesto a adoptar por sí mismo.

Desde la perspectiva de la teoría de los marcos relacionales, la acción comprometida es un patrón de pensamiento constructivo regulado por los valores, entendidos como antecedentes verbales, que se mantiene por sus consecuencias en correspondencia con esos valores (Delgado, 2009).

4.6 Propuesta de Intervención.

En el siguiente apartado se presenta una carta descriptiva como propuesta de intervención desarrollada bajo los fundamentos teóricos establecidos por la tercera generación, fundamentalmente utilizando como base la técnica de Mindfulness.

Carta descriptiva

Población y Contexto

Se intervendrá con pacientes de sexo femenino y masculino que reporten síntomas y problemas emocionales debido a la diabetes tipo 2 y que tengan de 50 a 60 años

Objetivo

Diseñar un programa para pacientes con diabetes crónica con el fin de abordar los efectos psicológicos de padecer diabetes

Recursos Materiales

Sala para llevar a cabo las actividades

Marcadores

Sillas

Hojas blancas

Lápices

Plumas

Tapete de yoga

Equipo computacional.

Otros

A continuación se dará una breve introducción explicando los objetivos de las siguientes técnicas de intervención.

Actividades a realizar.

Sesión 1

Autoexploración Corporal

Objetivo: Que el paciente logre desarrollar la concentración, y la atención, a través de identificar las sensaciones de diferentes partes del cuerpo.

Material: 1 tapete para yoga.

Tiempo: 45 minutos.

A continuación se darán las siguientes Instrucciones:

1. “Acuéstese hacia arriba”. “Deberá practicar con mayor lentitud conforme se vaya acostumbrando a la meditación. Cuando esté dispuesto deberá cerrar los ojos”.
2. “Dedique un breve tiempo a recordar las actitudes clave que forman la base de la práctica de la conciencia plena. Recuerde especialmente la ausencia de esfuerzo, de valoraciones y la aceptación. Tales elementos son clave para descubrir el estado en el que se encuentra su cuerpo en ese momento”.

3. “Tome conciencia de la sensación del aire entrando y saliendo de sus pulmones dejándose abandonar en ella. Relájese y sienta todo su cuerpo. Sienta su piel, su peso, los puntos de contacto y de apoyo en el suelo. No intente cambiar nada de lo que siente, tan solo déjelo estar. La práctica es experimentar su cuerpo tal cual es, no piense acerca de cómo es”.
4. “Dirija ahora su atención a los dedos de su pie izquierdo. Nótelos, siéntalos, deje que la sensación de la respiración se extienda a través de su cuerpo, hacia y desde los dedos de los pies. Intente dirigir su respiración dentro y fuera de sus dedos. No lo convierta en una imagen mental, sólo observe hasta qué punto puede conectar con las sensaciones de su respiración y los dedos de los pies. Trate de que la sensación de la respiración que fluye por sus dedos agudice su concentración de lo que siente en ellos. Es como si se hiciera más presente y estuviera más concentrado en las sensaciones de los dedos de los pies gracias a la respiración”.
5. “Puede que no sienta nada. Permítase entonces sentir “nada, ninguna sensación”. Si percibe su mente narrando alguna historia, desengánchese de ella, deje que desvanezca y regrese a la zona de los dedos de los pies”.
6. “Note y permita los cambios de sensaciones en los dedos de sus pies. Sienta la temperatura, el contacto con los calcetines, el calzado o el aire. Agudice su atención tanto como pueda. Inúndese por la sensación en todo su detalle y amplitud, dedo a dedo si es posible. Sea uno con la experiencia directa y con la sensación de la respiración. Deje que las sensaciones fluyan y se muestren naturalmente”.
7. “Cuando esté preparado para continuar, respire profundamente y deje la concentración en los dedos de los pies. Mantenga la atención en la sensación

producida por la respiración durante unas cuantas inspiraciones, luego repita los pasos 4, 5 y 6 concentrándose en las plantas de los pies. A continuación desplace la atención al talón, a la parte superior del pie y al tobillo. Siga trabajando así con la respiración y las sensaciones corporales. Continúe extendiendo la conciencia de la respiración dentro y fuera de cada zona a medida que inspira y expira con las sensaciones corporales que allí descubra. Mantenga las sensaciones de cada zona asociadas a la respiración, expandiendo esta sensación por su cuerpo. Las sensaciones corporales son el principal objetivo de su atención, mientras que inspira y expira con ellas le ayuda a estar conectado con ellas y presente”.

8. “Desplácese a lo largo de la pierna izquierda, hasta la cadera aplicando el mismo procedimiento. Continúe manteniendo las sensaciones de cada zona (pantorrilla, rodilla, muslo) en el centro o a medida que inspira y expira. Entonces libere las sensaciones de cada zona, estando presente junto a la respiración y avanzando a la siguiente zona. Si su atención se desvía, vuelva gradualmente la conciencia a la zona en la que se concentra y a la sensación de la respiración. Sea paciente”.
9. “De este modo siga avanzando lentamente por el resto de su cuerpo. Escanee el pie, la pierna derecha, la pelvis, el abdomen y la parte inferior de la espalda. Escanee los dedos, las manos y los brazos (primero un dedo y luego el otro), regrese a los hombros. Mantenga la concentración en las sensaciones y la respiración conforme se desplaza su atención de una zona a otra. Continúe con el cuello, la cabeza y las diversas zonas del rostro, sin olvidar el interior de la boca y la garganta”.
10. “Cuando haya explorado todas las zonas de su cuerpo, siga conectado con la respiración y su cuerpo tal y como son. Deje que las sensaciones de la

respiración lleguen a través de la cabeza y atraviesen todo el cuerpo y que salgan por los dedos de ambos pies simultáneamente, como si tuviera huecos en sus extremos. Conserve esta dirección (a través de la cabeza, el cuerpo y los dedos de los pies) tanto tiempo como quiera y luego intente invertirla. Respire a través de los dedos de los pies, deje que la respiración ascienda por el cuerpo y salga por la parte superior de la cabeza. Practique cuando y cuanto quiera”.

11. “Quizá después ni siquiera sienta su cuerpo. No se preocupe. Tan solo deberá descansar en el silencio y en la quietud presente. Deberá percibir la profunda paz y serenidad que es posible alcanzar en la experiencia corporal”.

12. “Cuando concluya la práctica, deberá respirar profundamente, abrir los ojos y moverse lentamente”.

Para finalizar el paciente deberá de expresar lo que sintió durante la aplicación de esta técnica.

Sesión 2

Meditación Mindfulness

Posición sentada

Objetivo: Que el paciente logre ampliar el foco de atención a los sonidos y al propio proceso de pensamiento, tratando de mostrarse receptivo a todo lo que ocurre en cada momento.

Material: Una silla.

Tiempo: 45 minutos.

Instrucciones:

1. "Trate de obtener una posición cómoda e intente minimizar distracciones o interrupciones".
2. "Recuerde y reflexione en los primeros minutos de su tiempo de práctica sobre las actitudes básicas para la práctica de la conciencia plena, deberá hacerse presente sin interferencias. Recuerde no juzgar, ser paciente, tener mente de principiante, confiar, aceptar, y tener una actitud de desprendimiento. Al principio deberá prestar una especial atención a no juzgar, deberá estar atento para identificar y descartar cualquier estrategia de influir en el miedo, la ansiedad, el pánico o alguna otra cosa, no trate de forzar nada".
3. "Siéntese en una posición erguida con la espalda, el cuello y la cabeza bien alineados. Coloque ambos pies en el suelo y las manos en una posición cómoda, trate de sentirse de un modo que favorezca la alerta y la atención, cerrando los ojos suavemente".
4. "Continúe concentrando su atención en las sensaciones de su cuerpo. Note sus pies en el suelo, la espalda contra la silla, las manos descansando ahí donde estén, al igual que su rostro y su cabeza. Sienta directamente el peso de su cuerpo. Pídale a su cuerpo que se relaje y que se apoye en la silla y en el suelo donde están sus pies. Deje que tu cuerpo se asiente".
5. "Dirija su atención a su abdomen. Deje que su abdomen se relaje y distienda. Déjelo relajado".

6. “Reúna y concentra su conciencia en las sensaciones de la inspiración y la espiración. Concentre su atención en aquel lugar de su cuerpo en el que le resulte más fácil sentir el fluir de su respiración. En algunos es el abdomen, en otros es el pecho, en otros es la nariz e incluso la boca (si tiende el paciente a respirar por la boca). Deje que su atención se aposente y concentre exactamente en ese lugar donde las sensaciones de la respiración le resultan más fáciles. Si no está seguro de donde debe de concentrarte, el abdomen es un buen lugar para empezar. Abandónese a la sensación de la respiración avanzando por su cuerpo”.
7. “Note y siga con atención todo el proceso de su respiración, en toda su duración, con cada respiración, desde el comienzo de la inspiración, hasta el último hálito de la espiración y el espacio entre cada respiración”.
8. “Preste atención a las sensaciones físicas que acompañan a su respiración, acérquese a ellas con curiosidad, con atención, permitiendo que las sensaciones se vayan desplegando momento a momento, respiración a respiración, simplemente observando, tratando de no perder nada”.
9. “Note si tu atención está en su respiración actual o no, dónde está su mente, quizá ha empezado a pensar, a contar alguna historia sobre sus experiencias, o quizá analizando, simplemente note, observe esos pensamientos o juicios como simples hechos que se dan en el campo de su propia conciencia”.
10. “Note la naturaleza transitoria de esos hechos mentales, vienen y van, mientras usted continua oscilándose con el vaivén de su respiración, conscientemente eligiendo observar y dejando ir los pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales e impulsos con la próxima espiración”.

11. “Dirija su atención hacia el momento presente, recupere su atención y tráigala, use las sensaciones de su respiración para conseguir la conciencia del momento presente, recupere la experiencia actual, el aquí y ahora. Siga practicando así hasta el final de su sesión de práctica”.
12. “Si el miedo, la ansiedad, el aburrimiento la impaciencia se intensifican llegando a desconcentrarlo deberá dejarlos estar, inspirando y espirando con ellos, aceptando y siendo paciente. Estará aprendiendo a respirar conscientemente, a encontrar su respiración, a dejarla estar y a respirar con, y a pesar de, las distracciones”.
13. “Finalmente entre en contacto con la habitación, tratando de notar donde está su cuerpo y cómo hace contacto con los objetos presentes, quizá presionando suavemente y poco a poco abriendo los ojos, moviendo los dedos de las manos y de los pies, pidiéndole que se estire si así lo desea”.

Sesión 3

Meditación Mindfulness caminando

Objetivo: Que el paciente logre concentrar su atención en las sensaciones que se produzcan en los pies o piernas, sintiendo el movimiento en todo el cuerpo y percibiendo los factores externos como el aire.

Material: Ropa cómoda.

Tiempo: 45 minutos.

Instrucciones:

1. “Escoja un sitio por el que pueda caminar libremente de un lado a otro, sin sentirse cohibido, y sin que se produzca ninguna interrupción. Camine en ese

camino de meditación el tiempo que dure la sesión formal de meditación ambulante. Unos 10 o 20 minutos, elija cuanto tiempo”.

2. “Concentre la atención en su cuerpo y perciba las sensaciones presentes. Coloque los brazos en una postura cómoda: delante a detrás de usted o colgando a ambos lados. Concentre la atención en sus pies y en las sensaciones que los rodean”.
3. “Alce lentamente un pie y empiece a caminar. Camine lentamente, especialmente al principio. Deje que su atención se penetre de todas las sensaciones de los pies y piernas a medida de que camina. Atienda a las sensaciones de los pies y piernas a medida de que camina. Atienda a las sensaciones del pie, hasta las más sutiles, cuando se eleva, al dar paso y el lugar en que apoya en el suelo. Note la sensación de las pantorrillas, como el peso se distribuye al caminar y cómo el resto del cuerpo aprecia el movimiento”.
4. “Cuando la atención se desvíe o la mente se desoriente, reduzca su atención a las sensaciones de pies y piernas, con paciencia, sin empeño”.
5. “Camine así hasta el final y deténgase una vez que haya llegado y atienda a la experiencia de parar. Esté atento a su cuerpo y advierta cuando surja la urgencia del movimiento, el deseo o intención de dar la vuelta y caminar. Sea consciente de la aparición de la intención. Cuando esté preparado dé la vuelta y conecte con su cuerpo y la sensación de los pies”.
6. “Atienda al primer paso y a las sensaciones que comporta. Perciba todo lo que acontece. Si los pensamientos, sonidos o alguna otra cosa distraen en exceso su atención, detenga su caminar y concéntrese en ellos, observándolos sin más. Permanezca atento y consciente de la distracción,

cuando esté preparado, reconduzca poco a poco su atención a los pies y siga caminando”.

7. “A medida que avance en su práctica, puede experimentar con velocidades. Si se siente nervioso o inquieto, puede empezar a caminar deprisa. Caminar rápido puede hacer más fácil concentrarse en una sola sensación, como el paso del pie derecho en el modo en el que el pie izquierdo roza el suelo. Deje que esta única sensación acapare su atención, utilizándola para potenciar el contacto con el presente en mitad de un movimiento acelerado. A medida que se sienta más atento y en contacto con el presente, puede aminorar el paso”.
8. “Permanezca así hasta el final del tiempo que haya decidido meditar, cuando esté preparado pare y preste atención a sus piernas, a las sensaciones de su peso sobre ellas. Tome conciencia de todo su cuerpo presente en la habitación y entre en contacto con lo que lo rodea”.

Sesión 4

Comer una ciruela pasa con atención plena.

Objetivo: Que el paciente logre obtener una plena conciencia de lo que come.

Material: 3 ciruelas pasas.

Tiempo: 30 minutos.

A continuación se darán las siguientes Instrucciones:

“Tome en su mano cuatro o cinco pasas. Siéntese cómodamente y mírelas, como si nunca hubiera visto lo que tiene en la mano. Trate de utilizar todos los sentidos,

mire las pasas. Deje que la curiosidad lo invada, y deseche cualquier narración o valoración de su mente sobre lo que está haciendo. Sólo concentre su atención en las pasas y obsérvelas”.

“Seleccione una pasa de las que tiene en tú mano y sujétela entre los dedos, note el contacto con sus dedos. Dele la vuelta y obsérvela más cerca. Póngala contra la luz, y preste atención a ver si la luz le atraviesa o no. Tómese su tiempo, no tenga prisa y atienda a cualquier movimiento mental que lo aparte de la pasa, no se sumerja tampoco en una historia sobre la pasa o cualquier otro tema. Si su mente se aleja o se centra en otra cosa, no se fuerce, simplemente vuelva a concentrarte en la pasa, poco a poco”.

“Coloque la pasa cerca de su oído y frótela con sus dedos. ¿Oye algo o no? Pruebe con el otro oído. Fricciónela con distinta intensidad ¿emite la pasa algún sonido? Esté atento a cualquier pensamiento o juicio de su mente, con paciencia deje que se disuelvan, y vuelva a atender a la pasa. Tómese el tiempo que necesite y note si siente urgencia y prisa en la práctica. Advierta la impaciencia o frustración, y acéptelas, volviendo una vez más su atención a la pasa”.

“Acerque ahora la pasa a su nariz, ¿huele algo o no? ¿Es un olor dulce, suave o apenas huele? ¿Es agradable o desagradable? Concéntrese solo en el olor, sin perderse en relatos, sin hacer comentarios si le gusta o no”.

“Lleve la pasa a la boca sin introducirla en ella. Atienda a lo que ocurre en su boca, quizá ya se forma saliva, más en alguna zona concreta, atienda al interior de su

boca, si su lengua se mueve o no. Preste atención lo más minuciosamente que pueda”.

“Tras un tiempo, abra suavemente sus labios, coloque la pasa entre ellos y deje que la pasa se introduzca en su boca. Esté atento a cómo siente la pasa en su boca, si sucede algo más. Deje que la pasa se mueva en su boca antes de masticarla, esté atento a qué sucede y siente. Note si la superficie es lisa rugosa o cómo es. Observe si lo que sucede en sus pensamientos, relatos o juicios. Despréndase de ellos y regrese nuevamente a su foco de atención, las sensaciones que se despliegan en su boca con la pasa”.

“Después de un tiempo empiece a masticar la pasa. Perciba el primer bocado ¿a qué sabe la pasa? ¿Cómo es su sabor: dulce, agrio, terroso, amargo u otra cosa? ¿Cambia el sabor al masticar? Perciba el lugar de la boca donde el sabor es más intenso. Intente estar presente en los cambios que ocurren mientras mastica. Note los detalles sutiles que puede descubrir acerca del sabor de la pasa y de la actividad de masticar. Observe cómo desaparece el sabor y cómo se produce la acción de tragar, note si queda algún sabor una vez que ha masticado y tragado, perciba si en algún rincón de su boca persiste algún sabor anterior. Sea consciente del momento presente y simplemente observe”.

“Tras un momento dirija su atención a la segunda pasa. Obsérvela y reflexione acerca de lo que hay en la pasa y en cómo se produce. Piense que la pasa es producto de la luz, el agua, el calor, la nutrición y el cuidado de la naturaleza y los seres humanos. Piense que formó parte de una viña, se convirtió en uva, fue cosechada, y puesta a secar, envasada y transportada hasta la tienda donde la

encontró. Ahora está en su mano. Pensar en algo así puede ayudarle a ver la conexión entre las cosas circundantes, incluso de algo tan simple como una pasa”.

“Dirija nuevamente su atención a la segunda pasa, como si nunca hubiese visto algo así. Esté atento por si surge la tendencia a aburrirse o a romper el contacto con la pasa porque su mente cree que lo sabe todo sobre las pasas. Trate de concentrarse al menos tanto como en la anterior, obsérvele, escúchela, huélala, mástiquela, saboréela y cómlala de forma consciente, atendiendo a los detalles de la experiencia de comer esta pasa. ¿Qué le enseña esta experiencia con la segunda pasa?”.

“Después, repita esta práctica con la tercera y la cuarta pasa. Esté atento y presente con cada una de ellas. Note los indicios de impaciencia o aburrimiento, o cualquier forma de pensamiento o evento mental que lo separen de la experiencia directa de cada pasa que come. Esté atento por si su mente deambula o surgen historias o juicios, tenga paciencia, no pasa nada. No ha cometido un error, es así. Ahora está practicando la conciencia plena, siendo consciente de lo que acontece aquí y ahora, con paciencia y aceptación”.

Sesión 5

Desesperanza creativa.

Objetivo: Que el paciente logre reflexionar por medio de las metáforas una idea en particular por medio de su experiencia de vida.

Material: Metáforas de acuerdo a la situación y contexto en el que se encuentre el paciente.

Tiempo: 45 minutos.

Instrucciones: Cierre los ojos, inhale profundamente y exhale, inhale y exhale, ultima vez, inhale y exhale. Ahora va a reflexionar lo siguiente.

“Se le dice al paciente imagine que usted estuviera atrapado en arenas movedizas. Por supuesto, intentaría hacer lo que pudiera para salir de ellas, aunque lo que supiera e hiciera, solo le llevara a enterrarse más profundo. Lo único que se puede hacer con las arenas movedizas, es extender el cuerpo y tratar de entrar en contacto, lo más posible con ellas. Quizá lo que a usted le pasa es parecido. No es muy lógico al principio, pero puede ser que lo que usted deba hacer, es parar de batallar y, en lugar de ello, entrar en contacto total con lo que ha estado tratando de evitar”

Sesión 6

Orientación hacia los valores.

Objetivo: Que el paciente logre tener claras sus metas de acuerdo a sus valores, generando una modificación en sus sentimientos, en su pensamiento y su comportamiento.

Material: Hojas de colores, plumones, esferas de los 4 pilares: Yo, familia, sociedad, espiritualidad.

Tiempo: 50 minutos

Instrucciones: Se le pide al paciente que indique que terrenos le son valiosos (ejemplo: la familia, las relaciones íntimas, la amistad, el crecimiento personal, la espiritualidad, etc.) y qué dirección y camino cree que serían los adecuados para llegar a ellos. Se le pide que especifique qué razones o motivaciones dirigen sus acciones y que tome conciencia de hasta qué punto están generando o no un coste personal a largo plazo. Por ejemplo un paciente se puede dar cuenta de que casi siempre actúa para que otros le alaben o aprueben, o que actúa para eliminar los sentimientos de culpa o ansiedad de forma inmediata, etc. Y en ello basa la mayoría de sus acciones.

Una estrategia para ayudar al paciente en la clarificación de sus valores es pedirle que escriba un elogio breve sobre sí mismo, a modo de epitafio o forma en que, según lo que le importa, le gustaría ser recordado.

Por último se le pide que haga cuatro círculos en los que en cada uno escriba Yo, Familia, Sociedad y Espiritualidad con el fin de que se pueda dar cuenta de qué valor es el que ocupa cada uno, cuáles son los que lleva acabo y cuáles le hacen falta por poner en práctica.

Sesión 7

Abordar que el control es el problema.

Objetivo: Que el paciente aprenda a tomar decisiones para su propio beneficio, ayudándolo a darse cuenta que las estrategias de control no le pueden estar sirviendo para mejorar y solucionar algún conflicto.

Material: Ninguno

Tiempo: 45 minutos

Instrucciones: Se le pide a la persona que cuando sienta ansiedad o algún malestar que le provoque incomodidad ocupe la razón para evitar que su malestar aumente, por ejemplo si ve muchos carbohidratos que le podrían alterar el azúcar de un momento a otro lo mejor es que decida no acercarse mucho, tratando de evitar verlos y olfatearlos incluso consumirlos en exceso. Razonando lo siguiente: “Lo mejor será no probarlos debido a que me sentiré mal y me provocaré un serio malestar si los pruebo en exceso”.

Otra situación que se puede razonar es cuando existe un conflicto emocional externo que genera ansiedad y sentimientos que bajan el autoestima del paciente, por tal motivo tendrá que razonar “los conflictos externos no tienen por qué afectar mi vida, eso solo me provocará un malestar y una seria alteración en mis niveles de azúcar”

Sesión 8

La aceptación:

Objetivo: Que el paciente aprenda a aceptar su enfermedad a partir de su experiencia abriéndose al sufrimiento y tomando conciencia de lo que implica su enfermedad.

Material: Video didáctico sobre la diabetes.

Tiempo: 50 minutos

Instrucciones: Se le pide al paciente que verbalice en voz alta el problema de su enfermedad, las causas y las consecuencias por ejemplo que repita: “Siento mi malestar, lo acepto, es algo que me ocurre y me ocurrirá toda mi vida, yo no soy una enfermedad que va por la vida, es un síntoma, tengo pensamientos que me dan miedo, no es terrible ni catastrófico, son solo pensamientos, emociones, nada más”

Sesión 9

Difusión cognitiva:

Objetivo: Que el paciente logre modificar su comportamiento y emociones por medio de su pensamiento.

Material: Un vaso con agua.

Tiempo: 50 minutos.

Se le pide al paciente que logre ver por medio de situaciones personales que sus pensamientos son pensamientos y que sus emociones son emociones, por ejemplo

deberá clasificar diversas emociones en una hoja y sus pensamientos en otra hoja. Posteriormente se le pedirá que verbalice algunas de sus emociones y pensamientos que pasan por su mente y cuerpo generalmente, sean buenos o malos.

Sesión 10

La acción comprometida.

Objetivo: Que el paciente defina sus metas en las diferentes áreas de su vida y que aprenda a comprometerse en a modificar su comportamiento.

Material: Hojas, plumones.

Tiempo: 45 minutos.

Instrucciones: “Se le pide al paciente que escriba a lo que se compromete y la manera en la que aplicará los recursos que ha obtenido en terapia a partir de sus experiencias”.

Conclusiones

En términos generales puede decirse que el programa desarrollado en este estudio, apoyado por la Terapia Cognitivo Conductual, cumple con el objetivo de brindar algunas alternativas para los pacientes con la enfermedad crónica degenerativa de diabetes. Así, se pudo corroborar que la terapia cognitivo conductual (TCC) brinda útiles herramientas para mejorar el comportamiento de los pacientes, pues como menciona Díaz, Ruiz y Villalobos, (2012) “Los representantes de la TCC tuvieron como primer objetivo el desarrollo e investigación de técnicas efectivas; probaron muchas, rechazaron otras por cuestión de ética, pero, hoy en día, pueden ayudar con ellas a resolver muchos problemas de otras tendencias psicoterapéuticas”. Esta terapia cognitivo conductual parte de la idea de que toda la conducta (adaptada o desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje.

La propuesta planteada se fundamenta en las investigaciones de diversos autores sobre la terapia Cognitiva Conductual, las cuales han proporcionado técnicas para modificar el comportamiento del ser humano no solo a nivel personal sino también a nivel grupal conforme a las necesidades específicas, tal es el caso de Kabatt-Zinn (1994) el autor probablemente con mayor reputación internacional en cuanto al manejo de Mindfulness, (término que se resume en “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” y, tomando del Zen como bases fundamentales relacionadas con la actitud de la práctica de la atención plena: No juzgar, Paciencia, Mente principiante, Confianza, No esforzarse y la Aceptación), este autor señala que es importante ocupar esta estrategia que tiene como objetivo la meditación, la cual pretende la conexión con el aquí y ahora, logrando que las personas experimenten una consciencia plena y profunda de lo que se siente, se piensa, y se hace.

Particularmente, el programa desarrollado se basa en la propuesta de Castanedo (2008) en la denominada, tercera generación, que considera que la mayoría de las personas rigen su comportamiento en base a sus emociones, las cuales provocan reacciones físicas que pueden llegar a cambiar su estilo de vida.

En este sentido, Castanedo menciona que “el hombre no es sólo un ser dispuesto al condicionamiento, cargado de pensamientos y cogniciones; es también un ser emocional, marcado por el apego y explorador del sentido de su propia vida”. Aunque específicamente las personas que sufren de la diabetes pasan por el difícil proceso de aceptación de su enfermedad y se niegan a cambiar bruscamente sus hábitos alimenticios, Wilson y Luciano (2002) se basan principalmente en los valores personales del paciente, los cuales definen como direcciones vitales globales deseadas y construidas verbalmente permitiendo generar un cambio en sus hábitos.

En este sentido, es interesante destacar la opinión de Brown y Rayan (2004) sobre la conciencia plena, considerándola, una capacidad natural del ser humano.

Sin embargo Brantley (2010) considera que *mantener la atención* en lo que ocurre sin pretender cambiarlo y aceptándolo es algo difícil. Pues finalmente llegar a la conciencia plena, exige mucho esfuerzo para cambiar los hábitos por la falta de atención y distracción que se desarrolla a lo largo de toda una vida.

Es importante mencionar que en este estudio existe una limitante; el no llevarlo a la práctica a pacientes que sufren de la diabetes, lo que, evidentemente, impide poder corroborar sus bondades, esta situación podría subsanarse al ponerse en práctica con la población que tenga las características ya mencionadas.

Ello cobra especial importancia, considerando que quizá en un futuro, como la OMS (2015) ha proyectado para el año 2030, el número de individuos que padecerá esta enfermedad en el plano mundial será aproximadamente de 439 millones, y teniendo

en cuenta que hasta el 80% de los casos de diabetes en el mundo viven en los países y áreas subdesarrolladas, esta alternativa de intervención podría desarrollarse con el propósito de prevenir a las próximas generaciones que corren el riesgo de padecer dicha enfermedad por cuestiones diversas, tales como genética, sobrepeso, obesidad, estrés o por el ritmo de vida tan ajetreado al que se someten día a día. El programa apoyado por la terapia cognitivo conductual puede proporcionar los métodos suficientes para ponerlo en práctica en el momento que sea necesario. Como refieren Villalobos, Díaz y Ruiz (2012). La conceptualización de salud y trastorno que manejan estas Terapias de Tercera Generación contiene de forma implícita la noción de que las experiencias emocionales intensas, percibidas por el sujeto como fuera de su control, retan el sentido de eficacia del individuo en su acercamiento a los estímulos cotidianos.

Referencias

1. Balderas, I (2015). "*Diabetes, Obesidad y síndrome metabólico: un abordaje multidisciplinario*". México. Ed. Manual Moderno.
2. Beck, A. Freeman, A (1995). "*Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad*". Barcelona. Paidós.
3. Braunwald, Fauci, Wilson (1999) "*Principios de la medicina interna*". 14va edición. México. Ed. McGraw- Hill.
4. Castanedo, C. (2008) "*Seis Enfoques Psicoterapéuticos*", 2da Edición. México, Ed. Manual Moderno.
5. Collozo, M. (2001) "*Guía de la Clínica Mayo sobre tratamiento de la diabetes*", México. Ed. Trillas.
6. Fabian, M. (2016) "*Diabetes: Atención Integral*", México. Ed Alfíl.
7. González, B (2002) "*Obesidad problema de salud pública en México*". México, Ed. Nutrición clínica.
8. González, M (2001) "*Obesidad y diabetes mellitus tipo 2*" México, Ed. Investigación en salud.
9. Guzmán, R (2014) "*Diabetes Mellitus, visión latinoamericana*" México, Ed. Guanahora.
10. Hatahet, A (2003) "*Fármacos anti obesidad aspectos actuales y futuros*" Latino América Ed. Current diabetes reports.
11. http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/03022006_MUNDO_EMOCIONAL_PACIENTE_DIABETICO.pdf.
12. <http://dip.una.edu.ve/mead/andragogia/paginas/adam1977.pdf>.
13. <http://es.slideshare.net/PaulaNezVargas/aduldez-media-30441098>.
14. <http://etimologias.dechile.net/?diabetes>
15. <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/RLMC/article/viewFile/22/24>
16. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000100004&script=sci_arttext

17. [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:boWnSUQGon4J:www.ucn.edu.co/virtualmente/escuelafamilia/Documents/Documentos/2013/octubre/SintesisAdultoIntermedio.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx\).](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:boWnSUQGon4J:www.ucn.edu.co/virtualmente/escuelafamilia/Documents/Documentos/2013/octubre/SintesisAdultoIntermedio.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx))
18. <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/medicamentos/insulina/lo-basico-sobre-la-insulina.html>.
19. <http://www.diabetesbienestarysalud.com/2014/08/origen-de-la-insulina-como-tratamiento-para-la-diabetes/>
20. http://www.diabetespractica.com/pdf/num6/3_habilidades.pdf.
21. <http://www.innsz.mx/documentos/diabetes/diabetes%20gestacional%20smne.pdf>
22. http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/124/cd/guia/documentacion%20complementaria/15_persona_adulta.pdf.
23. <http://www.redalyc.org/pdf/1411/141128006004.pdf>.
24. <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>.
25. http://www.salud.df.gob.mx/portal/images/portal/campanas/muevete/Estrategia_CDMX.pdf.
26. <http://www.spps.gob.mx/noticias/1445-5-tipos-cancer-mas-afectan-mexicanos.html>.
27. <http://www.universidad-justosierra.edu.mx/wordpress/diabetes-mellitus-un-punto-de-vista-quimico-y-biologico/>.
28. <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>.
29. http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html .
30. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
31. <https://elefectorayleigh.wordpress.com/2014/05/09/la-nada-dulce-historia-del-descubrimiento-de-la-insulina/>.
32. https://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus
33. https://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus#Etimolog.C3.ADa
34. <https://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes?language=es>
35. https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_118_es.pdf.

36. Kabat. J. (2009) "*Mindfulness en la vida cotidiana; como descubrir las claves de la atención plena*". 2da Edición. México. Ed. Paidós Ibérica.
37. Kalat, J. (2011) "*Psicología Biológica*". 10° edición. México. Ed. Cengage Learning.
38. Kazdin, A. (1996). "*Modificación de Conducta y sus aplicaciones práctica*" 2da Edición. México. Ed. Manual Moderno.
39. Kilo, C. (1999). "*Controle su Diabetes*", México. Ed. Limusa.
40. Lavilla, M. Molina, D. López B. (2009) "*Mindfulness: Cómo practicar aquí y ahora*" México. Ed. Paidos Iberica.
41. Lev. R (1999) "*genotipo ahorrativo ¿Qué tan aplicable es a la obesidad y a la diabetes tipo 2?*" Colombia Ed. Diabetes reviews.
42. Mendoza, R. (2016) "*Educación en diabetes para profesionales de la salud*" México Ed. Alfil.
43. Morris, C. (2001). "*Psicología*" 10° edición. México. Ed. Prentice Hall.
44. Ortega de la Rosa, P. (2006). "*Lo que debes de saber de la diabetes infantil*" México. Ed. F.E.S Zaragoza.
45. Ortiz, E. (1997). "*Estudio del ciclo de vida*", México. Ed Pearson.
46. Ramírez, C. (2007) "*Diabetes Mellitus, afecta a toda la familia*", México. Ed. Comepe.
47. Ruiz, M. Díaz, M. Villalobos A. (2012). "*Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*", Madrid, 3ra Edición. Biblioteca de Psicología de la UNED.
48. Violante, R (2004) "*Obesidad infantil, fascículos de obesidad, repercusiones y manejo integral*" México. Vol. 1. Ed. Salud y Vida.
49. Wilson, K. (2002). "*Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*". Madrid. Ed. Pirámide.