



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología



Intervención Grupal Cognitivo Conductual para incrementar la Adherencia al Tratamiento en personas con Diabetes Tipo 2.

TESIS

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

PRESENTA:

ABRAHAM SÁNCHEZ PÉREZ

DIRECTOR: MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO.

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS.

SINODALES: MTRA. GUADALUPE MEDINA HERNÁNDEZ.
MTRO. SALVADOR CHAVARRÍA LUNA.
MTRA. KARLA SUÁREZ RODRÍGUEZ.



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.

Agradezco a mis padres (Gabino y Edhit) y hermana (Karla) por tolerarme, enseñarme el valor de la educación, demostrarme su amor incondicional, apoyarme en cada decisión que he tomado y por sugerir en lugar de imponer.

A mi tía (Margarita) y primos (César y Adrián) por ser personas que siempre han estado dispuestas a ayudarme y sobre todo por quererme.

A mi querida novia (Yohaline) por siempre brindarme tranquilidad, amor, fuerza y esperanza.

A mis amigos (Alfonso B., Jorge N., César B., Carlos V., César G., German M., Paquito, Osman, Ángel, I. Arroyo, César S. y Luis) por acompañarme en las diferentes etapas de mi vida, escucharme, aconsejarme y sobre todo porque he aprendido tanto de todos ustedes.

A la Dra. Ocampo por permitirme realizar mi Servicio Social dentro del Hospital General de México, conocer una manera diferente de interpretar la vida y brindarme su amistad.

Al Mtro. Sotero por la confianza, la calidez humana y el conocimiento que me ha dado dentro y fuera del aula.

Al Mtro. Salvador por el profesionalismo con que realiza su trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por prepararme para afrontar la vida de una manera más perceptiva, flexible y saludable.

A todos mis compañeros dentro de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas por hacer mis días más agradables.

En el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” se encuentra la “Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas”. En esta clínica acuden dos tipos de pacientes, los que necesitan dejar de fumar y los que desean dejar de fumar. Gran parte de los pacientes que asisten necesitan dejar de fumar, debido a que presentan algún problema de salud relacionado al consumo de tabaco o para que les pueden realizarles una operación, ya que el patrón de consumo ha comprometido su estado de salud. El tratamiento que reciben los pacientes es mediante terapia individual o grupal, estas terapias se trabajan bajo el marco teórico cognitivo conductual, por esta razón, se considera que fumar es una conducta aprendida y la manera más efectiva para lograr a la abstinencia es realizando una reestructuración cognitiva. Sí el paciente logra modificar sus pensamientos, podrá modificar su comportamiento y evitará que las complicaciones relacionadas con el tabaquismo, manteniendo o mejorando su estado de salud.

La coordinadora de esta clínica es la Dra. Ma. Angélica Ocampo Ocampo, dentro de todas sus responsabilidades laborales que tiene en Hospital General de México esta realizar trabajos de investigación para innovación y mejora continua. En el año 2017 participe en la investigación para conocer la comorbilidad de las personas dependientes a la nicotina, los resultados indicaron que la Diabetes Tipo 2 mantiene una correlación con el tabaquismo. La Dra. Ocampo tenía la idea de que este tipo enfermedades crónico-degenerativas podían ser controladas por medio de la terapia cognitivo conductual.

El presente trabajo surge de la experiencia que tuve dentro de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas y sobre todo de la supervisión de la Dra. Ma. Angélica Ocampo Ocampo .

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
CAPITULO I <i>DIABETES TIPO 2</i>	
Datos Epidemiológicos.	4
Diabetes.	6
Diabetes tipo 1.	7
Diabetes Tipo 2.	8
Etiología.	9
Los síntomas de la Diabetes Tipo 2.	9
Complicaciones causadas por la Diabetes Tipo 2.	10
Factores relacionados con el riesgo y el tratamiento.	11
Diabetes- Estrés.	14
Diabetes– Ansiedad.	15
Diabetes - Depresión.	16
CAPÍTULO II <i>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y AUTOEFICACIA</i>	
Adherencia.	18
Falta de adherencia.	20
Factores relacionados con la adherencia.	23
Autoeficacia.	24
Definición de autoeficacia.	
Antecedentes teóricos de la autoeficacia	25
Expectativa.	28
Fuentes de autoeficacia.	29
Procesos activados por la autoeficacia.	30
Autoeficacia - Diabetes.	32
CAPÍTULO III <i>TERAPIA GRUPAL Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES</i>	
El grupo.	35
Enfoque psicológico del grupo.	35
Terapia Grupal.	36
Factores curativos del grupo.	36
Fundamentos teóricos de la terapia cognitivo conductual.	42
Terapia de Reestructuración Cognitiva.	43
Terapia Racional Emotiva Conductual.	44
MODELO A-B-C.	47
Técnica de la Terapia Racional Emotiva Conductual.	49
Manejo de contingencias.	50
Moldeamiento.	52
Modelamiento.	52
Solución de problemas.	53
Fundamentos teóricos.	54
Características de la técnica.	56
Introducción a la relajación.	59
Bases biológicas de la relajación.	60
Técnica de relación.	61
CAPÍTULO IV <i>PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</i>	
Introducción.	64

Justificación.	65
Objetivo general.	66
Objetivos específicos	67
Participantes.	69
Criterios de exclusión.	69
Materiales.	71
Escenario.	72
Sesiones.	72
Recursos humanos.	72
Procedimiento.	73
Cartas descriptivas.	78
Conclusión.	86
Referencias.	88
Anexos.	97

Resumen.

La Diabetes Tipo 2 es una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo, cada año discapacita a miles de personas y otros cientos de miles mueren por causa directa o indirecta de esta enfermedad. México se encuentra dentro de los primeros diez países en el mundo con mayor número de personas con Diabetes y se espera que esta enfermedad afecte cada vez a más personas en el mundo. La Diabetes Tipo 2 por lo general se relaciona con personas que realizan poca actividad física y consumen grandes cantidades de carbohidratos. El problema se debe a que las personas no siguen el tratamiento para mantener o mejorar su calidad de vida, por consecuencia llegan a presentar las complicaciones crónicas de esta enfermedad. Alimentarse de manera saludable y realizar actividad física son conductas y desde la perspectiva psicológica, estas conductas son reguladas por un conjunto de pensamientos que su vez son producto del aprendizaje. Por esta razón el presente trabajo considera que modificando el sistema de creencias irracionales de las personas con Diabetes tipo 2 permitirá que modifiquen sus conductas de riesgo. Esta restructuración cognitiva producirá un incremento sobre el nivel de autoeficacia que a su vez permitirá que la persona tenga mayor adherencia al tratamiento. Para alcanzar este objetivo el presente trabajo se apoya de la Terapia Racional Emotivo Conductual, de los beneficios curativos de la Terapia Grupal, la Terapia de Resolución de Problemas y de las técnicas de relajación.

Palabras clave: Diabetes Tipo 2, Autoeficacia, Adherencia, Reestructuración Cognitiva, Terapia Grupal, Terapia Racional Emotiva Conductual, Terapia de Resolución de Problemas y Técnica de Relajación.

Introducción

La Diabetes Tipo 2 es una enfermedad que tiene grandes costos a nivel personal, familiar y social. A nivel personal, la persona puede presentar las complicaciones fisiológicas crónicas degenerativas o algún trastorno afectivo. Estas consecuencias personales afectan la dinámica familiar y social. Generalmente la persona es diagnosticada mucho tiempo después de haber desarrollado esta enfermedad, es decir, que ya ha desarrollado un daño orgánico. Pero lo más relevante es que la persona que es diagnosticada con Diabetes Tipo 2 no sigue las indicaciones del médico, lo que produce una disminución en la calidad de vida. El presente trabajo trata de responder la pregunta que muchos especialistas de salud se han hecho en alguna ocasión ¿Por qué no sigue el tratamiento?, ¿Qué pasa por la cabeza del paciente que no le permite seguir las indicaciones?, ¿Por qué continúa con esas conductas? y ¿Por qué no puede modificar su estilo de vida? La autoeficacia puede responder a estas preguntas, debido que este concepto engloba a las creencias que tiene una persona sobre sus capacidades para afrontar una situación. Considerando lo anterior, se infiere que la posibilidad de seguir un tratamiento médico depende de su nivel de autoeficacia (mayor autoeficacia mejor adherencia al tratamiento/ menor autoeficacia menor adherencia al tratamiento).

Para comprender la relación que existe entre la autoeficacia, la adherencia al tratamiento y la Diabetes Tipo 2, se ha dividido el trabajo en cuatro capítulos. En el primer capítulo se abordan puntos relevantes para conocer la Diabetes Tipo 2, como son: la etiología, los síntomas, los factores de riesgo y la relación con algunos trastornos afectivos. En el segundo capítulo se divide en adherencia y autoeficacia. En el primer apartado se revisará los factores que se relacionan con la adherencia, lo que es la adherencia y la no adherencia. El segundo apartado contiene una breve revisión sobre los antecedentes teóricos de la autoeficacia, la definición de autoeficacia, las fuentes de autoeficacia, los procesos que regula a autoeficacia y por último la relación que hay entre autoeficacia y Diabetes. El tercer capítulo está conformado por la terapia grupal y las técnicas cognitivo conductual. Se revisa el concepto grupo, los factores curativos de la terapia grupal, los fundamentos teóricos de la terapia cognitivo conductual, la reestructuración cognitiva, Terapia Racional Emotivo Conductual y su técnica, el manejo de contingencias, la Terapia de solución de problemas y las características de su técnica, la técnica de relajación y su técnica. Por último, el cuarto capítulo se encuentra conformado por la propuesta de intervención para incrementar la adherencia al tratamiento, la justificación, los objetivos de esta intervención, el procedimiento y las conclusiones.

Capítulo I

DIABETES TIPO 2

Datos Epidemiológicos.

La Diabetes es una pandemia que afecta a 422 millones de adultos en todo el mundo, es de las principales causas de muerte en el mundo. Se estima que durante el 2012 fue causa directa de 1.5 millones de muertes y debido a que incrementa los riesgos de enfermedades cardio vasculares se asocia a la Diabetes con otros 2,2 millones de muertes. Las investigaciones realizadas por la organización mundial de la salud estiman que para el 2030 la Diabetes sea la séptima causa de muerte a nivel mundial (OMS, 2016). El número de muertes que se relacionan de manera directa con la Diabetes ha ido incrementando en todo el mundo, igual que las muertes causadas por enfermedades relacionadas con la Diabetes. La cantidad de personas que tenían Diabetes en el mundo en 1980 eran cerca de 108 Millones, para el año 2014 la cantidad de personas con Diabetes incremento hasta 422 Millones (Mathers & Loncar, 2006), el aumento de la prevalencia ha avanzado más rápido en países de ingreso bajo y medio, como lo es México. México es uno de los países que tiene mayor prevalencia de Diabetes, datos publicados por la International Diabetes Federación (IDF, 2017) indican que en México hay cerca de 12 millones de personas tienen esta enfermedad (Figura 1).



Figura 1. Ranking de países con mayor número de enfermos de diabetes 2017 (IDF, 2017)

Es probable que la cantidad de personas con Diabetes en México aumente durante las próximas décadas, datos publicados por la IDF (2017) proyectan que habrá para el 2045 cerca de 21.8 millones de mexicanos con Diabetes (Figura 2).



Figura 2. *Personas con diabetes en México (IDF, 2017).*

La Diabetes es la principal causa de muerte en México desde el año 2000, cerca de 98,521 mexicanos murieron en el 2015 a causa de esta enfermedad (INEGI, 2017) (Figura 3). La evolución de la mortalidad por Diabetes en México ha seguido una curva ascendente en los últimos 20 años; ha pasado de una tasa de mortalidad de casi 30 por 100,000 habitantes en 1990 a una tasa de más de 70 por 100,000 habitantes en 2012. (Moreno, Silberman, Hernández, Capraro, Soto, García & Sandoval, 2015).

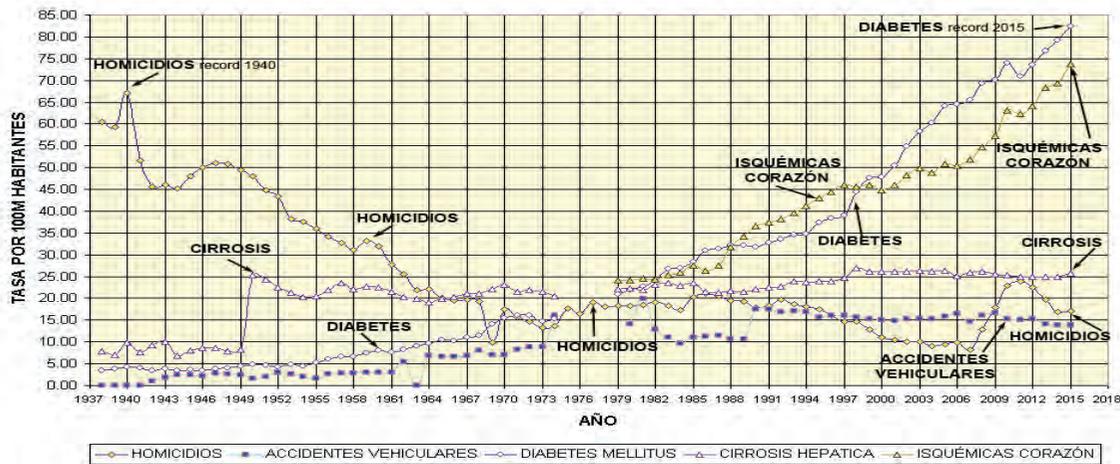


Figura 3. Causas de mortalidad en México 1938- 2015. (INEGI, 2017)

El aumento de la prevalencia de la enfermedad tiene un gran impacto sobre la economía del país, de acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, denominado Costos de la diabetes en América Latina, el tratamiento de los enfermos de Diabetes le costó a México 7,785 millones de dólares, solamente en 2010 (Arredondo & De Icaza, 2011). Se espera que para 2030 el total del gasto por la Diabetes sea cerca de \$14 695 229 000, lo que afectará económicamente en todo el sistema de salud nacional (Rodríguez et al., 2010).

Diabetes.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica y degenerativa, esta enfermedad se genera cuando el páncreas no produce la cantidad suficiente de insulina o la que produce no puede ser aprovechada por el organismo para regular los niveles de glucosa. Si hay un aumento de la glucosa en los niveles de sangre, con el tiempo pueden dañarse gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2017).

Existen diferentes clasificaciones de la Diabetes, pero para fines específicos de este trabajo solamente se abordaron la Diabetes tipo 1 y la Diabetes tipo 2.

Diabetes tipo 1.

La diabetes tipo 1 o anteriormente llamada diabetes juvenil se caracteriza por una producción deficiente de insulina por parte del páncreas y porque el sujeto requiere la administración diaria de esta hormona. Es una enfermedad crónica y degenerativa, por lo general se diagnostica en niños y adultos jóvenes. Algunos factores de riesgo que se asocian con la diabetes de tipo 1 son el factor genético, disparadores ambientales como virus y consumo de alimentos con un nivel alto de carbohidratos a temprana edad. Como no se ha encontrado una causa directa resulta complicado prevenir esta enfermedad; sus síntomas consisten en poliuria (excreción muy abundante de orina) polidipsia (necesidad exagerada de beber), polifagia (sensación incontenible de hambre), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio (OMS, 2017).

La Diabetes tipo 1 tiene menor prevalencia que la diabetes tipo 2, se estima que las personas con Diabetes tipo 2 representa el 95 % de todos los casos de diabetes (Figura 4) y su prevalencia ha ido aumentando (Pensánte, Pintado & Kather, 2016).

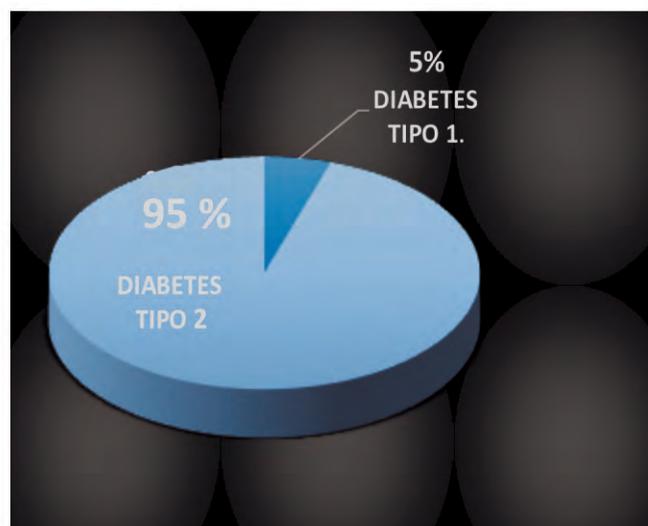


Figura 4. *Prevalencia de Diabetes Tipo 1 y Diabetes Tipo 2.*

Diabetes Tipo 2.

En este tipo de diabetes (que es la más común) los carbohidratos que se consumen en forma de alimentos llegan al intestino delgado donde son descompuestos en moléculas únicas de azúcar llamadas glucosa, luego la membrana del intestino delgado absorbe la glucosa, que pasa al torrente sanguíneo. Cuando la sangre llega al páncreas, las células beta que se encuentran dentro del páncreas detectan los altos niveles de glucosa, con la finalidad de disminuir los niveles de glucosa las células beta liberan insulina en el torrente sanguíneo. A medida que la sangre circula en el organismo, la insulina y glucosa salen del torrente sanguíneo para alcanzar las células del organismo. La mayoría de las células del organismo tienen determinados receptores en sus superficies que se unen a la insulina, la insulina actúa como una llave en una cerradura para abrir los canales de la célula y que la glucosa pueda llegar hasta dentro de la célula (American Diabetes Association, 2014). Una vez dentro de la célula puede ser utilizada la glucosa como energía para funcionar adecuadamente (Figura 5).

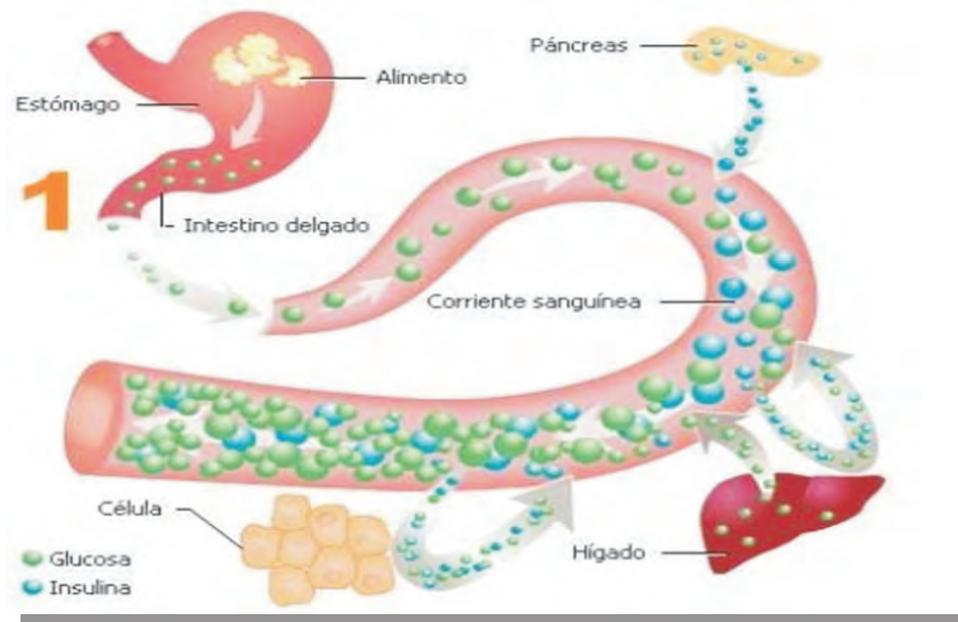


Figura 5. Proceso metabólico de la persona con Diabetes Tipo 2.

Etiología.

La persona con diabetes tipo 2 no produce suficiente insulina o las células de su organismo resisten los efectos de la insulina o ambas cosas (ADA, 2014).

Resistencia a la insulina.

Se da cuando la insulina no puede desbloquear la célula para dejar acceder a la glucosa, ya sea porque los receptores son anormales o son pocos, como consecuencia la glucosa se queda dentro del torrente sanguíneo y se crea una afección llamada hiperglucemia (ADA, 2014).

Baja producción de insulina.

Se origina cuando el páncreas produce insulina de manera excesiva para compensar los niveles de glucosa que no ingresaron a la célula y se acumularon en el torrente sanguíneo. Esta sobreproducción desgasta al páncreas, por esta razón la producción de insulina termina haciéndose más lenta y los niveles de glucosa en la sangre aumentan.

Los síntomas de la Diabetes Tipo 2.

El incremento de los niveles glucosa en la sangre o hiperglucemia y la falta de insulina producen síntomas tales como:

A) *Poliuria*. Consiste en un gasto urinario excesivo.

B) *Polidipsia*. Es un incremento anormal de la sed, la persona puede ingerir grandes cantidades de líquidos.

C) *Polifagia*. Incremento en apetito que no disminuye, a pesar de ingerir grandes cantidades de alimento.

D) *Pérdida de peso*. Disminuye el peso de manera involuntaria.

Otros síntomas pueden aparecer con el paso del tiempo como son: Fatiga, infecciones recurrentes, trastornos visuales, y sensación de piquetes en los pies. Como los síntomas no son tan graves o no se aprecian pueden provocar cambios funcionales y patológicos durante largo tiempo antes del diagnóstico. (Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2008).

Complicaciones causadas por la Diabetes Tipo 2.

La persona que tiene Diabetes tipo 2 necesita controlar sus niveles de glucosa en la sangre, de no hacerlo las complicaciones producidas por la hiperglucemia pueden producir la muerte.

El *infarto al miocardio* es una de las principales complicaciones que pueden presentar las personas con diabetes, la Organización Mundial de la Salud (2017) estima que las personas con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de sufrir de un infarto.

La *retinopatía diabética* es una complicación ocular que se debe al daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina y es la principal causa de daños visuales en los adultos (Chawla, 2013). Bourne et al. (2013) realizó una investigación con la finalidad de conocer las causas por las se puede perder la vista, los resultados indican que la diabetes es responsable de al menos 2.6% de la ceguera en todo el mundo.

La *nefropatía diabética* es una enfermedad renal que se origina por la diabetes, se origina por el daño que produce la glucosa a los vasos sanguíneos en los riñones. Se estima que aproximadamente 1 de ca 4 adultos con diabetes tienen enfermedad del riñón (Afkarian et.al., 2016). Datos publicados por el Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y de los Riñones (2017) indican que la diabetes es la principal causa de insuficiencia renal.

La *neuropatía diabética* afecta a los nerviosos y cerca de un 60 a 70 por ciento de personas con diabetes sufren algún tipo de neuropatía, la persona con diabetes puede desarrollar daño nervioso en cualquier parte del cuerpo, en algunas personas no aparecen síntomas, pero en otras hay dolor, hormigueo o adormecimiento—pérdida de sensación—en las manos, brazos, piernas y pies (NIDDK, 2011). La neuropatía en los pies incrementa el riesgo de úlceras, infección y, en última instancia, amputación (OMS, 2017).

En México de cada 100 personas con diabetes 14 presentan nefropatía y 5 ceguera (Moreno y Limón, 2009). La persona con Diabetes tipo 2 puede mejorar su calidad de vida e incluso controlar la enfermedad siguiendo las instrucciones del médico. La aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad se relacionan de manera directa con la adherencia al tratamiento (Durán, Rivere & Franco, 2001).

Factores relacionados con el riesgo y el tratamiento.

Existen diferentes situaciones que incrementan la probabilidad de que una persona presente Diabetes tipo 2. La Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT) indicó que 6.4 millones de mexicanos tuvieron diagnóstico de Diabetes Tipo 2 y los factores más relevantes fueron una mala alimentación y la poca actividad física.

Es importante señalar que la alimentación y la actividad física tienen un papel relevante, ya que ambas se encuentran durante el inicio, desarrollo, mantenimiento y tratamiento de esta enfermedad. Por ejemplo: la persona que es diagnosticada con Diabetes Tipo 2 generalmente mantiene un déficit en la conducta alimentaria, lo que se traduce en un consumo excesivo de carbohidratos. Para que no aparezcan las complicaciones crónicas la persona debe modificar su conducta alimentaria reduciendo el consumo de carbohidratos y los niveles de glucosa en la sangre.

Por lo general la poca actividad física y una mala alimentación producen obesidad, esta enfermedad mantiene una estrecha relación con la Diabetes Tipo 2, un estudio halló que el 48.3% de las personas diagnosticadas con Diabetes Tipo 2 también presentaban obesidad (Fernández, Fernández, Espadas, Canto & Piña, 2017). Otro estudio encontró que cerca del 80% de las personas al momento de ser diagnosticadas con Diabetes Tipo 2 presentaban sobre peso u obesidad (Cobo y Fabián, 2006).

Para fines del presente trabajo solamente se revisarán los factores que se relacionan con el comportamiento de la persona. La alimentación y la actividad física parecen ser la base sobre la cual se pueden desarrollar otros factores de riesgo y sobre todo la Diabetes Tipo 2.

Conducta Alimentaria. Son conductas que realiza una persona para alimentarse como: la búsqueda, obtención y consumo de alimento. Como antes se mencionó es un factor muy relevante debido en que interviene tanto en la aparición como en la progresión y el tratamiento de esta enfermedad crónico-degenerativa (Sánchez, Malonda, Rojo, Rodrigo & Moreno, 2017).

La *actividad física* es cualquier movimiento del cuerpo producido por los músculos que requiera de un gasto de energía. Datos publicados por la Organización Mundial De la Salud (2018) indican que la inactividad es la causa principal de cerca del 27% de los casos de Diabetes en todo el mundo. En la actualidad las personas llevan una vida cada vez más sedentaria, las conductas que se realizan de manera cotidiana no implican actividad física. Una encuesta realizada por La Federación Mexicana de Diabetes (2016) a personas que no se encontraban diagnosticadas con Diabetes Tipo 2, encontró que el 85% de las personas consideran que podrían presentar Diabetes en un futuro debido a su mala alimentación. (Figura 6).

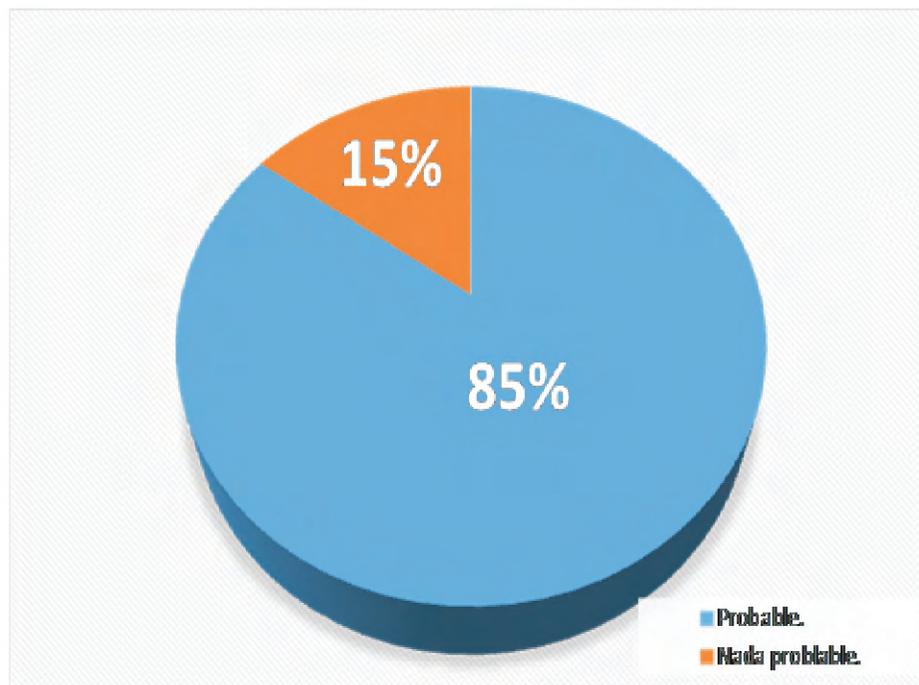


Figura 6. *Percepción de probabilidad de tener diabetes en el futuro considerando su estilo de vida* (FMD, 2016).

Este mismo estudio encontró que solamente el 31% de las personas refieren NO realizar algo para prevenir la Diabetes Tipo 2. Analizando los resultados de la investigación podemos notar que la mayoría de las personas saben que una mala alimentación y la inactividad pueden producir Diabetes Tipo 2, pero también conocen que la alimentación adecuada y la actividad física reducen la posibilidad de presentar esta enfermedad. El problema es que, a pesar, de que las personas conocen los factores de riesgo la prevalencia ha incrementado.

En este apartado se revisará la relación que existe entre Diabetes y, estrés, ansiedad y depresión. Cabe aclarar que la intención no es saber si los factores psicosociales provocan la Diabetes Tipo 2, ni tampoco determinar si esta enfermedad provoca estrés, ansiedad o depresión. La intención es reconocer que estos factores psicosociales mantienen una relación con el inicio, progreso y mantenimiento la Diabetes Tipo 2.

Diabetes- Estrés.

El estado psicológico de las personas también es considerado un factor de riesgo que se asocia con las enfermedades crónicas, puesto que influyen en su inicio, progreso y mantenimiento. El termino estrés frecuentemente se relaciona a aquellas situaciones o estímulos desagradables, es una respuesta fisiológica ante situaciones percibidas y evaluadas como amenazantes, frente a las cuales el individuo no posee recursos para afrontarlas adecuadamente. Las experiencias estresantes provocan un incremento de los niveles de glucosa en la sangre, este incremento se debe a que el organismo produce hormonas contra-reguladoras, principalmente catecolaminas y cortisol cuando hay una situación estresante (González, 1990). Se ha comprobado que los sujetos que se encuentran de manera constante bajo un nivel alto de estrés tienen mayor probabilidad de desarrollar Diabetes Tipo 2 (Serrano, et al., 2012), debido que se sufren alteraciones sobre hígado, páncreas, corazón y circulación sanguínea (Flores, et al., 2011).

Por otra parte, los niveles de estrés suelen incrementar cuando la persona es diagnosticada con Diabetes Tipo 2, el estrés es producto de la interpretación cognitiva sobre el estado de salud. Es común que la persona con esta enfermedad presente un grado moderado o alto de estrés (Ortiz, Ortiz, Gatica & Gómez, 2011) debido a que puede interpretar su situación como demandante y amenazante. Es importante que la persona Diagnosticada con Diabetes Tipo 2 tenga estrategias de afrontamiento para regular sus niveles de estrés, de no hacerlo puede presentar un descontrol metabólico, incrementando la gravedad de los síntomas (Anguiano, 2014).

Los niveles de estrés también afectan de manera indirecta, incidiendo en el mantenimiento de conductas incompatibles con un estilo de vida saludable como el fumar, beber, sedentarismo y malos hábitos alimentarios; o reduciendo la probabilidad de que la persona realice actividades con la intención de proteger, promover o mantener su estado de salud. Entrenar al paciente diabético para que controlar sus niveles de estrés, permitirá que incremente la probabilidad de producir respuestas resolver de manera exitosa su problema de salud.

Diabetes – Ansiedad.

La ansiedad es un estado de aprensión y de excitación física en el que la persona no cree podrá afrontar acontecimientos futuros, movido por pensamientos de acontecimientos adversos o catástrofes y producto de la imaginación (Beck, 2013). Cuando una persona se encuentra en un estado de ansiedad experimenta cambios en el plano físico, cognitivo, conductual y emocional. Estos cambios que experimenta la persona son normales y necesarios, debido a que permiten una mejor adaptación a las demandas del ambiente. La ansiedad y la Diabetes Tipo 2 mantienen una relación que se puede clasificar en tres momentos: inicio, progreso y mantenimiento. Una persona que experimenta ansiedad puede producir conductas de riesgo (consumo de alimentos azucarados), alterando los niveles de glucosa en sangre y produciendo daño al páncreas. Si estas conductas de riesgo son frecuentes el páncreas puede presentar un daño crónico, lo que incrementaría la posibilidad de presentar complicaciones relacionada con la Diabetes Tipo 2 (IFD, 2014).

La ansiedad también se presenta después del diagnóstico de Diabetes Tipo 2, es muy probable que la ansiedad sea producto de los pensamientos irracionales que tiene la persona sobre su estado de salud. La persona que padece alguna enfermedad crónica degenerativa puede presentar ansiedad (De los Ríos, et al., 2004).

Regular la ansiedad es importante para poder controlar las conductas de riesgo y evitar las complicaciones de la Diabetes Tipo 2, el apego a las indicaciones del médico (en la mayoría de los casos conductuales) puede verse afectado por la coexistencia de la ansiedad. Recibir un tratamiento psicológico para reducir los niveles de ansiedad permite mantener o mejorar la calidad de vida de una persona con alguna enfermedad crónica- degenerativa. Se ha observado que la persona con Diabetes Tipo 2 que recibe un tratamiento cognitivo conductual para disminuir la ansiedad, mejora en sus índices de glucosa en sangre (Riveros, et al., 2005)

Diabetes - Depresión.

La depresión al igual que el estrés y la ansiedad se relaciona con el inicio, progreso y mantenimiento de la Diabetes Tipo 2. La depresión es un estado afectivo que produce cambios cognitivos, conductuales y emocionales, estos cambios son causados por distorsiones cognitivas negativas sobre él mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1983). La persona deprimida produce conductas de riesgo como lo es la inactividad física y consumir alimentos con gran contenido de carbohidratos. Estas conductas incrementan los niveles de glucosa en sangre y la posibilidad de presentar Diabetes Tipo 2.

La relación entre la Diabetes Tipo 2 y la depresión se encuentra bien documentada. Se ha evaluado el grado de depresión que tienen las personas con Diabetes Tipo 2, y se estima que 19% de las personas presentan criterios de depresión mayor, en tanto que 66.5% reportan al menos algún síntoma depresivo (Gonzales, et al., 2007). La prevalencia que hay de depresión en pacientes con Diabetes Tipo 2 es alta, cerca del 90.6% de personas mayores con Diabetes Tipo 2 se encuentran deprimidas (Asencio & Stefani, 2017).

La buena alimentación y la actividad física son las recomendaciones para regular los niveles de glucosa y así mantener o mejorar la calidad de vida. En algunas ocasiones la depresión es la causa principal para que una persona con Diabetes Tipo 2 no tenga apego al tratamiento (Iturralde & Arévalo, 2017). Tratar la depresión favorece la adherencia al tratamiento de la persona con Diabetes Tipo 2, y disminuye la probabilidad de presentar complicaciones como: retinopatía, neuropatía y nefropatía (De Groot, et al., 2001).

Capítulo II

Adherencia al Tratamiento y Autoeficacia

Las complicaciones crónicas que se relacionan con Diabetes Tipo 2 puede ser evitadas o retrasadas sí la persona sigue las indicaciones que le da el médico. Como ya se ha mencionado, las indicaciones se enfocan en la modificación de la conducta. La poca adherencia es una situación muy común a la que se enfrentan las especialistas de diferentes áreas de la salud, el número de pacientes que no siguen las indicaciones del tratamiento es bastante. Algunas investigaciones mencionan que la mitad de las personas con Diabetes Tipo 2 no siguen adecuadamente el tratamiento y que menos del 30% modifican sus estilos de vida (Gigoux, Moya & Silva, 2010). La Organización Mundial de la Salud (2004) realizó una investigación para conocer el nivel de adherencia al tratamiento de las personas con alguna enfermedad crónica que viven en países desarrollados. Los resultados indicaban que cerca del 50 % de las personas seguían las indicaciones y suponían que esta deficiencia sería mayor en países en desarrollo (como lo es México), debido a la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención médica. La finalidad de este trabajo es ofrecer una posibilidad para incrementar la adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Tipo 2, por esta razón es que se considera importante revisar qué es la adherencia al tratamiento, la no adherencia, las consecuencias de la no adherencia y los factores que se relacionan con la adherencia.

Adherencia.

La adherencia al tratamiento es el conjunto de comportamientos que tiene una persona y que coinciden con las recomendaciones dadas por un especialista, con la finalidad de mejorar su calidad de vida (Peralta & Carbajal, 2008). Se puede decir que hay adherencia cuando la persona colabora y participa, de manera proactiva y voluntaria con su tratamiento, promoviendo mejores condiciones de salud, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud (Martín, 2004). Es decir, que la adherencia al tratamiento ocurre si la persona colabora de manera voluntaria modificando su comportamiento, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado. La adherencia terapéutica se relaciona con un gran número de comportamientos, entre los cuales se incluye tomar parte en el programa de tratamiento, implementar conductas pro-salud,

eliminar conductas de riesgo, acudir a las citas con el especialista y seguir adecuadamente la ingesta de medicamento (Zaldívar, 2003). Es un concepto muy importante que se relaciona con problemas de salud, tales como: control de la obesidad, terapias de rehabilitación, cese de consumo de alguna sustancia adictiva e intervención en enfermedades crónico-degenerativas. En cambio, las situaciones donde no hay adherencia terapéutica la persona no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por el terapeuta o médico para el control de un padecimiento. La persona que no tiene adherencia asume una postura pasiva durante el tratamiento. Blackwell (1976) considera que las conductas que comprenden la falta de adherencia son: No iniciar el tratamiento, suspensión prematura e implementación incompleta o deficiente de las indicaciones. Al no seguir las indicaciones del médico la persona puede presentar complicaciones relacionadas con su enfermedad.

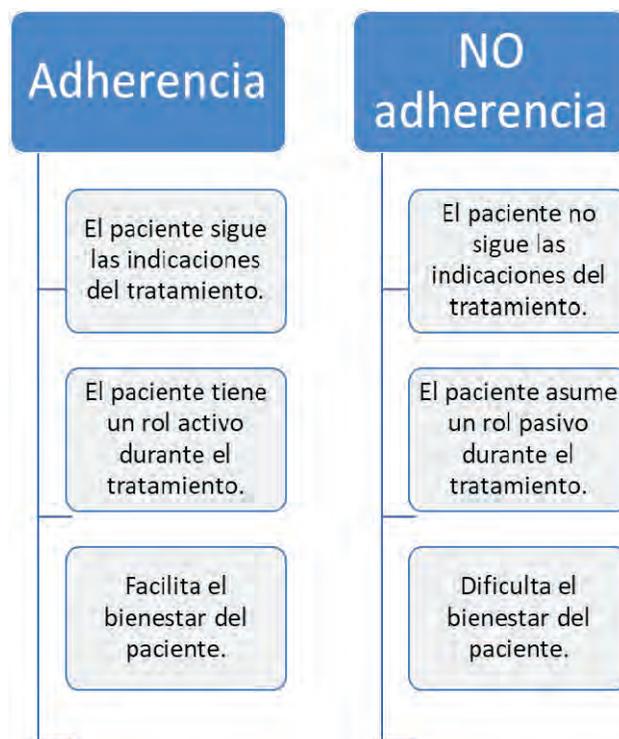


Figura 7. Principales diferencias entre la adherencia y no adherencia.

Falta de adherencia.

La falta de adherencia al tratamiento o terapéutica indica el abandono prematuro del tratamiento por parte del paciente, también se relaciona con una implementación parcial de instrucciones. La OMS (2003) considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública. También considera que el cumplimiento de los tratamientos producirá una reducción del presupuesto general para la salud, debido a la reducción de la necesidad de intervenciones costosas, como las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, el uso innecesario de los servicios de urgencia y los costosos servicios de cuidados intensivos.

Sí el paciente no logra tener una buena adherencia al tratamiento tendrá grandes pérdidas a nivel personal, familiar y social. Ya se ha revisado que la persona con Diabetes Tipo 2 que no se adhiere al tratamiento puede presentar complicaciones esto a nivel personal (físico y psicológico). Pero con relación a la familia, Silva, Galeano, & Correa (2005) que indican la existencia de una ruptura familiar cuando un integrante no sigue las indicaciones del tratamiento, es decir, que tiene un mal manejo de su problema de salud; la amputación de extremidades es una de las consecuencias que tiene la falta de adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Tipo 2, por lo tanto, sus cuidados son complicados y requieren de un cuidador primario informal que les brinde apoyo físico y emocional. Se ha encontrado que existe una correlación positiva entre el nivel de depresión de los cuidadores primarios y el nivel de la limitación en la actividad de los pacientes a su cargo (Díaz et al., 2016). Por lo que respecta a lo social, resulta de enorme costo para las instituciones de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, prolongándose así innecesariamente los tratamientos y presentando readmisiones, las cuales se podrían evitar. Por ejemplo: La persona con Diabetes Tipo 2 que no tiene adherencia terapéutica puede presentar un coma diabético que requiere de los servicios especializados de una Unidad de Terapia Intensiva (Puente, 1985).

Factores relacionados con la adherencia.

Existe gran variedad de factores que influyen en la adherencia, pero se pueden clasificar en:

Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud.

En la relación que se da entre el paciente y profesional es muy importante que existencia de una comunicación eficaz, permitiendo que el paciente se sienta satisfecho con la interacción. Si el profesional logra hacer que el paciente comprenda su enfermedad, mejora la adherencia terapéutica (Rodríguez, 1995). En algunos casos las personas no se adhieren al tratamiento porque realmente no tienen conocimiento acerca de las causas, consecuencias y tratamiento de la enfermedad. La satisfacción afectiva que tenga el paciente de la relación con el médico o terapeuta se relaciona de manera importante con el seguimiento de las indicaciones. La actitud y el comportamiento que tenga el terapeuta puede influir en que haya o no adherencia. Cuando el especialista se muestra autoritario con el paciente hay menor adherencia, en cambio, hay mejor adherencia cuando el especialista se muestra cálido, empático, se involucra en una conversación social, proporciona indicaciones individuales y específicas para cada paciente (Dunbar & Stunkard, 1979).

El régimen terapéutico.

El régimen terapéutico es otro factor que influye en el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Si el tratamiento exige grandes cambios conductuales, varios medicamentos y a diversas horas, hay menor adherencia al tratamiento. De igual manera sí el tratamiento requiere un menor número de dosis, tiene mejor resultado en la adherencia. En cambio, sí el tratamiento es demasiado largo el paciente disminuye su adherencia, y provoca mayor cantidad de efectos secundarios indeseados (Silva, Galeano & Correa, 2005).

Las características de la enfermedad.

Los síntomas son claves para la persona comience a hacer las indicaciones del tratamiento y como reforzadores de la adherencia. Los pacientes que han experimentado un alivio de los síntomas perturbadores después de seguir las indicaciones del especialista tienen mayor posibilidad de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que el paciente que no presenta síntomas y por lo tanto no presenta alivio tiene menor probabilidad de tener adherencia. Las personas que presentan una enfermedad crónica perciben que tiene menor riesgo debido a hay menor cantidad de síntomas. Por otra parte, sí el paciente presenta comorbilidad es más probable que no exista una adherencia terapéutica, debido a que las indicaciones aumentarían y la persona percibirá la situación como algo que se encuentra fuera de su alcance. (Macía & Méndez, 1999).

Las personas que se encuentran deprimidas tienen mayor probabilidad de no comenzar el tratamiento o abandonarlo de forma prematura.

Los aspectos psicosociales del paciente.

En la adherencia influyen varios factores psicosociales, tales como: las creencias, las actitudes, las atribuciones, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social (Puente, 1985). La adherencia como conducta de salud va a estar muy relacionada con los valores generales de salud o motivación para la salud, así como también va a estar modulada por la experimentación de riesgo o vulnerabilidad percibida, la consideración de la severidad de la enfermedad y la autoeficacia (Ginarte, 2001).

Si la persona desea cambiar su estilo de vida primero necesita modificar su sistema de creencias. Las creencias son importantes factores moduladores en el cumplimiento de las recomendaciones médicas y/o de salud. La persona sigue las indicaciones con base en las consideraciones de sus creencias personales y sobre la percepción del origen de su enfermedad o la manera como cree que debe hacerle frente tanto. (Rosenstock & Kirscht, 1982).

El paciente tiene su representación de lo que significa una amenaza para su salud, sus miedos son un constructo que se da con base en el aprendizaje social en sus relaciones con el otro (Bandura, 1982). Son varias fuentes que influyen en las creencias sobre su salud: amigos, familiares, medios de comunicación e información de otros profesionales de la salud. Las creencias que tenga el paciente del tratamiento producen y mantienen comportamientos saludables. El especialista tiene que establecer junto con el paciente expectativas realistas sobre los beneficios que obtendrá al modificar su estilo de vida, pero tomando en consideración el tiempo y el esfuerzo que se requiere.



Figura 8. Factores relacionados con la adherencia.

Como se revisó, la adherencia al tratamiento se integra por cuatro características: Relación paciente-terapeuta, el régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales.

Esta última característica es la que más importa para el presente trabajo debido a que se relaciona con las creencias que tiene la persona sobre su capacidad para seguir el tratamiento. Estas creencias para afrontar su estado de salud pueden incrementar o disminuir la probabilidad de que la persona con Diabetes Tipo 2 se adhiera al tratamiento. El conjunto de creencias que tiene la persona sobre su eficacia para realizar una actividad fue nombrado por Bandura (1999) como: Autoeficacia. Por esta razón es que en el siguiente apartado se revisara los antecedentes de la autoeficacia, la definición, de donde surge, cuál es su función en el comportamiento del ser humano y la forma en que se relaciona con la Diabetes Tipo 2.

Autoeficacia.

La autoeficacia es un mecanismo cognitivo que funciona como intermediario entre el conocimiento y la acción, junto con otras variables permite que una persona pueda realizar exitosamente una acción (Prieto, 2003). La conducta de las personas se ve fuertemente influida por la autoeficacia, si la persona tiene un nivel bajo de autoeficacia tal vez no adopte conductas saludables y probablemente no haya adherencia al tratamiento.

Definición de autoeficacia.

Bandura define a la autoeficacia como un conjunto de creencias que tiene un individuo sobre las propias capacidades para organizar y ejecutar acciones requeridas para resolver situaciones futuras (Bandura, 1999). Las creencias que tiene sobre sus propias capacidades influyen en la manera en que piensa la persona, en sus sentimientos, en el nivel de motivación, comportamiento y la consecución de metas.

La percepción que tiene un sujeto sobre su propia capacidad es determinante para que inicie y mantenga una conducta que le permita conseguir un objetivo. La autoeficacia no implica los recursos que tiene la persona, sino la valoración que hace sobre su aplicación para responder a situaciones complicadas. Las creencias que tiene una persona sobre sus capacidades influyen en la elección de tareas y actividades. Al igual que en su nivel de esfuerzo y persistencia para afrontar una situación complicada. Se espera que una persona con creencias negativas sobre su capacidad pueda abandonar de manera muy pronta una actividad o elegirá tareas que impliquen un menor esfuerzo, ya que no se cree capaz de resolver situaciones más demandantes.

Las creencias de autoeficacia influyen sobre el comportamiento humano de cuatro formas (Pajares, 2002):

1. *Elección de actividades y conductas:* La persona selecciona actividades en las que se percibe eficaz y elude aquellas en las que se considera ineficaz.

2. *Grado de esfuerzo y perseverancia:* La persona determina el que tanto esfuerzo invertirá ante acontecimientos. Entre mayor sea la autoeficacia, mayor esfuerzo y perseverancia frente a una actividad

3. *Pensamientos y emociones:* Las creencias que tenga una persona sobre sus capacidades influyen en su manera de pensar y las reacciones emocionales. La persona con una autoeficacia baja puede tener pensamientos irracionales que producen emociones desadaptativas, en cambio, una persona con autoeficacia alta podrá tener pensamientos racionales que activen emociones adaptativas.

4. *Predictor de futuro.* La autoeficacia influye en los retos que se impone la persona, autorregulando el esfuerzo, disminuyendo el nivel de estrés que experimenta la persona frente a una situación conflictiva. La persona con un nivel de autoeficacia alto probablemente consiga alcanzar mayores objetivos, mientras que una persona con un nivel bajo de autoeficacia no alcanzará metas.

La autoeficacia se relaciona de manera directa con el nivel de motivación para adoptar y mantener comportamientos pro-salud. La persona que tienen una alta autoeficacia afronta de mejor manera tareas cambiantes como lo puede ser el cuidado de la Diabetes Tipo 2, de esta forma la persona con autoeficacia alta comienza un curso de acción, se esfuerza, es persistente y tiene mayor compromiso ante las dificultades.

Antecedentes teóricos de la autoeficacia.

Diferentes teorías han servido para que el concepto autoeficacia se haya formado, tal vez la más importante sea la “Teoría Social Cognitiva” creada por el Albert Bandura, en esta teoría el aprendizaje es concebido como la adquisición de conocimiento a través del procesamiento cognitivo de la información. Bandura (1986) menciona que el funcionamiento humano se puede describir en una triada recíproca, indica que el proceso de aprendizaje involucra tres elementos: los factores personales, ambientales y conductuales que se mantienen en interacción recíproca. Desde este enfoque la conducta juega un papel relevante en la manera

en que la persona actúa ante las situaciones, las cuales a su vez influyen en sus pensamientos, emociones y conductas.

Dentro de la Teoría Social Cognitiva también se encuentra el concepto de Autosistema, son procesos que sirven para que la persona regule su comportamiento a través reacciones autoevaluadoras, tales como: la capacidad de autorreflexión, capacidad autorregulación, capacidad vicaria, capacidad de previsión y capacidad simbolizadora.

Capacidad de auto reflexión.

Permite que la persona analice las experiencias y reflexione sus procesos mentales, facilitando un conocimiento genérico del mundo y de él mismo, favoreciendo la evaluación de los pensamientos y sí es necesaria su modificación. Esta capacidad es muy importante debido a que es por medio de la cual la persona puede observar sus ideas, procede sobre de ellas o pronostica acontecimientos, valora los resultados de su implementación y modifica (Bandura, 1987). La autorreflexión permite que se genere conocimiento específico sobre sí mismo y el ambiente, produciendo juicios sobre la capacidad de sí mismo para responder con éxito ante un contexto específico, esta percepción se relaciona con las creencias de autoeficacia.

Capacidad de autorregulación.

Esta capacidad permite que la persona determine sus propias conductas con base a los criterios internos de evaluación de su propia conducta. Este proceso se da cuando la persona ha establecido un conjunto de criterios internos de evaluación y las ocupa para evaluar su propia conducta. Las diferencias que hay entre el comportamiento y los criterios internos producen reacciones autoevaluarías que influyen en la conducta posterior (Bandura, 1986).

Capacidad vicaria.

Permite que las personas adquieran de manera rápida patrones de conducta y habilidades sin tener que ensayar, solamente observar. Mediante esta capacidad es relevante para que se puedan transmitir señales sociales, como son las habilidades lingüísticas (Bandura, 1986).

Capacidad de previsión.

Bandura (1987, citado en Olaz, 2001) indica la previsión permite que la persona se motive y regule sus actos, transformando las consecuencias probables en motivadores cognitivos. Es decir, la persona predice la consecuencia más probable de sus futuras acciones, se plantea metas y planifica sus acciones para futuras situaciones.

La representación que hace una persona sobre algún acontecimiento futuro tiene un papel muy importante en su conducta actual.

Capacidad simbolizadora.

Esta capacidad permite a las personas cambiar y adaptar el entorno para trascender de la propia experiencia sensorial. Es por medio de la capacidad de simbolización que la persona puede tener una representación cognitiva de su entorno y de esta manera practicar de forma simbólica soluciones, generar cursos de acción, otorgar significado, forma y continuidad a las situaciones experimentadas y también anticipar cognitivamente un acontecimiento futuro (Bandura, 1986)



Figura 9. *Autosistema* (Bandura, 1986)

Expectativa.

Dentro de la teoría de autoeficacia desarrollada por Bandura (1997) hay dos conceptos que influyen en la expectativa de una persona ante un acontecimiento.

Expectativa de autoeficacia. Es la percepción que tiene una persona sobre su capacidad para ejecutar de forma exitosa un comportamiento.

Expectativa de resultado. Es la probabilidad percibida de que un comportamiento alcance determinados resultados.

Las expectativas influyen sobre los pensamientos, emociones y conductas de la persona, una persona con pocas expectativas puede presentar sentimientos negativos sobre su capacidad y tiene mayor propensión a presentar una baja autoestima. Si las expectativas son altas posibilitan un incremento de los pensamientos positivos sobre sus capacidades, facilitando la acción. Con relación a la acción, una persona con expectativas altas elige tareas más complicadas, sus objetivos son altos y tiene mayor persistencia.

Las expectativas en conjunto influyen de manera directa en el desarrollo de su vida cotidiana debido a que depende de éstas para elegir actividades, el nivel de esfuerzo, los pensamientos y las emociones que experimente realizando dicha actividad. Desde este punto de vista se puede decir que las expectativas de autoeficacia determinan la realización de una conducta, así como su resultado, es decir, que la autoeficacia se ve implicada tanto en el inicio y los resultados de un comportamiento. Estas expectativas son influenciadas por las creencias sociales y culturales, por la autoestima de la persona, factores ambientales y por el condicionamiento del deseo (Hurtado & Nascimiento, 2010). Cabe mencionar que no son estables, son cogniciones que pueden cambiar y reelaborar con base a la incorporación y procesamiento de información conseguida de observar el comportamiento de otra persona, experiencias directas, persuasión verbal y autopercepción del estado de salud (Villamarín, 1994).

Fuentes de autoeficacia.

Hay cuatro fuentes de donde surgen la autoeficacia de una persona (Bandura, 1995).

Experiencia propia. Son situaciones donde la persona interactúa de manera directa en la acción y el resultado, su éxito o fracaso influye de manera relevante sobre la autoeficacia. Sí el sentido de autoeficacia de una persona no se encuentra bien establecido puede producir cambios muy drásticos. En el caso de que tenga una experiencia exitosa la creencia sobre su capacidad toma fuerza, en cambio, sí fracasa disminuye las creencias sobre sí mismo.

Experiencia indirecta. Asimismo, conocida como experiencia vicaria, se da cuando una persona observa a un sujeto similar a él realizar una conducta. Sí la persona observada consigue el éxito con la conducta realizada, el observador aumentara su nivel de motivación para conseguir el éxito en una situación similar. Por otro lado, sí la persona que es observada fracasa, su nivel de motivación y autoeficacia disminuyen.

Persuasión verbal. Son expresiones ánimo que se dan entre personas para incrementar la confianza en el dominio de algún comportamiento o una tarea específica. La incitación verbal tiene mayor efecto cuando proviene de una persona de confianza o con credibilidad cercana al individuo. Sí una persona alienta a un sujeto sobre sus capacidades la autoeficacia incrementa, pero sí descalifica sus capacidades es probable que disminuya su autoeficacia.

Psicológica y emocional. Estos indicadores son relevantes para afrontar acontecimientos de manera exitosa, ya que las consecuencias emocionales y psicológica ante una situación influyen sobre el nivel de autoeficacia. Desde esta perspectiva el estado emocional depresivo se sustenta en cogniciones, que paralizan la acción de la persona confirmando las negativas expectativas de autoeficacia personal. Por otra parte, los estados emocionalmente positivos tienden a confirmar la sensación de autoeficacia personal, la percepción de las situaciones como una oportunidad para el logro personal, más que como una amenaza al bienestar, y la emoción de alegría y satisfacción que lleva acompañada (Roca, 2002).

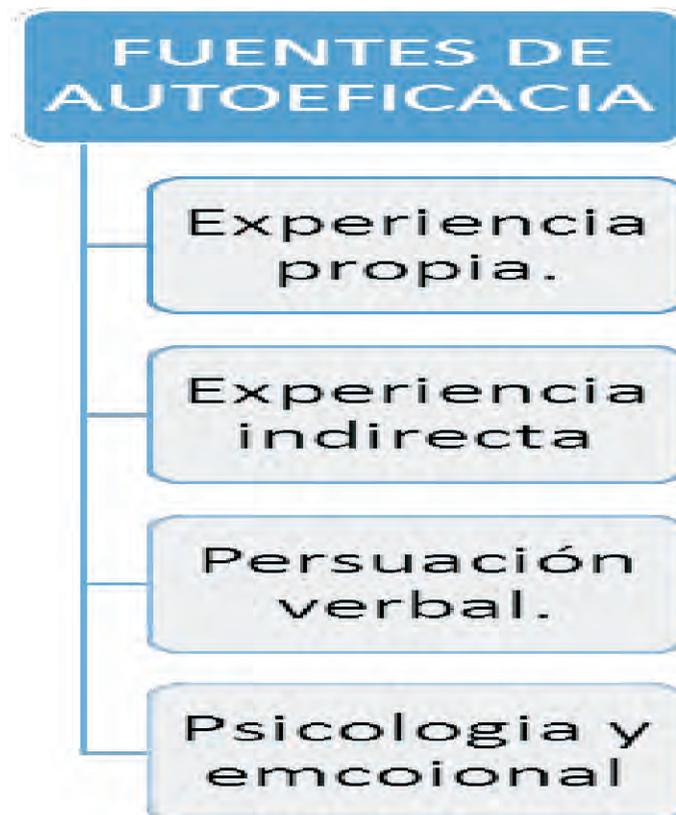


Figura 10. Fuentes de autoeficacia (Bandura, 1995).

Procesos activados por la autoeficacia.

Las creencias sobre las capacidades regularizan el funcionamiento de la persona mediante cuatro procesos básicos: cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos (Bandura, 1999).

Procesos cognitivos.

De forma general toda conducta humana tiene una finalidad, es decir, que la conducta es regulada por el pensamiento que anticipa cada situación incluso las metas deseadas. Los objetivos planteados se ven influidos por las cogniciones sobre las creencias de autoeficacia, una persona con un nivel alto de autoeficacia visualiza escenarios donde alcanza el éxito. Por otra parte, la persona con menos de autoeficacia tiende a visualizar escenarios en los que fracasa y piensan en las cosas que pueden salir mal.

Procesos motivacionales.

La motivación es producto de la cognición. El pensamiento anticipatorio de la persona le permite elaborar creencias sobre sus capacidades, anticipar resultados y dirigir futuras acciones. Esto hace que el sujeto genere metas sobre sí mismo y comience a planificar sus acciones para alcanzar dicho objetivo, lo que implica movilizar sus recursos de voluntad y su nivel de esfuerzo (Bandura, 1999).

Procesos afectivos.

Las creencias sobre las capacidades que tiene una persona para afrontar una situación influyen sobre sus emociones. Si un sujeto cree que no es capaz de manejar una situación, comienzan a percibir el ambiente como amenazante, se preocupan por cosas que no pasan con frecuencia y la consecuencia es un ansiedad, estrés o ira. Pero si la persona cree en sus capacidades para afrontar una situación, las emociones son positivas y facilitan la adaptación.

Procesos de selección.

El estilo de vida que lleva cada persona se ve fuertemente influenciada por las creencias que tiene sobre sus capacidades, es decir, sobre la autoeficacia. Cada sujeto va eligiendo ambientes, objetivos, relaciones y tareas que le parezcan equivalentes a sus creencias que él tiene sobre sus capacidades. Una persona con un nivel alto de autoeficacia elegirá ambientes que le parezcan más exigentes, que impliquen un mayor esfuerzo y compromiso. En cambio, una persona con un nivel de autoeficacia baja preferirá un ambiente donde no se le exija mucho, no tenga que esforzarse, ni comprometerse, es decir, eligen situaciones que no sobresalgan de su alcance (Bandura, 1999).

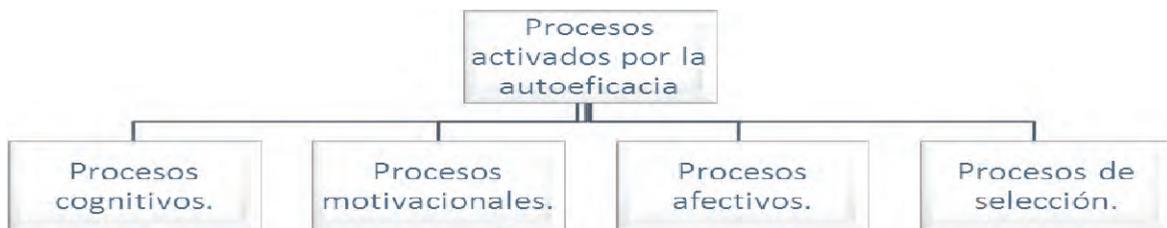


Figura 11. *Procesos activados por la autoeficacia.* (Bandura, 1999).

Autoeficacia - Diabetes.

Las creencias que tiene una persona sobre sus capacidades para afrontar una situación son muy importantes para que se produzca una conducta que facilite o afecte su adaptación al medio ambiente. Los problemas de salud en la actualidad son un acontecimiento de la vida cotidiana, hay un gran número de personas con Diabetes Tipo 2 que necesitan modificar su conducta para disminuir los riesgos de que empeore su condición y aumentar su calidad de vida, es decir, que tengan una mejor adaptación.

La autoeficacia es una variable que influye de manera muy importante para que las personas adopten conductas que promuevan su salud o suspendan conductas que le produzcan un daño físico o psicológico (Bandura, 1997). Hay tres elementos que interactúan cuando un individuo se plantea la posibilidad de practicar una conducta de salud o modificar una conducta no saludable. Los elementos básicamente son creencias, la interacción de estas creencias explican la decisión que toma una persona:

- A)** La creencia sobre si una situación es perjudicial.
- B)** Creencia de que una modificación del comportamiento reducirá la amenaza.
- C)** Creencia sobre la capacidad para adoptar una conducta beneficiosa o dejar de practicar alguna que resulte dañina.

Desde este panorama es importante reconocer que la autoeficacia es un factor que influye en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de la Diabetes Tipo 2. La evidencia científica indica que las personas con un nivel alto de autoeficacia se implican más en el empleo de conductas protectoras y experimentan una mejor recuperación ante las enfermedades (Olivari y Urra, 2007). Las personas que tienen un nivel alto de autoeficacia tienen una mayor probabilidad de iniciar conductas preventivas, cuando son diagnosticadas buscan rápidamente un tratamiento y se mantiene optimista con los resultados del tratamiento. Además, la persona con autoeficacia alta se percibe saludable, se enferma con menor frecuencia, su estado afectivo es más estable, su recuperación es mejor y en menor tiempo.

La relación entre la autoeficacia y las conductas saludables se puede fundamentar en si la persona se percibe capaz de emprender conductas pro-salud. Para que una persona diagnosticada con alguna enfermedad crónica degenerativa pueda mejorar su estado de salud es importante incrementar su nivel de autoeficacia, ya que facilitará la adquisición de nuevos hábitos.

Capítulo III

TERAPIA GRUPAL Y TECNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES.

Utilizando el texto para cumplir la función por la que fue creado, el lector podrá tener una visión de lo que es un grupo, un grupo terapéutico y los beneficios que tiene este tipo de intervención. La intervención grupal ha demostrado mejorar la calidad de vida de aquellas personas que presentan una enfermedad crónico-degenerativa. Es probable que la persona Diabética disminuya las conductas de riesgo e incrementa conductas saludables si se integra a un grupo terapéutico. Ballester (2003) realizó una intervención Grupal Cognitivo Conductual para incrementar la adherencia terapéutica en pacientes con VIH, encontró que la persona después de recibir la intervención tenía menor ansiedad y depresión y había incrementado la adherencia a los fármacos.

El grupo.

El grupo social es necesario para la sobrevivencia de la especie, la persona nace perteneciendo a un grupo y lo experimenta como si se estuviera fuera de su alcance, natural, inevitable, permanente, anterior y superior. Las personas que integran al grupo aprenden comportamientos de forma vicaria, si un integrante con un status alto realiza una conducta y es reforzada por el grupo, es probable que los integrantes produzcan la misma conducta (Bandura & Rivière, 1982). Las personas que integran un grupo experimentan estados emocionales por la relación que mantiene con el líder, con sus compañeros y las relaciones de cada uno de los integrantes con las relaciones entre los demás miembros (Portillo, 2000).

Enfoque psicológico del grupo.

El grupo primario favorece el desarrollo psicológico de los individuos, proveyéndolos del contexto necesario para su desenvolvimiento intelectual y emocional; los individuos actúan de acuerdo con las características del interlocutor y con las características de los grupos a los que pertenece (Munich, 1993). Es más sencillo realizar una modificación conductual dentro de un grupo, si el grupo toma la decisión de cambiar una conducta y así es más probable que la persona modifique dicha conducta. El grupo influye sobre el proceso cognitivo de sus integrantes, regulando la manera en que perciben e interpretan una situación. La integración en los grupos extrafamiliares puede corregir conductas de riesgo adquiridas en el seno familiar.

Terapia Grupal.

La terapia grupal surgió en el siglo XX y se ha extendido por todo el continente para tratar diferentes complicaciones psicológicas (Portillo, 2000). Joseph Pratt fue uno de los primeros psicoterapeutas de grupo, realizó una intervención educativa- inspiracional en personas con Tuberculosis en 1905 (Colli & Lorenxo, 2004).

El grupo terapéutico tiene la función de facilitar la reestructuración de las creencias que se han adquirido en otros grupos y que han provocado conductas de riesgo. Para que estos cambios se den es necesario que el grupo mantenga una realidad condicionada, planificada estrictamente por un psicoterapeuta experto, con entrenamiento adicional en procesos de grupo, que haya un objetivo terapéutico que tiene en cuenta la conveniencia de ese grupo para sus participantes, utilizando la interacción emocional para reparar la salud mental (Cohén,1993). El tamaño del grupo terapéutico adecuado para funcionar sin líder ni reglamentos rígidos sin fragmentarse y que cada miembro reciba una cantidad aceptable de tiempo y atención es de 8 a 12 personas, y si que están organizados en forma cooperativa son más productivos que los competitivos (Yalom, 1995).

Dentro de la terapia grupal los participantes experimentan ciertas modificaciones cognitivas y conductuales que suceden a través de un intercambio de experiencias humanas. Los cambios son producto de los “factores terapéuticos”, estos factores son interdependientes y no suceden ni operan de manera individual.

Factores curativos del grupo.

Para los fines del presente trabajo solamente se revisarán “factores curativos de grupo” de Yalom (1995). Esta lista es la más clara, sistemática y aceptada que existe en la literatura de la terapia grupal (Portillo, 2000). Estos factores son necesarios para producir un cambio en el grupo terapéutico, su aparición depende, en gran medida, de las habilidades del terapeuta.

Infundir Esperanza.

El infundir y mantener la esperanza en los pacientes importante para conseguir el éxito en la psicoterapia. Para optimizar este factor se tiene que incrementar la creencia de los pacientes y la confianza en la eficacia del tratamiento grupal. Se puede dar cuando la persona que integra al grupo se beneficiada al escuchar experiencias exitosas de otras personas con problemas similares, debido a que se sienten inspiradas por aquellas que han recorrido el mismo camino y han encontrado una mejoría en su calidad de vida (Yalom, 1995).

Universalidad.

La mayoría de las personas que se integran a la terapia tienen la idea de ser los únicos que pasan complicaciones en la vida, que solamente ellos tienen pensamientos, impulsos y enfermedades inaceptables. Por esta razón algunos de las personas prefieren un aislamiento, esto les incrementa el sentido de su carácter único.

La persona que se da cuenta de que no es el único que experimentan estas circunstancias beneficia al cambia. Después de escuchar a otros miembros expresar inquietudes parecidas a las suyas, la persona reconoce que no existe acto o pensamiento humano que sea completamente fuera de la experiencia de otra persona. Con pocas excepciones, la persona expresa un gran alivio al percatarse que otros comparten dilemas y experiencias vitales similares a las de él. Conforme los integrantes identifican sus similitudes y comparten sus preocupaciones se benefician de la catarsis (Yalom, 1995).

Información participada.

Puede ser una clase psicoeducativa sobre la salud mental, salud física, el consejo, las sugerencias, o la guía directa, tanto del terapeuta como de los integrantes del grupo. Algunos grupos de autoayuda trabajan con la información participada, motivan al intercambio de información entre los miembros y por lo general invitan a expertos en el tema para hablarle al grupo, se da una instrucción completa sobre la naturaleza de su situación, y examinando las ideas falsas y sus conductas de riesgo. La persona que conoce la forma en que se compone una situación tiene mayor capacidad para controlarla, el control que brinda el conocimiento reduce los niveles de ansiedad (Yalom, 1995)

Altruismo.

En el grupo terapéutico la persona recibe lo mismo que da, al comenzar la terapia grupal la persona puede pensar que no tiene nada que ofrecer a los demás integrantes, debido a que se considera una carga, y la experiencia de percibirse importante para el grupo incrementa su autoestima. Por esta razón es que la persona que se encuentra en el grupo debe percibirse importante y útil (Yalom, 1995). El grupo orienta a los integrantes para practicar el altruismo, Frank (1994) define el altruismo como un fenómeno que se produce cuando la persona ha pasado por encima de ella misma, cuando se ha olvidado de ella y se encuentra absorta en algo o alguien fuera de ella misma.

La recapitulación correctiva del grupo familiar.

Con mayor frecuencia la persona que se integra al grupo ha experimentado una insatisfacción con su primer y más importante grupo: la familia primaria. El grupo funciona de una manera muy similar a la familia, hay figuras de autoridad, iguales, emociones, hostilidad, sentimientos de competencia, y una profunda intimidad (Yalom, 1995). Cuando la persona revive algún conflicto familiar dentro del grupo, puede observar el comportamiento que produce en una situación específica. La revaloración del comportamiento permite que se pueda modificar por un comportamiento más adaptativo.

Desarrollo de técnicas de socialización.

Durante el proceso de la terapia grupal la persona desarrolla habilidades sociales. El grupo representa una oportunidad para una interacción social acertada. Frecuentemente, después de cumplir un periodo de tiempo largo dentro de la terapia, la persona ha aprendido a poner atención e interés por los demás; ha adquirido herramientas para resolver una situación; se vuelve menos críticos y es capaz de experimentar y expresar de manera correcta su empatía. Estas habilidades y herramientas que aprende y desarrolla en la terapia grupal, las puede aplicar en futuras interrelaciones y tener relaciones sociales satisfactorias (Yalom, 1995).

Las conductas imitativas.

Cada persona que se integra a un grupo terapéutico tiene un repertorio de conductas que ha adquirido con base a la experiencia. La interacción grupal de las sesiones permite que la persona imite los diferentes repertorios conductuales de cada integrante e incluso del terapeuta. Dentro de la terapia se da el aprendizaje vicario o de espectador, este aprendizaje se da cuando la persona se beneficia de la observación de la terapia de otro integrante del grupo con una constelación problemática similar, este beneficio se debe a que comienza a imitar aquellos comportamientos que le pueden ayudar a resolver algún conflicto de manera exitosa, permitiendo experimentar con una nueva conducta, lo que a su vez puede comenzar un espiral adaptativo.

Catarsis.

La catarsis es un elemento muy importante para que la persona alcance el bienestar, pero en realidad la catarsis no es suficiente. Durante el transcurso de la vida, la persona puede enfrentarse a situaciones que le provoquen un estado emocional demasiado intenso, pero estas emociones intensas en muchas ocasiones no producen un cambio en el comportamiento. La catarsis favorece a la cohesión grupal, la persona que expresa emociones fuertes hacia los demás participantes y actúa de manera honesta con estas emociones desarrolla vínculos muchos más íntimos entre sí. La intensidad de la expresión emocional es muy relativa y por esta razón no debe ser valorada desde la perspectiva del terapeuta, sino desde el marco de experiencias de la persona (Yalom, 1995).

Factores existenciales.

Los factores existenciales son significativos para alcanzar el éxito terapéutico, debido a que pueden favorecer que la persona produzca conductas más adaptativas. Para que estas conductas se puedan dar, la persona debe de reconocer que no importa qué tan cercano se encuentre de otra persona, solamente él puede afrontar la vida cotidiana y la muerte. La persona que reconoce que ella misma es responsable de su estilo de vida y no es destino, produce conductas más responsables. Además, al comprender la existencia de la soledad permite que la persona disfrute la compañía de otras personas en su proceso de vida (Yalom, 1995).

Cohesión de grupo.

El éxito terapéutico del grupo depende, en gran medida, de la relación que tengan los integrantes, esta relación permite que el terapeuta tenga mejor o peor conducción terapéutica. Por esta razón es recomendable que los integrantes mantengan una relación caracterizada por la confianza, la amabilidad, la aceptación y la empatía.

Los grupos con mayor nivel de cohesión valoran al grupo, lo regulan ante amenazas externas e internas, tienen mayor tasa de asistencia, participación y apoyo entre sus integrantes. La persona que pertenece a un grupo cohesivo experimenta cordialidad y consuelo por parte del grupo, valoran al grupo y se sienten valorados, aceptados y apoyados incondicionalmente por los otros integrantes. Los cambios terapéuticos se mantienen y se consolidan después de un periodo largo de tiempo después de haber finalizado las terapias, debido a que los pacientes interiorizan al grupo. Conforme la cohesión aumenta, los integrantes son capaces de comprender el mundo de experiencias del otro, pasado y presente; permitiéndoles aceptar partes de sí mismo que hasta el momento les eran desconocidas, pero que ha visto en el otro (Yalom, 1995).

Aprendizaje Interpersonal.

El ser humano nace y desarrolla dentro de grupos sociales; la interrelación que mantiene con los demás integrantes es intensa y persistente. Esta interacción va conformando la personalidad de la persona. Sullivan (2013) menciona que la personalidad se desarrolla en el grupo, debido a que la persona tiene el concepto de sí misma tomando como base una evaluación perceptiva de las personas que son muy significativas y piensa que todo desorden mental es producido por las relaciones interpersonales, y que el tratamiento debe consistir en la corrección de las distorsiones de las relaciones.

El grupo como microcosmos.

Si el grupo se lleva de una manera en que todos los integrantes se pueden comportar sin reservas, de manera natural exhibirán frente al grupo su patología de una forma más viva, mucho más real. La participación libre que se da dentro del grupo facilita la creación de un microcosmos social, la persona mostrará automática e inevitablemente su comportamiento interpersonal ante el grupo.

Este factor curativo es muy importante para alcanzar el objetivo terapéutico, debido a que permite que aparezca el estilo interpersonal que tiene la persona facilitando que el terapeuta lo identifique y comience a trabajar en los cambios personales (Yalom, 1995).



Figura 12. Factores curativos del grupo. (Yalom, 1995).

Los beneficios que se consiguen con ayuda de los factores curativos del grupo no son suficientes para mejorar el estado de salud de una persona con Diabetes Tipo 2. Un estudio demostró que la persona con Hipertensión Arterial que recibe terapia cognitivo conductual tiene mayor control sobre su estado de salud (Arrivillaga et al., 2007). Considerando la investigación anterior y los factores curativos del grupo, se puede pensar que trabajar con los pensamientos, las emociones y las conductas de un grupo de personas con Diabetes Tipo 2 incrementan la posibilidad de que se adhieran al tratamiento y mejoren su calidad de vida. Por esta razón, en el presente apartado se revisará la teoría cognitivo conductual y algunas técnicas que pueden integrarse en la terapia grupal.

Fundamentos teóricos de la terapia cognitivo conductual.

Los trabajos de Watson, Pávlov, Thorndike y Skinner fueron la base para cambiar el estudio de la introspección por los del aprendizaje y la modificación de la conducta. En los años sesenta surgen en el ámbito psicológico conceptos como expectativa, predicciones, atribuciones causales, o autorregulación, que se pertenecían al conductismo. La psicología básica y experimental comenzó a pensar que la conducta y las emociones estaban determinadas por la cognición; se consideraba que las causas de la conducta normal o anormal no se encontraban en la consciencia (Anguiano et al., 2013)

Existen diferentes definiciones sobre cognición, se puede definir como la representación de un suceso presente, pasado o futuro que contiene uno, dos o tres componentes: A) Descriptivo y referencial, B) emocional y C) Calificativo de los eventos. Por esta razón, el juicio descriptivo es una cognición, una atribución causal es una cognición, una emoción “estoy alegre” es una cognición. El juicio describe, las atribuciones califican y las emociones forman descripciones y afirmaciones del estado interno (Rentería, 2008). Beck (1983) define la cognición como un pensamiento del que uno puede o no ser consciente, a no ser que le preste atención [...] una valoración de situaciones hecha desde cualquier perspectiva temporal.

Durante la década de los 60's surge la “Teoría del Aprendizaje Social” de Bandura, esta sostiene que no sólo las contingencias ambientales influyen sobre la conducta de las personas, sino que también las personas pueden influirse contingentemente a sí mismos y a los demás (Anguiano et al., 2013). Para los años 70 tomando como base el trabajo de Vygotsky que describió cómo los niños se hablaban a sí mismos cuando llevaban acabo una tarea, dándose instrucciones y conforme iban creciendo estos diálogos se internalizan. Se desarrolló la teoría de modificación cognitivo- conductual, la cual tiene como objetivo entrenar a la persona a identificar la conducta, pensar en ella y cambiarla para luego reconstruir el dialogo interno, que es el regulador indispensable de la conducta (Thomas, 2000).

Estos trabajos permitieron que se desarrollaran las terapias cognitivo-conductuales con la finalidad de disponer de ese esquema para orientar el trabajo. Estas terapias fundamentan que los trastornos conductuales y emocionales son parte de un mal funcionamiento en los procesos cognitivos y su meta es enseñar habilidades cognitivas específicas para que pueda emitir conductas diferentes y modificar su pensamiento (Anguiano et al., 2013).

La terapia cognitivo conductual pone mucho interés sobre lo que piensa y percibe la persona sobre sí misma, el mundo y el futuro, ya que estos pensamientos tienen una consecuencia emocional y conductual. Los principios básicos de la terapia cognitivo conductual según algunos autores (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Ellis & Russel, 1981; Caballo, 1991; Mahoney, 1997; Kleinke, 1998; Caro, 2000) son:

- 1) Los sujetos no son simples receptores de estímulos ambientales, sino que construyen de manera activa su realidad.
- 2) La cognición afecta a las emociones y a la conducta, y viceversa.
- 3) Los sujetos pueden acceder a sus cogniciones.
- 4) La modificación del procesamiento cognitivo de la información es fundamental en el proceso de cambio.

Terapia de reestructuración cognitiva.

Las Terapias de reestructuración cognitiva surgen del psicoanálisis, se caracterizan por darle una gran importancia a las creencias que tiene la persona. Fundamenta que las perturbaciones emocionales pueden ser causa de interpretaciones que las personas hacen de situaciones cotidianas. El objetivo de esta terapia es fomentar estrategias para verificar la racionalidad o la validez de las creencias que tiene la persona de la realidad (Anguiano et al., 2013).

Ellis (1981) y Beck (1983) coinciden en que los principios básicos de la terapia de reestructuración cognitiva son:

- A) La manera en que las personas perciben y estructuran su mundo es el que determina sus emociones y su conducta.
- B) Hay que modificar los patrones erróneos de pensamiento y las actitudes que subyacen a estas cogniciones.
- C) La persona tiene un papel activo dentro de la terapia.
- D) La terapia tiene que capacitar a la persona para enfrentar por sí mismo situaciones de manera más saludable y funcional.
- E) Se trabaja en presente.
- F) Se enfoca directamente a la situación problema.
- G) En la mayoría de los casos no es necesario indagar sobre el origen del problema para lograr los objetivos.
- H) El terapeuta y la persona colaboran activamente durante el proceso de cambio.
- I) Durante el proceso la persona tiene que realizar tarea entre las sesiones.
- J) Si la persona realiza las tareas acordadas, el proceso es más breve.
- K) Son terapias breves que logran cambios perdurables.
- L) La persona aprende a resolver futuros problemas con sus propios medios, sin recurrir a la terapia.

Existen diferentes terapias de reestructuración cognitiva, pero por motivos del presente trabajo solamente se revisará la Terapia Racional Emotivo Conductual. Esta terapia trabaja con el pensamiento de las personas para mejorar su estado emocional y modificar las conductas.

Terapia Racional Emotiva Conductual.

Se estima que más de 50 por ciento de pacientes revisados por médicos presentan algún trastorno emocional que no procede directamente de una enfermedad fisiológica, la mayoría de las complicaciones y exacerbaciones de las enfermedades proceden de reacciones emocionales a situaciones que se producen en el curso cotidiano de la vida (Ellis, 2005).

La persona enferma experimenta cambios psicológicos de diferente intensidad, en algunas ocasiones estos cambios psicológicos son más importantes que la propia enfermedad, y con frecuencia motivan a los pacientes para buscar un tratamiento médico. En algunas ocasiones los pacientes se encuentran más asustados que enfermos.

La Terapia Racional Emotiva Conductual puede ser utilizada para aliviar los trastornos emocionales que se relacionan con problemas de salud, es una intervención psicológica para sentimientos intensos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración (Ellis, 2005). En apartados anteriores se revisó la relación que tiene la Diabetes Tipo 2 con algunos factores psicológicos tales como: estrés, ansiedad y depresión. Estos factores psicológicos sí son tratados adecuadamente pueden mejorar la adherencia al tratamiento y evitar las complicaciones. Por esta razón el presente trabajo considera que aplicar la Terapia Racional Emotivo Conductual ayuda a la persona para comprender y reducir las dificultades emocionales que el paciente experimenta.

La Terapia Racional Emotiva Conductual establece que la mayoría de los desórdenes psicológicos que presentan las personas se fundamentan en sus ideas irracionales de pensamiento. Albert Ellis desarrolló esta terapia; la suposición bajo la cual argumenta su trabajo es que lo que un individuo se dice así mismo influye en la manera en la que se siente y se comporta; las cogniciones, las emociones y las conductas no se experimentan de manera aislada, sino que se encuentran interrelacionadas. La manera en que la persona percibe una situación tiene una consecuencia emocional y conductual, producto de las creencias que tiene sobre la realidad (Anguiano et al., 2013).

La Terapia Racional Emotiva Conductual se enfoca en modificar las creencias irracionales que tiene la persona sobre sí misma, el ambiente, otra persona y sobre el mundo en general (Thomas, 2000). Esta reestructuración cognitiva se logra por el entrenamiento que recibe la persona para poder identificar las creencias irracionales que tiene en su discurso interno, para después modificar la creencia irracional por una racional.

Las creencias de las personas pueden ser racionales o irracionales. Si las interpretaciones o creencias de los individuos son ilógicas, poco empíricas y dificultan el logro de una meta, son irracionales, lo cual no significa que la persona no razone, sino que su razonamiento es malo y llegan a conclusiones erróneas. Si las interpretaciones o inferencias están basadas en datos empíricos y en una secuencia lógica entre premisas y conclusiones, las creencias son racionales (Lega, Caballo & Ellis, 2002).

Ellis (1981) menciona que “la irracionalidad es cualquier pensamiento, emoción o comportamiento, que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que se interfiere de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo”. Este mismo psicólogo mencionaba que la base principal de los trastornos psicológicos es la evaluación irracional que realiza la persona sobre el mundo, los demás y sobre sí mismo. Las emociones negativas pueden ser divididas en inapropiadas y apropiadas. Las emociones apropiadas son racionales, no llevan a las personas a destruirse o herirse a sí mismo o a otros, se relacionan con pérdidas reales, las personas que las experimentan pueden actuar mejor en un futuro y se derivan de preferencias. En cambio, las inapropiadas suelen ser exageradas y desproporcionadas a la situación activadora, estas emociones inapropiadas son producto de exigencias absolutistas y rígidas (Lega, Caballo & Ellis, 2002).

PENSAMIENTOS IRRACIONALES	PENSAMIENTOS RACIONALES.
1. Es horrible, espantoso.	1. Es un contratiempo, una contrariedad.
2. No puedo soportarlo.	2. Puedo tolerar lo que no me gusta.
3. Soy una estúpida.	3. Mi comportamiento fue estúpido.
4. Es un(a) imbécil.	4. No es perfecto (a).
5. Esto no debería ocurrir.	5. Esto ocurre porque es parte de la vida.
6. No tiene derecho.	6. Tiene derecho a hacer lo que le parezca.
7. Debo ser condenado.	7. Fue mi culpa y merece sanción, pero no condenada.
8. Necesito que el (ella) haga eso.	8. Quiero, prefiero, deseo que él (ella) haga eso, pero no necesariamente.
9. Todo sale siempre mal.	9. A veces, tal vez frecuentemente, las cosas salen mal.
10. Cada vez que ensayo, fallo.	10. a veces fracaso.
11. Nada funciona.	11. Las cosas fallan con más frecuencia de lo que desearía.
12. Esto es toda la vida.	12. Esto es parte muy importante de mi vida.
13. Esto debería ser más fácil.	13. Desearía que fuese más fácil, pero, lo que me conviene es difícil de lograr.
14. Debería de haberlo hecho mejor.	14. Preferiría haberlo hecho mejor, pero hice lo que pude.
15. Soy un fracaso.	15. Soy una persona que a veces fracasa.

Figura 13. Lista con diferentes pensamientos irracionales y racionales (Lega, Caballo & Ellis, 2002).

La relación que tiene el pensamiento con las emociones y conducta se comprende mejor si se conoce el Modelo ABC de la Terapia Racional Emotiva. Este modelo divide el comportamiento de la persona en situación, pensamiento y consecuencia (emocional/conductual).

MODELO A-B-C.

El modelo ABC permite conceptualizar los problemas psicológicos, funciona de la siguiente forma. **A** es un acontecimiento, situación, un suceso real y externo que se le presenta a la persona. La persona interpreta (con base a sus creencias) dicho acontecimiento, este discurso interno son el elemento **B**. El sistema de creencias da lugar a que aparezca el elemento **C**, que es la consecuencia emocional o conductual. Se puede pensar que **A** activa **C** pero en realidad **B** es quien activa **C**. El modelo ABC utiliza el método de refutación, cuestionamiento o debate, para reemplazar una creencia irracional por una racional. La persona comienza a utilizar el método científico para determinar la validez de sus creencias, la finalidad es que la persona experimente una nueva manera de valorar los eventos, dando lugar a nuevas emociones y conductas (Olivares & Méndez, 1998).

ACONTECIMIENTOS ACTIVADORES: A

Son situaciones que le ocurren a las personas de manera cotidiana, pero en algunas ocasiones pueden percibirse como perturbadores. El suceso contiene tres elementos, qué sucedió, cómo percibe la persona lo que sucedió y cómo evaluó lo sucedido. Los primeros dos elementos pertenecen al elemento activador y el último se relaciona con el sistema de creencias de la persona. Se tiene que diferenciar entre la realidad objetiva y la percibida. La objetiva se ajusta al consenso social de la situación, en cambio, la percibida es la realidad que describe una persona como supuestamente cree que es (Anguiano et al., 2013).

LAS CREENCIAS: B

La creencia es formada por el aprendizaje, influye de manera directa en las emociones y la conducta de la persona. Se espera que una persona con creencias irracionales no tenga buena adaptación al ambiente, mientras tanto una persona con creencias racionales podrá afrontar de manera exitosa las demandas del medio en el que se desenvuelve.

Se puede discriminar una creencia irracional buscando los “debería” y los “tendría que”, ya que se implican en una filosofía absolutista y exigente. Estas palabras se vuelven un verdadero problema cuando representan un imperativo, es decir “tiene que” ocurrir obligatoriamente un acontecimiento (Anguiano et al., 2013).

CONSECUENCIA: C

La letra C corresponde al estado emocional y la conducta que surgen por el tipo de pensamiento que tiene la persona sobre una determinada situación. Las consecuencias emocionales y conductuales son habitualmente la razón por la cual la persona se puede percatar de que tiene un problema. Por esta razón es que trabajar con las emociones y la conducta implica una modificación de pensamiento.

Hasta el momento se han revisado los fundamentos teóricos de la teoría cognitivo conductual, los puntos básicos de la Terapia de Reestructuración Cognitiva, la Terapia Racional Emotivo Conductual y el Modelo ABC. A continuación, se revisará la técnica que debe seguir el terapeuta para aplicar la Terapia Racional Emotiva Conductual.

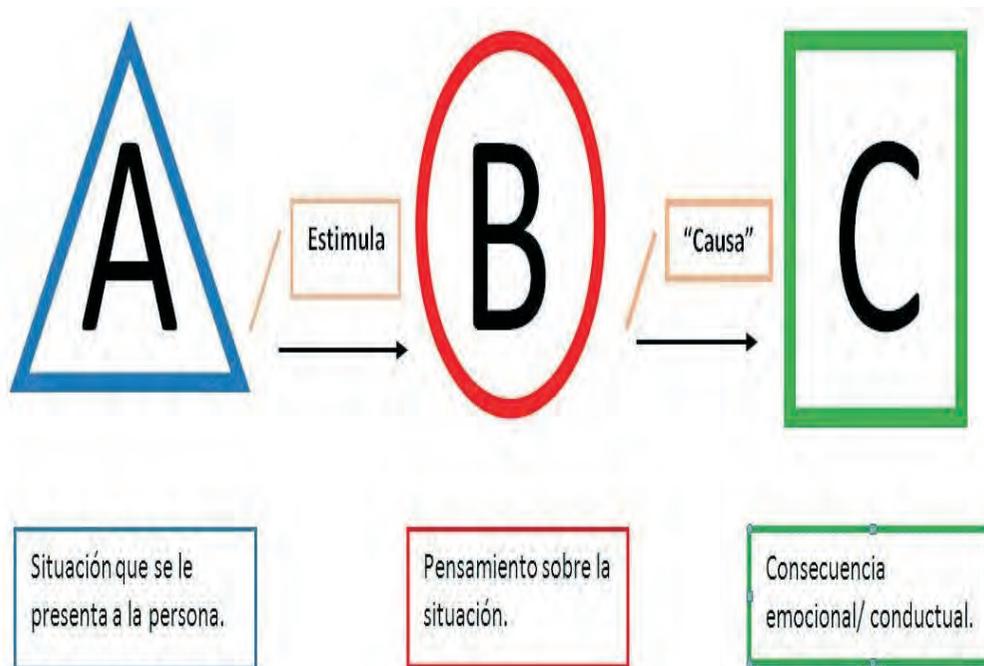


Figura 14. Modelo ABC de Albert Ellis.

Técnica de la Terapia Racional Emotiva Conductual.

El procedimiento que debe de seguir el terapeuta al aplicar la Técnica de la Terapia Racional Emotivo Conductual se divide en las siguientes fases (Lega, Caballo & Ellis, 2002; Olivares & Méndez, 1998).

Fase 1. Presentación al paciente de la filosofía de la TREC.

Durante esta fase se le informa a la persona de los supuestos que explican el origen y desarrollo de su problema, especificando el papel que juegan los pensamientos irracionales (modelo ABC). La intención es que el paciente entienda su esquema conceptual, identifique, y cuestione sus pensamientos irracionales y modificarlos por otros más funcionales. Es decir que pueda comprender que los acontecimientos externos influyen en el génesis de los sentimientos negativos, pero no los causa directamente, sino el principal factor que influye en su trastorno son las ideas irracionales.

Fase 2. Identificación de los pensamientos irracionales.

En esta fase hay un entrenamiento en discriminación, observación sistemática y evaluación lógica-empírica de las autodeclaraciones del paciente. La intención es que la persona identifique los “debería” o “tiene que ser”, que experimenta ante una situación activadora y también la persona comienza a reconocer la existencia de las creencias irracionales más comunes (Anguiano et al., 2013).

Fase 3. Discusión.

En esta parte del proceso se persuade a la persona sobre la irracionalidad de sus creencias, se intenta que adopte creencias racionales y se refuerzan los cambios observados. La persona aprende a distinguir entre pensamiento lógico e ilógico, alternativas racionales de pensamiento y también se puede seguir un enfoque socrático, es decir, guiar a la persona a través de preguntas para que se dé cuenta de sus creencias irracionales. (Anguiano et al., 2013). Básicamente se trata de hacer preguntas al paciente, pero también pueden incluirse breves explicaciones para corregir un punto de vista.



Figura 14. Fases de la TREC.

La Terapia Racional Emotivo Conductual puede incrementar la adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Tipo 2 modificando los pensamientos irracionales que tenga sobre su estado de salud. Hacer que la persona enferma tenga un pensamiento racional, permitirá que produzca conductas saludables y su estado emocional se mantenga estable, disminuyendo las posibilidades de presentar las complicaciones relacionadas con la enfermedad.

La finalidad del presente trabajo es incrementar el comportamiento saludable de una persona con Diabetes Tipo 2, esta modificación se puede realizar con ayuda de las diferentes terapias cognitivo conductual. En este apartado se revisará el manejo de contingencias debido a que los resultados que tiene sobre la modificación conductual pueden favorecer al estado de salud de la persona con Diabetes Tipo 2. El manejo de contingencias ha resultado ser una gran herramienta para disminuir o lograr la abstinencia de personas consumidoras de cannabis (Lomba & Durán, 2017). Si este tipo de intervención ha obtenido buenos resultados en personas con dependencia a una sustancia psicoactiva probablemente se obtengan mejores resultados en personas con Diabetes Tipo 2 que necesitan eliminar sus conductas de riesgo.

Manejo de contingencias.

En el manejo de contingencias se utilizan diferentes técnicas operantes que surgen de la teoría de condicionamiento operante de Skinner (1979). El manejo de contingencias consiste en aplicar reforzadores a las respuestas que se desea incrementar o disminuir. Por ejemplo: cuando una respuesta se presenta y es reforzada, incrementa la posibilidad de que ocurra la misma respuesta ante una situación similar.

El manejo de contingencias se emplea para modificar el comportamiento de la persona; ya sea que adquiera una conducta, emita una conducta deseable un mayor número de veces y

eliminar o disminuir una conducta (Anguiano et al., 2013). Este tipo de terapia se puede utilizar en personas con Diabetes Tipo 2 para incrementar su adherencia al tratamiento, porque permitiría eliminar las conductas de riesgo e incrementar las conductas saludables.

Para comprender mejor el manejo de contingencias se debe conocer los conceptos principales y tomar en consideración sus características.

Conducta. Es la relación que hay entre el organismo y su medio. Básicamente es la forma de actuar, pensar y relacionarse de una persona con su medio.

Reforzador. Es un estímulo que puede ser aplicado de manera inmediata a una respuesta para aumentar su probabilidad de ocurrencia. Hay diferentes reforzadores unos son positivos y otros negativos. Los positivos se caracterizan porque la conducta produce la aparición de un reforzador y, por consiguiente, incrementa dicha conducta. Con relación al reforzamiento negativo, la conducta permite que la persona evite el reforzador, como resultado la conducta de evitación aumenta (Anguiano et al., 2013).

Reforzamiento. Es un proceso por el cual los reforzadores positivos y negativos, son aplicados para fortalecer una conducta. La forma más efectiva para incrementar la conducta es cuando el reforzador aparece inmediatamente después de que ocurre la conducta.

Extinción. Es el retiro de consecuencias que son reforzadores de una conducta, el efecto es la disminución o la eliminación de ésta. Es decir, que cuando la conducta deja de reforzarse, su probabilidad disminuye. Este proceso es gradual y se recomienda que paralelamente haya un reforzamiento de las conductas deseables (Liberman, 1990).

Castigo. Es un estímulo que aparece inmediatamente cuando hay una conducta que se desea debilitar o interrumpir, al igual que el reforzamiento, hay castigo positivo y negativo. El positivo consiste en presentar un estímulo aversivo enseguida que se produce una conducta indeseable. El castigo negativo consiste en quitar un estímulo reforzante con la intención de que conducta desaparezca (Rinn & Markle, 2000),

Moldeamiento.

El moldeamiento tal vez sea uno de los principales procedimientos de manejo de contingencias. Para moldear la conducta de una persona se debe trabajar de forma gradual hasta alcanzar un objetivo, reforzando cada que hay un avance hacia la conducta meta. Por lo general esta técnica se aplica para desarrollar una conducta que la persona no tiene en su repertorio. Para su aplicación, se debe considerar las conductas disponibles en el repertorio de la persona e ir moldeándolas paso a paso hasta que se asemejen más a las a la conducta que se desea establecer (Anguiano et al., 2013). El procedimiento de moldeamiento consiste en reforzar las conductas seleccionadas que se aproximan a la meta e ignorar aquellas que se alejan (Liberman, 1990).

Al iniciar el moldeamiento se debe considerar que no habrá un progreso muy grande, por ello, es muy importante dividir la conducta meta en pasos aproximados, concretos y pequeños. Las aproximaciones de la conducta se refuerzan inmediatamente después de que ocurre, es relevante no reforzar durante un periodo largo de tiempo porque se pueden establecer y dificultar el siguiente paso. Tampoco se debe pasar de un paso a otro con demasiada rapidez, ya que la conducta puede extinguirse y es necesario empezar desde un paso más sencillo. (Anguiano et al., 2013). Cuando la conducta meta u objetivo ya se ha establecido, el recordador se aplicará de manera ocasional o intermitente. Aplicar estos reforzamientos conduce a la adquisición de una conducta que se mantendrá en un periodo mayor de tiempo y tendrá más resistencia a la extinción (Liberman, 1990).

Modelamiento.

La mayoría de las conductas que adquiere una persona no son por moldeamiento, sino por aprendizaje observacional o aprendizaje vicario (Bandura, 1970). Si la persona observa que el modelo recibe un reforzador después de producir una conducta, es probable que imite dicha conducta. En cambio, si el modelo recibe un castigo es difícil que el observador lo imite.

Para que se facilite el aprendizaje vicario el modelo debe tener un nivel de prestigio para el observador, las personas con mayor estatus social son mucho más imitadas que las de un estatus bajo, la similitud que hay entre el modelo y el observador, y el hecho de que el observador tenga conductas similares al modelo en su repertorio de respuestas (Anguiano et al., 2013).

Es fundamental que el observador pueda practicar la conducta modelada inmediatamente después de observar al modelo (Liberman, 1990). Dentro del ejercicio terapéutico, el paciente debe de realizar la conducta que el terapeuta le ha modelado, es decir, que lleve a cabo la conducta en una situación simulada, las veces que sean necesarias para que la haga adecuadamente mientras el terapeuta informa de sus aciertos y sus errores. Para que la conducta adquirida por aprendizaje vicario se mantenga, depende en gran medida el reforzador que recibe la conducta imitada.

La terapia de solución de problemas ha tenido resultados exitosos para mejorar la adherencia y disminuir la deserción de un programa para la reducción de peso en adolescentes con obesidad (Rodríguez et al., 2014). Esta terapia también puede aplicarse en personas con depresión, ansiedad, problemas conyugales, familiares y enfermedades crónicas. (Anguiano et al., 2013).

Por motivos del presente trabajo solamente se revisará los fundamentos teóricos y la técnica de esta terapia, ya que se considera que su aplicación en personas con Diabetes Tipo 2 posibilitará la adherencia al tratamiento.

Solución de problemas.

Desde la perspectiva de esta terapia, la conducta desadaptada de las personas se debe a la deficiente habilidad que tienen para afrontar de manera exitosa una situación, más que a un problema intrapsíquico. Algunos trabajos reafirman esta idea, por ejemplo: Lazarus y Falkmon (1984) consideran que el estrés se debe a una interacción entre los factores ambientales y las variables de cada sujeto, es decir, que se produce estrés por la poca habilidad que tiene la persona para afrontar una situación. Por lo general los problemas cotidianos se consideran eventos estresantes y producen diversas emociones que a su vez influyen en el proceso de

solución de problemas (Anguiano et al., 2013). Por esta razón la adquisición de habilidades de afrontar de manera exitosa las demandas de una situación se considera un factor esencial para la disminución de los niveles de estrés (Becoña, 1998). Sí la persona aumenta sus habilidades podrá afrontar situaciones estresantes y así evitar el desarrollo de ansiedad o depresión (Calero, Luna, Vera & González, 2001).

Fundamentos teóricos.

En la teoría de la solución de problemas hay tres conceptos básicos: solución de problemas, problema y solución (D' Zurilla & Nezu, 2001).

Solución de problemas.

La solución de problemas se puede entender como un proceso cognitivo- conductual por medio del cual la persona intenta descubrir soluciones que le permitan adaptarse a problemas de la vida cotidiana. También puede definirse como un proceso por el cual la persona comprende la naturaleza de los problemas cotidianos y se esfuerza por alterar la naturaleza problemática de la situación, sus reacciones ante el estrés o ambas a la vez (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1999).

Problema.

Un problema es cualquier situación que demanda una respuesta efectiva inmediata evidente o disponible para la persona, debido a presencia de algunos obstáculos (D' Zurilla & Nezu, 2001). El problema puede corresponder a un evento único, una serie de eventos similares o relacionados o ser una situación crónica.

Solución.

La solución es una respuesta específica a una situación, producto de un proceso de solución de problemas. La solución efectiva consigue la meta propuesta en el proceso de solución de problemas y además incrementa las consecuencias positivas y disminuye las negativas (Anguiano et al., 2013).

Los programas de resolución de problemas asumen que las situaciones problemáticas a las cuales se enfrenta una persona se ven determinados por los procesos de orientación al problema y la solución de problemas.

Orientación al problema.

La primera es la orientación al problema, son procesos dirigidos para reconocer el problema cuando éste ocurre en la vida de un sujeto. Son un conjunto estable de esquemas cognitivo-emocionales que representan la visión del mundo de una persona con respecto a una situación (D' Zurilla & Nezu, 2001; Nezu, Nezu & Lombardo, 2006). *Las variables que se ven involucradas en la orientación al problema son (D' Zurilla & Nezu, 2001):*

- A)** La percepción del problema (facilidad para reconocer un problema).
- B)** La atribución del problema (creencias que una persona tiene con respecto a la causa de los problemas).
- C)** La evaluación del problema (valoración que se hace sobre el significado del problema para el bienestar propio y social).
- D)** El control percibido (la creencia de ser competente para resolver una situación y la expectativa de resultado).
- E)** La valoración de tiempo-esfuerzo (probabilidad de estimar con precisión el tiempo que le llevará resolver un problema y el esfuerzo necesario).

El entrenamiento de en la orientación al problema puede ayudar a la persona para identificar problemas en la vida cotidiana, minimizar que las emociones y pensamientos negativos influyan en el proceso de solución de problemas, permitir que la persona adquiera otra perspectiva filosófica sobre los problemas y facilitar la expectativa de afrontamiento exitoso e inhibir la tendencia reaccionar impulsivamente o a evitar enfrentar los problemas (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1999).

La solución de problemas.

El segundo proceso que se relaciona con los resultados de la solución de problema es la solución que se aplica para un determinado problema. Existen cuatro habilidades que son consideradas como operaciones cognitivas y conductuales que capacitan a la persona para afrontar de manera más efectiva un problema (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

- 1) Definición y formulación de problema.
- 2) Generación de alternativas de solución.
- 3) Toma de decisiones.
- 4) Ejecución de la solución y verificación.

Características de la técnica.

La terapia de resolución de problemas tiene la finalidad de (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1999):

- A)** La persona pueda reconocer la situación de la vida previa y actual, que le provocan un incremento del desajuste emocional y conductual.
- B)** Disminuir la frecuencia con la que aparecen las emociones maladaptativas, debido a que influyen de manera negativa en los intentos por solucionar un problema.
- C)** Aumentar la efectividad de los intentos para resolver un problema actual.
- D)** La persona debe de aprender habilidades que le funcionen para resolver de manera efectiva problemas futuros.

La solución de problemas está conformado por diferentes fases, cada una estas tienen sus características y su procedimiento. El plan de entrenamiento en solución de problemas se puede dividir en los siguientes puntos:

1) Explicación del tratamiento.

El objetivo principal que tiene esta fase es fortalecer en la persona la idea de que solucionar una situación conflictiva puede ser una habilidad importante para afrontar situaciones problemáticas que necesitan un entrenamiento eficaz.

2) Orientación al problema.

Durante esta fase se pretende hacer que el sujeto acepte que en la vida cotidiana hay problemas y que hay manera de afrontarlos de forma exitosa. Las metas específicas que tiene esta fase son: Incrementar la sensibilidad de la persona hacia los problemas, decidir si la terapia de resolución en problemas le es útil, maximizar los esfuerzos y constancia de la persona para resolver el problema, y minimizar los estados emocionales negativos e incrementar los facilitadores (D´Zurilla, 1993).

3) Emociones y solución de problemas.

La meta es que la persona pueda identificar el papel que tienen las emociones en el proceso de solución de problemas, producir estrategias para utilizar las emociones para facilitar la solución y aplicar estrategias de afrontamiento para el control de las emociones destructivas. (D´Zurilla, 1993).

4) Definición y formulación del problema.

Esta fase implica el establecimiento de la naturaleza del problema y el planteamiento de metas realistas. Se organiza la información basada en hechos que son relevantes para comprender el problema, con la misma información se establece una meta específica y concreta (Becoña, 1998). La persona debe identificar las condiciones de las situaciones que le resultan inaceptables, los cambios que desea y los obstáculos que no le permiten dar una respuesta objetiva (Anguiano et al., 2013).

5) Generación de alternativas de solución.

Esta fase tiene como objetivo es que la persona disponga de gran cantidad de alternativas, incrementando la probabilidad de encontrar la mejor solución. El sujeto no debe de utilizar sus hábitos, sino probar diferentes enfoques para incrementar las ideas nuevas u originales (D´Zurilla, 1993).

6) Toma de decisiones: análisis costo- beneficio.

Durante esta fase del proceso de solución en problemas se analizan los beneficios y costos para las soluciones propuestas y así identificar las más eficaces. Es importante que la persona evalúe a través del juicio y compare los posibles resultados, con relación a la solución en sí misma, el bienestar emocional, el tiempo- esfuerzo requerido y el bienestar social-personal en general (D´Zurilla, 1993).

7) Ejecución y verificación de soluciones.

Es la última etapa del proceso, básicamente consiste en llevar acabo la solución seleccionada y verificar la efectividad de la solución ante determinada situación (Anguiano et al., 2013). D´Zurilla (1993) menciona que se puede dividir este proceso en tres etapas: la implementación de la solución, la autoevaluación de la solución en sí misma y del bienestar emocional, y autoreforzo en el caso de que los resultados sean los esperados. Si los resultados no son los esperados es mejor recapitular y hacer correcciones para encontrar una solución eficaz.

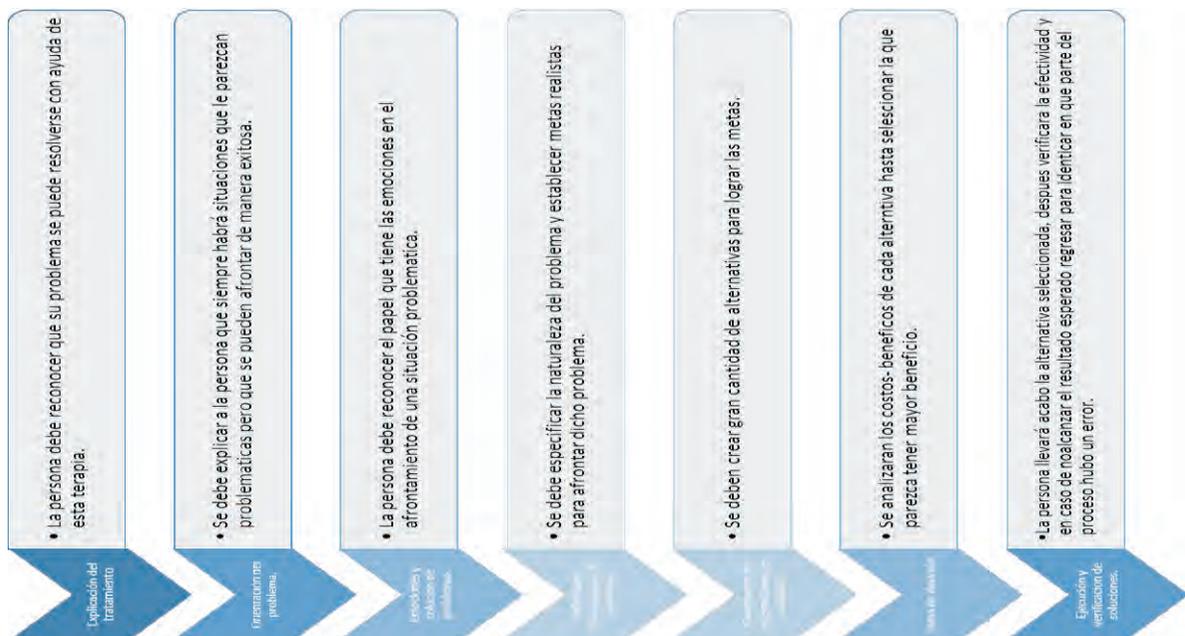


Figura 15. Fases de la solución de problema. (D´Zurilla, 1993).

Antes de comenzar con el presente apartado se debe considerar que la relajación es una respuesta que se puede producir para disminuir las consecuencias negativas del estrés y la tensión. Las técnicas de relajación permiten que la persona tenga mayor control sobre sus pensamientos, emociones y su conducta.

La relación que hay entre los pensamientos y el estado de tensión o relajación ha sido estudiada por Albert (1962), este psicólogo consideraba que los pensamientos negativos producían emociones negativas que llevan a la generación de ansiedad que a su vez produce tensión. En cambio, si la persona se encuentra relajada puede tener mayor control sobre sus pensamientos lo que produce que experimente emociones adaptativas y conductas que favorezcan la adaptación exitosa al medio. La persona con Diabetes Tipo 2 necesita adaptarse a un nuevo estilo de vida para evitar los daños causados por esta enfermedad, como se revisó en apartados anteriores el simple hecho de ser diagnosticada con Diabetes Tipo 2 puede producir un incremento en los niveles de estrés. Por esta razón y considerando lo mencionado en párrafos anteriores, es que en el presente trabajo se considera importante la aplicación de la técnica de relajación para mejorar la adherencia al tratamiento.

Introducción a la relajación.

El estudio del estrés ha servido como marco conceptual para investigar a la relajación. Como ya se ha mencionado en el apartado del estrés y la Diabetes Tipo 2, el estrés es una respuesta fisiológica a situaciones cognitivamente percibidas y evaluadas como amenazantes, frente a las cuales la persona no tiene los recursos para hacer frente de manera adecuada (Lazarus & Folkman, 1986). La respuesta fisiológica del organismo incluye cambios en los sistemas neurofisiológico, neuroendócrino y neuroinmunitario, que regularmente se acompañan de comportamientos. De esta forma y tomando en cuenta lo anterior se puede considerar a la relajación como un proceso “psicofisiológico”, en el cual la fisiología y la conducta mantienen una interacción de manera bidireccional, es decir, que la conducta puede modificar la fisiología, al igual que la fisiología influye en la conducta (Anguiano et al., 2013). La implementación de una técnica de relajación permite una respuesta contraria a la tensión, y por tanto, al estrés. La persona relajada produce ciertas modificaciones en su organismo como, la disminución de la frecuencia cardiaca, menor consumo de oxígeno y decremento de

la tensión muscular, pero paralelamente hay un incremento de la advertencia de sensaciones corporales. Hasta cierto punto la persona que se encuentra relajada experimenta un estado de satisfacción y también una percepción de la capacidad de actuar de manera voluntaria y lograr efectos deseados en el propio cuerpo.

Cuando la persona se encuentra en un estado siempre cambiante, le resulta complicado salir del patrón de pensamientos disfuncionales. La relajación funciona como herramienta para reestructurar la visión estresante de algún evento y el comportamiento, ya que es complicado que se reconozca un pensamiento irracional en medio de la inestabilidad. En ocasiones la relajación permite que la persona observe su estado emocional y cognitivo, e incluso que tomen el control sobre la naturaleza de sus pensamientos y emociones (Anguiano et al., 2013).

Bases biológicas de la relajación.

El sistema nervioso central es quien controla al organismo, y con el sistema endocrino desempeña gran cantidad de las funciones de homeostasis. En general el SNC regula las contracciones musculares, fenómenos viscerales, e incluso secreciones de algunas glándulas endocrinas. El sistema nervioso autónomo regula la actividad de los músculos lisos, el corazón y algunas glándulas, para esta regulación dispone del sistema nervioso simpático, que cumple de manera primitiva con la función de alarma, lucha, huida o emergencia ante una situación percibida como peligrosa. También cuenta con el sistema parasimpático, su activación reduce la respiración y el ritmo cardíaco, estimula el sistema gastrointestinal y la regeneración del cuerpo al dormir (Haines, 2014).

Cuando el organismo se encuentra en un estado de relajación, predomina la actividad del sistema nervioso autónomo parasimpático. Durante esta actividad hay una disminución de la tasa cardíaca, la respiración es pausada, menor tensión muscular, y hay una sensación de pesadez muscular. Es decir que el sistema nervioso parasimpático se relaciona con todas las respuestas asociadas con el estado de relajación, sí el organismo se encuentra relajado los niveles de tensión serán menores y el sistema simpático tendrá una menor actividad (Anguiano et al., 2013). Por esta razón estas consecuencias biológicas y psicológicas es que

la relajación se aplica como una técnica de prevención e intervención con la finalidad de controlar la tensión, provocada por el sistema simpático.

Técnica de relajación.

En la terapia la relajación permite que la persona afronte de manera eficaz situaciones que le producen estrés, ansiedad, y en algunos casos la comorbilidad de depresión y desordenes conductuales. (Anguiano et al., 2013). La relajación se puede aprender cómo se aprende a andar en bicicleta, una vez que se logra el aprendizaje, puede poner en práctica de manera automática en cualquier situación. Staltenberg, McNell y Delworht (1998), mencionan que, dentro de los métodos cognitivos, existen tres etapas donde el paciente aprende habilidades, tales como la relajación. La primera etapa la persona aprende la declaración verbal o la representación de una imagen; luego pasa a una etapa asociativa, donde la persona recibe retroalimentación del terapeuta para corregir errores y delinear el procedimiento. Durante la etapa autónoma el paciente aplica la habilidad aprendida, hasta que llegue a ser una respuesta automática.

Independientemente del marco teórico, las condiciones como se realiza la técnica de relajación tienen que cumplir con ciertos requisitos:

Ambiente tranquilo. Sin demasiados ruidos lejos de estímulos exteriores que puedan perturbar al paciente.

Temperatura adecuada. La habitación debe mantener una temperatura equilibrada, para facilitar la relajación.

Luz moderada. Tener una luz tenue dentro de la habitación es necesario en el proceso de relajación.

Posición para la relajación. Hay diferentes posiciones, tendido sobre una cama con los brazos y las piernas apartados del cuerpo y ligeramente en ángulo. Otra manera es en un sillón cómodo y con brazos, apoyando la nuca y los pies.

La respiración. El control de la respiración ayuda para hacer frente a las situaciones estresantes y manejar el aumento de los niveles fisiológicos. Una respiración correcta aporta al organismo una cantidad suficiente de oxígeno para el cerebro, la principal técnica de

respiración para producir la relajación y oxigenar correctamente al cerebro es, la respiración “Diafragmática”, se caracteriza por centrarse en la expansión y contracción del diafragma y, por lo tanto, la movilización de abdomen.

Capítulo IV

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Introducción.

Como ya se revisó en el primer capítulo la Diabetes Tipo 2 es una enfermedad que representa un problema de salud pública a nivel mundial, afecto a millones de personas en todo mundo, es una de las principales causas directas de muerte y se relaciona con otras enfermedades. Esta enfermedad se caracteriza por un alto nivel de glucosa en sangre causada por un defecto en la secreción de insulina, por lo general acompañado de resistencia a esta hormona. Dentro de los factores que pueden incrementar el riesgo a desarrollar esta enfermedad se encuentran los estilos de vida, tales como: la poca actividad física y una alimentación malsana. El tratamiento que recibe una persona con Diabetes Tipo 2 tiene la finalidad de disminuir los niveles de glucosa en la sangre, son tratados con dieta y ejercicio solos o con una combinación de medicamentos orales e insulina; o con insulina únicamente (OMS, 2014).

El tratamiento parece bastante sencillo, pero como se mencionó en el capítulo 2 la persona con Diabetes Tipo 2 tiene menor adherencia al tratamiento. Es decir, que no realiza las indicaciones que le indica el especialista para evitar las futuras consecuencias. La adherencia al tratamiento consiste en realizar conductas que son recomendadas por el médico para garantizar el éxito del tratamiento, sino se siguen las indicaciones es probable que los resultados vayan en contra de la salud del paciente. La conducta humana viene determinada por el pensamiento, lo que piense una persona sobre una situación determinará la consecuencia conductual (Ellis, 1981). Tal vez una manera de mejorar la adherencia al tratamiento de personas con Diabetes Tipo 2 sea trabajando sobre las creencias que influyen en su conducta, ya que no ha bastado con dar una indicación. La psicología puede contribuir a que la persona se adhiera al tratamiento, incrementando los niveles de autoeficacia. Ya que la autoeficacia es un elemento en la competencia humana, influye en la elección de actividades, la motivación, el esfuerzo, la persistencia, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales asociadas (Carrasco & Del Barrio, 2002).

Se espera que una persona con mayor autoeficacia tenga mayor probabilidad de iniciar conductas saludables, dedicar mayor tiempo y esfuerzo en su tratamiento, y alcanzar los objetivos terapéuticos.

Justificación.

Actualmente la Diabetes es una de las principales causas de muerte en el mundo, la OMS (2016) estima que para el 2030 sea la séptica causa de muerte a nivel mundial. En México se estima que uno de cada doce hombres y una de cada diez mujeres presentan diabetes (Escobedo, 2011). México se sitúa en el séptimo lugar en el ranking de países con mayor número de enfermos de diabetes y se espera que para el 2045 haya 21.8 millones de mexicanos con Diabetes (IDF, 2017).

Los daños provocados por la Diabetes tipo 2 pueden ser microvasculares y macrovasculares. Las complicaciones microvasculares pueden ser: retinopatía, nefropatía y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético (que a veces obliga a amputar). Las complicaciones macrovasculares son las enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores. Se ha comprobado que un buen control metabólico en la Diabetes de Tipo 2 puede retrasar el inicio y la evolución de estas complicaciones (OMS, 2014).

La conducta de las personas se relaciona con el origen, mantenimiento, desarrollo y tratamiento de la Diabetes Tipo 2. El tratamiento consiste en modificar algunos comportamientos que favorecen el desarrollo de la enfermedad, el problema radica en que el paciente no sigue las indicaciones del médico y por lo general aparecen las complicaciones. Es alto el número de personas que no sigue las indicaciones del tratamiento, también son altas las consecuencias personales, sociales y económicas. Se estima que, en países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas es de alrededor del 50%, y en países en desarrollo es aún más baja (OMS, 2003). Frente a esta situación, parece necesario implementar un programa para incrementar la adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Tipo 2. En este trabajo se considera que la autoeficacia mantiene una correlación positiva con la adherencia, es decir, que si la persona tiene un nivel alto de autoeficacia, tiene mayor probabilidad de adherirse al tratamiento. En cambio, si la persona tiene un nivel bajo de autoeficacia tendrá menor probabilidad de seguir las indicaciones del tratamiento.

Tomando como base la relación autoeficacia – adherencia, surge la pregunta ¿Cómo es posible incrementar la autoeficacia?, Si se considera que las principales fuentes de la autoeficacia son las experiencias propias, las experiencias vicarias, la persuasión verbal y la retroalimentación fisiológica y emocional (Bandura, 1995) se debe trabajar sobre esas fuentes para asegurar una mejor adherencia.

Objetivo general.

El objetivo de esta intervención es incrementar los niveles de autoeficacia y así permitir que se regulen de manera eficaz los procesos cognitivos, los motivacionales, afectivos y de selección. Favoreciendo la puesta en marcha y el mantenimiento de conductas relacionadas con el tratamiento, es decir, el establecimiento de la adherencia al tratamiento.



Figura 15. *Los procesos reguladores por la autoeficacia para incrementar la adherencia al tratamiento.*

Al finalizar el programa la persona con Diabetes Tipo 2 debe creer en sus capacidades para afrontar su estado de salud, visualizando escenarios donde consigue responder de manera exitosa a las indicaciones del tratamiento; se mantendrá motivado para planificar el esfuerzo requerido y los recursos que le permitirán cumplir con las indicaciones del tratamiento; experimentará emociones positivas que facilitarán su adherencia al tratamiento y asumirá su nuevo estilo de vida como un reto y no como una amenaza.

Objetivos específicos.

Mediante una terapia grupal con técnicas cognitivo-conductuales se estimularán las fuentes de autoeficacia para que el paciente crea en sus capacidades y siga las indicaciones del tratamiento.



Figura 16. Técnicas cognitivo-conductuales para estimular las fuentes de autoeficacia.

A) La persona se beneficiará de los factores curativos del grupo para incrementar su nivel de autoeficacia.

B) El modelamiento facilita que durante el proceso grupal el paciente comience a realizar algunos comportamientos que no tenía en su repertorio o que no se creía capaz de hacer. El paciente imitará comportamientos específicos de algunos compañeros que han conseguido un resultado exitoso durante el tratamiento. Incrementando la confianza sobre sus capacidades para afrontar la enfermedad.

- C)** Tomando en consideración la TREC, el paciente comprenderá la relación que hay entre su comportamiento y la enfermedad. Con la intención de implementar nuevas conductas que le permitan incrementar su bienestar, por lo tanto, estará influyendo sobre su experiencia directa de autoeficacia.
- D)** El paciente reconocerá la función que tienen las creencias sobre el comportamiento, identificará y modificará aquellas creencias irracionales que no le permiten producir una conducta saludable.
- E)** Las emociones son una fuente de autoeficacia, por esta razón la comprensión de la forma en que funcionan los pensamientos y las emociones ante una situación tiene como objetivo que el paciente conozca que el pensamiento determina la consecuencia emocional. Permitiendo que el paciente identifique aquellos pensamientos que le producen emociones inadaptadas y modificarlos para tener una respuesta emocional adaptativa.
- F)** La persona deberá identificar el papel que tienen las emociones en el proceso de solución de problemas, producir estrategias para utilizar las emociones para afrontar el tratamiento y emplear estrategias para el control de las emociones destructivas.
- G)** La persona aprenderá a reducir la ansiedad y el estrés mediante técnicas de relajación para poder responder de manera más exitosa ante las demandas que le hace su estado de salud.
- H)** La persona tiene que conocer gran variedad de puntos que se relacionan con la Diabetes Tipo 2: el origen, el funcionamiento metabólico, los síntomas, los signos, los factores de riesgo, los factores preventivos, el tratamiento, las consecuencias de no seguir las indicaciones y los beneficios de seguirlas. Ya que esta información permitirá a la persona comprender su enfermedad e incrementar su nivel autoeficacia, debido a que la educación es una fuente de la persuasión verbal.
- I)** Con la ayuda de la terapia en resolución de problemas el paciente aprenderá a afrontar de manera exitosa su problema de salud. Es decir, la toma de decisiones relacionada con una alimentación adecuada y actividad física.

J) Con la implementación de la técnica de moldeamiento el paciente incrementará y mantendrá las conductas que beneficien su estado de salud. A su vez se disminuirán o eliminarán aquellas conductas que favorezcan el desarrollo de la Diabetes Tipo 2.

K) El paciente fomentará la autoeficacia dentro y fuera del espacio terapéutico. Con las herramientas aprendidas podrá ser un agente de cambio dentro del ambiente donde se desenvuelva y será un ejemplo para aquellas personas que siguen el tratamiento.

Participantes.

La intervención va dirigida a personas diagnosticadas con Diabetes Tipo 2, que tienen la necesidad de modificar las conductas de riesgo para mantener o mejorar su calidad de vida y de esta manera evitar las complicaciones crónicas relacionadas con esta enfermedad.

Criterios de exclusión.

- 1) Las técnicas que se trabajan en esta intervención son cognitivo- conductual, por esta razón, las personas que presentan problemas en las funciones cognitivas obtendrán menor beneficio.
- 2) El paciente con Diabetes tipo 1 tendrá menor beneficio, ya que la etiología de la enfermedad y el tratamiento son diferentes.

Para el presente trabajo se consideró que el grupo deberá estar conformado por un máximo de 12 personas, debido a que, si son más, la interacción probablemente sea menor entre los participantes. Además, de que el terapeuta debe de prestarle atención individual a cada uno de los integrantes. Esta decisión se toma considerando las recomendaciones hechas por Portillo (2000).

Metodología.

Para el presente trabajo de investigación se utilizó el método cualitativo: el diseño de investigación/Acción se ocupó para conocer las características de personas que presentan Diabetes Tipo 2, para realizar un diagnóstico de la problemática de la adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Tipo 2 y desarrollar un proyecto de intervención. El procedimiento que se utilizó para realizar el presente trabajo se divide en tres etapas:

1) Durante la primera etapa se reconocieron las consecuencias que la poca adherencia al tratamiento de las personas con Diabetes Tipo 2, se realizó un trabajo de investigación para conocer a detalle la Diabetes Tipo 2, se buscaron datos epidemiológicos para reconocer la magnitud del problema se identificaron las variables que pueden favorecer la adherencia al tratamiento y también hubo una inmersión directa con personas que padecían esta enfermedad. Después de que la información se analizó y se identificó el problema, se transitó a la segunda etapa; **2)** En esta parte del trabajo se recolectó información sobre la psicología y las enfermedades crónico-degenerativas, se identificó que una de las posibles soluciones para favorecer la adherencia al tratamiento era mediante el incremento del nivel de autoeficacia y se estudió a detalle los factores que se relacionan con el concepto autoeficacia. Una vez identificada la solución, se comenzó a elaborar un plan para incrementar el nivel de autoeficacia; **3)** Se recolectó información sobre las diferentes terapias que podrían favorecer el trabajo con la autoeficacia y se hizo una integración de estas terapias para desarrollar una intervención que abarcara las diferentes fuentes de autoeficacia. El producto final fue una terapia grupal cognitivo conducta para incrementar la adherencia terapéutica en personas con Diabetes Tipo 2.

Para realizar este proyecto se revisaron diferentes trabajos sobre de Diabetes Tipo 2, Terapia Cognitivo Conductual y Terapias Grupales. En su mayoría solamente mencionaban algunos conceptos y se reportaban los resultados encontrados después de la intervención. También se encontraron trabajos en los que venían las cartas descriptivas para una intervención psicoeducativa pero no explicaban la manera en que se relacionaban los conceptos. Este proyecto permite comprender la Diabetes Tipo 2 desde un enfoque psicológico en el cual los

pensamientos, las emociones y las conductas tiene un papel relevante sobre el estado físico de la persona. Relaciona de manera clara los conceptos autoeficacia, adherencia al tratamiento y las diferentes técnicas cognitivo-conductuales, para que las persona que estudie este trabajo comprenda “por qué” se propone dicha intervención. Además, explica de manera sistemática como se utilizan las técnicas terapéuticas para influir sobre el nivel de autoeficacia de las personas con Diabetes Tipo 2.

Materiales.

Materiales		
Nombre.	Descripción.	Cantidad.
Gafete.	Pegatina con nombre.	12
Laptop.	Portátil.	1
Cañón	Portátil.	1
Presentación Po ^o er Point.	Encuadre, Diabetes Tipo 2, Modelo ABC, Pensamientos irracionales, Emociones, Conductas, Alimentación y Actividad física.	9
Hoja de repaso.	Modelo ABC, Pensamientos irracionales, Emociones y alimentación.	12 (de cada una).
Pizarrón.	Portátil	1
Laminas.	Lamina con pensamientos irracionales y racionales.	1
Autorregistro.	Pensamientos y emociones.	12 (de cada uno)
Autorregistro de resultado.	Resultado obtenido, pensamiento sobre resultado, consecuencia emocional y conductual del resultado.	12 (de cada uno)
Hoja de balance.	Costos y beneficios.	12
Plumones.	Plumones base agua.	□
Cuestionario.	Entrevista inicial.	12

Escenario.

INSTITUCIÓN		
Centros de salud interesados por incrementar la adherencia al tratamiento de paciente con Diabetes Tipo 2.		
Aula		
Dimensiones	Min: 8x8 Max: 16x16 metros cuadrados.	
Mobiliario.	Mesa	(1) colocada ceca de donde se proyectarán las presentaciones.
	Sillas	(15) Colocadas en semi círculo.
Iluminación.	Adecuada, natural o artificial.	
Ventilación.	Adecuada, que cuente con ventanas.	
Equipo necesario.	Laptop, equipo de proyección, bocinas, carteles expositivos.	

Sesiones.

Esta intervención consta de 12 sesiones programadas con una duración aproximada de dos horas por sesión. Las sesiones se llevarán a cabo una vez por semana.

**Se debe de considerar que en algunas ocasiones la persona necesite de sesiones de seguimiento para reafirmar los cambios conductuales. También se debe tomar en cuenta que las sesiones pueden durar más tiempo o menor tiempo del mencionado. Esto se deje a consideración del criterio y las habilidades del terapeuta para guiar a los integrantes durante cada sesión.*

Recursos humanos.

Las sesiones deben ser implementadas por un equipo integrado por: terapeuta, coterapeuta y un médico.

**Los psicólogos deben conocer la teoría cognitivo conductual y las siguientes técnicas: Terapia Racional Emotiva Conductual, Terapia de Resolución de Problemas, Manejo de contingencias y Técnicas de relajación. Por otra parte, el medico deberá conocer la información relacionada con las Diabetes Tipo 2.*

Procedimiento.

Esta intervención está conformada por una integración de diferentes terapias cognitivo conductual. Pero cabe resaltar que las terapias que tienen mayor peso son la Terapia Racional Emotiva Conducta y La Terapia de Resolución de Problemas. Por esta razón se considera que esta intervención se divide en 2 tiempos.

A) Primer tiempo.

Está conformado por las sesiones 1, 2, 3 y 4. Durante estas sesiones se trabajará la Terapia Racional Emotiva Conductual con la intención de realizar una reestructuración cognitiva de los pensamientos irracionales que tiene la persona sobre la Diabetes Tipo 2. La modificación del pensamiento permitirá que la persona pueda percibir de manera diferente su estado de salud y como consecuencia producirá emocionales y conductuales adaptativas.

B) Segundo Tiempo.

Esta parte está conformada por las sesiones 7, 8, 9, 10, 11 y 12. En estas sesiones se aplicará la Terapia de Resolución de Problemas con el objetivo de resolver las situaciones que no permiten que la persona produzca una respuesta adaptativa.

**Las sesiones número 5 y 6 son psicoeducativas.*

** Se realizará una entrevista inicial para recolectar los datos generales y el estilo de vida del paciente.*

** El orden es importante, debido a que la reestructuración cognitiva facilitara la Terapia de Resolución de Problemas.*

Cartas descriptivas.

Sesión 1. Presentación de la intervención y Diabetes Tipo 2.

Objetivos: **A)** Encuadre y cohesión grupal. **B)** Brindar información sobre el origen, desarrollo, signos, síntomas y consecuencias de la Diabetes Tipo 2. **C)** Así como los beneficios de seguir el tratamiento.

TEMA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN	MATERIAL.
Presentación.	Presentación de los integrantes del grupo (pacientes/terapeuta).	Cada integrante le dirá al grupo su nombre, su edad y lo que espera de la intervención. Se colocarán un gafete con su nombre.	30 minutos.	Gafete. Recuso humano.
Encuadre.	Marcar las bases de una relación sana dentro del grupo, lo que esta permitido y lo que no.	El terapeuta informara a los integrantes sobre los horarios, el lugar, la duración de la intervención, lo que esta permitido, lo que no se permite, las consecuencias sobre el incumplimiento y los objetivos.	30 minutos.	Presentación de PowerPoint. Laptop y cañón.
Diabetes Tipo 2.	Brindar información general sobre la Diabetes Tipo 2.	Mediante una exposición se les brindara información sobre el origen, el desarrollo y las consecuencias de la Diabetes Tipo 2 y los beneficios de seguir las indicaciones.	60 minutos.	Presentación de PowerPoint con las información relacionada con la Diabetes Tipo 2. Laptop y cañón.

Carta Descriptiva.

Sesión 2. Presentación a los pacientes del modelo ABC de la TREC.

Objetivos: **A)** Reafirmar los conocimientos relacionados con la Diabetes Tipo 2. **B)** Los pacientes deberán comprender el esquema conceptual de la relación situación, pensamiento y consecuencia. **C)** Que los pacientes utilicen la respiración diafragmática para reducir el estrés y la ansiedad.

TEMA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN.	MATERIAL
Saludo.	Interactuar de manera personal con cada paciente.	Platicar con cada paciente sobre la semana que transcurrió entre la última sesión y la actual.	15 Minutos.	Recurso humano.
Repaso.	Repasar la información relacionada con la Diabetes Tipo 2.	Preguntar información que se abordó en la sesión anterior sobre la Diabetes Tipo 2, y si es necesario hacer aclaraciones.	25 Minutos.	Presentación de PowerPoint con preguntas de opción múltiple.
Modelo ABC de la TREC.	El terapeuta explicará a los pacientes el modelo ABC.	Brindar información sobre la manera en que las personas interpretan acontecimientos y a su vez estas interpretaciones producen consecuencias emocionales y conductuales. Trabajar con ejemplos de situaciones cotidianas y la enfermedad.	60 Minutos.	Presentación de PowerPoint sobre el modelo ABC de la TREC.
Relajación.	Respiración diafragmática.	Explicar al paciente que la respiración diafragmática puede reducir el estrés y ansiedad ante alguna situación.	15 Minutos.	Recurso humano.
Tarea.	Escribir en que consiste cada parte del modelo ABC.	Los pacientes explicaran con su palabras lo que es A, B y C. La relación que mantienen.	5 Minutos.	Hoja de ejercicios donde venga el modelo ABC de la TREC.

Carta Descriptiva.

Sesión 3. Identificar los pensamientos irracionales sobre la Diabetes Tipo 2.

Objetivos: **A)** Reafirmar la información relacionada con el modelo ABC de la TREC. **B)** Los participantes podrán identificar y clasificar sus pensamientos relacionados con la Diabetes Tipo 2, **C)** El paciente comprenda la relación pensamiento-situación. **D)** El paciente experimente los beneficios de una respiración diafragmática.

TEMA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN	MATERIAL
Saludo.	Interactuar de manera personal con cada paciente.	Platicar con cada paciente sobre la semana que transcurrió entre la última sesión y la actual.	15 Minutos	Recurso humano.
Repaso.	Repasar la información relacionada con la TREC.	Los pacientes harán 3 equipos y explicarán el modelo ABC de la TREC.	15 Minutos	Presentación de PowerPoint con resumen de ABC. Laptop y cañón.
Pensamiento Irracional/ Racional.	Identificar los pensamientos irracionales relacionados con la Diabetes tipo 2.	Brindar información sobre las características de los pensamientos racionales e irracionales y después hacer que los integrantes identifiquen los pensamientos que tiene sobre la Diabetes Tipo 2, para después clasificarlos como racionales o irracionales. ¿Qué pienso sobre tener Diabetes Tipo2?	50 Minutos	Presentación de PowerPoint con las características del pensamiento racional e irracional.
Diálogo Socrático.	Entablar un diálogo con los pacientes sobre sus pensamientos irracionales.	Persuadir directamente a los pacientes sobre su irracionalidad. Cuestionar y modificar las ideas irracionales que tiene el paciente sobre la Diabetes Tipo 2.	25 Minutos.	Pizarra. Lamina con pensamientos racionales e irracionales. Lamina con las características de los pensamientos racionales e irracionales.
Técnica de relajación.	Respiración diafragmática.	Explicar a los participantes la técnica para realizar la respiración diafragmática y practicarla.	10 Minutos.	Recurso humano.
Tarea.	Auto-registro de pensamiento.	Indicar al paciente que registre los pensamientos irracionales que tenga durante la semana.	5 Minutos.	Una hoja para cada paciente con los pensamientos racionales e irracionales más comunes. Autorregistro.

Carta Descriptiva.

Sesión 4. Identificar las emociones relacionadas con la Diabetes Tipo 2.

Objetivos: **A)** Reafirmar la información relacionada con los pensamientos irracionales y la Diabetes Tipo 2. **B)** Identificar y clasificar las emociones relacionadas a la Diabetes Tipo 2. **C)** Que los pacientes comprendan la relación que hay entre pensamiento y emoción. **D)** Que los integrantes utilicen la respiración diafragmática para regular sus emociones.

TEMA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN	MATERIAL
Saludo.	Interactuar de manera personal con cada paciente.	Platicar con cada paciente sobre la semana que transcurrió entre la última sesión y esta.	15 Minutos.	Recurso Humano.
Repaso.	Repasar la información relacionada a los pensamientos racionales e irracionales.	Los participantes se integran en subgrupos para revisar los pensamientos irracionales que tuvieron durante la semana. Hacer aclaraciones si es necesario.	15 minutos.	Presentación de PowerPoint con las principales ideas irracionales. Laptop y cañón.
Emociones.	Identificar las diferentes emociones. Las emociones que experimentan al saber que tienen Diabetes tipo 2.	Brindar información sobre las características de las diferentes emociones. Cada paciente mencionará las emociones que se relacionan con la Diabetes Tipo 2. ¿Qué emociones experimento con relación a la Diabetes Tipo 2?	50 Minutos.	Presentación de PowerPoint de las emociones. Laptop y cañón.
Diálogo Socrático.	Establecer un diálogo con los pacientes sobre sus pensamientos irracionales que están produciendo emociones negativas.	Explicar nuevamente que las emociones son producto del pensamiento. Cuestionar y modificar los pensamientos irracionales sobre la Diabetes Tipo 2 que están produciendo emociones negativas.	25 Minutos.	Pizarrón. Lamina con pensamientos racionales e irracionales. Lamina con las características de los pensamientos racionales e irracionales.
Relajación.	Respiración diafragmática.	Explicar a los pacientes que las emociones pueden ser reguladas por la respiración diafragmática y practicarla.	10 Minutos.	Recurso humano.
Tarea.	Autoregistro de emociones.	El paciente identificará las emociones que tenga durante la semana.	5 Minutos.	Hoja de los diferentes tipos de emociones. Autoregistro.

Carta Descriptiva.

Sesión 5. Conducta y Diabetes Tipo 2.

Objetivos: **A)** Reafirmar el conocimiento sobre las emociones. **B)** Los pacientes identifiquen aquellas conductas que son factor de riesgo y de tratamiento de la Diabetes Tipo 2. **C)** Los pacientes deben comprender la relación pensamiento-conducta. **D)** Los pacientes utilicen la respiración diafragmática para disminuir la probabilidad de producir una conducta desadaptativa.

TEMA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN	MATERIAL
Saludo.	Interactuar de manera personal con cada paciente.	Platicar con cada paciente sobre la semana que transcurrió entre la última sesión y la actual.	15 Minutos.	Recurso humano.
Repaso.	Repasar la información relacionada con las emociones y el pensamiento.	Los pacientes mencionarán las emociones que tuvieron durante la semana, así como sus pensamientos.	15 Minutos.	Presentación de PowerPoint con resumen de las emociones. Laptop y cañón.
Conducta.	Identificar las conductas relacionadas con el desarrollo de la Diabetes Tipo 2.	Explicar la relación entre pensamiento y conducta. Definir las conductas adaptativas y desadaptativas con relación a la Diabetes Tipo 2. ¿Qué estoy haciendo desde que fui diagnosticado con Diabetes Tipo 2?	50 Minutos.	Presentación de PowerPoint sobre la conducta. Laptop y cañón.
Diálogo socrático.	Establecer un diálogo con los pacientes sobre sus pensamientos irracionales que están produciendo conductas desadaptativas.	Explicar nuevamente que las conductas son producto del pensamiento. Cuestionar y modificar los pensamientos irracionales sobre la Diabetes Tipo 2 que están produciendo conductas desadaptativas.	25 Minutos.	Pizarrón. Lamina con pensamientos racionales e irracionales. Lamina con las características de los pensamientos racionales e irracionales
Relajación.	Respiración diafragmática.	Explicar a los pacientes que la respiración diafragmática puede permitir la producción de una conducta adaptativa.	15 Minutos.	Recurso humano.

Carta Descriptiva.

Sesión 6. Alimentación saludable y actividad física.

Objetivos: **A)** Que el paciente conozca lo que implica una alimentación adecuada. **B)** Reconocer cuanta actividad física practica y que sepa que es la actividad anaeróbica. **C)** Los pacientes tendrán un acercamiento con la actividad física.

TEMA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN	MATERIAL
Saludo	Interactuar de manera personal con cada paciente.	Platicar con cada paciente sobre la semana que transcurrió entre la última sesión y esta.	15 Minutos.	Recurso humano.
Alimentación.	Brindar información sobre las características de una alimentación saludable.	Se les brindara la información sobre el plato del bien comer, se les dará a conocer los 5 grupos alimenticios y sus funciones, las porciones que necesarias de cada grupo, las bebidas saludables y la cantidad de liquido que se recomienda consumir diariamente. En grupos los paciente harán un plato del bien comer y otro del mal comer.	45 Minutos.	Presentación de PowerPoint referente a la alimentación. Laptop y cañón.
Actividad física.	Brindar información sobre la importancia y los beneficios de realizar actividad física.	Se expondrán los niveles de actividad física y los pacientes deberán identificar en que nivel se encuentran. En que consiste la actividad física aeróbica y se ejecutara con los pacientes.	45 Minutos.	Presentación de PowerPoint referente a la actividad física. Laptop y cañón.
Relajación.	Respiración diafragmática.	Practicar las respiración diafragmática.	10 Minutos.	Recurso humano.
Tarea.	Alimentarse de una manera adecuada y hacer actividad física.	Los pacientes se alimentaran tomando como base la información que se impartió durante la sesión y también practicarán actividad física.	5 minutos.	Hoja con información referente a la alimentación y a la actividad física.

Carta Descriptiva. Sesión 7. Definir los problemas que tuvieron para alimentar y realizar actividad física. **Objetivos:** **A)** Identificar los problemas que tuvieron para poder alimentarse adecuadamente. **B)** Identificar los problemas que tuvieron para llevar a cabo alguna actividad física. **C)** Seleccionar los problemas que se deben de resolver para mejorar la alimentación y la actividad física. **D)** Disponer del mayor número de soluciones para resolver los problemas que se relacionan con la alimentación y actividad física.

TEMA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN	MATERIAL
Saludo.	Interactuar de manera personal con cada paciente.	Platicar con cada paciente sobre la semana que transcurrió entre la última sesión y esta.	15 Minutos.	Recurso humano.
Repaso.	Repasar la información relacionada a la alimentación y la actividad física. Comentar su experiencia con la alimentación adecuada y la actividad física.	Los pacientes se juntaran en equipos y harán una lista con los alimentos que lleva el plato del buen comer. Comentarán la experiencia y las dificultades de alimentarse bien y de actividad física durante la semana.	30 Minutos.	Hojas blancas. Plumones. Pizarrón.
Problema	Definir y establecer los problemas que tuvieron para realizar conductas saludables.	Los pacientes expondrán las dificultades que tuvieron durante la semana para alimentarse correctamente y hacer actividad física. Se definirán los metas que hay que alcanzar y los problemas que se tiene que resolver para mejorar la alimentación y la actividad física. ¿Qué problemas tuve para mejorar mi alimentación ? ¿Qué problemas tuve para realizar actividad física?	30 Minutos.	Pizarrón.
Alternativas para soluciones el problema	Establecer soluciones para poder modificar las conductas relacionadas con el desarrollo y tratamiento de la Diabetes Tipo 2.	Mediante una lluvia de ideas se dispondrá de la mayor cantidad de soluciones para resolver los problemas que impiden una buena alimentación y actividad física. Los pacientes no deben depender de sus hábitos, sino de ideas nuevas u originales. ¿Cuál es la solución para el problema que no me permite alimentarme adecuadamente y practicar alguna actividad física?	30 Minutos.	Pizarrón.
Relajación.	Respiración diafragmática.	Practicar las respiración diafragmática.	10 Minutos.	Recurso humano.
Tarea.	Balance decisonal.	Los pacientes consideran los beneficios y costos tanto de solucionar el problema como de no hacerlo.	5 minutos.	Hoja de balance decisonal.

Carta Descriptiva.

Sesión 8. Balance decisonal sobre cada solución y toma de decisión.

Objetivo: A) Evaluar los diferentes resultados de implementar las soluciones. **B)** Seleccionar las soluciones que parezcan más viables para conseguir una mejor alimentación y mayor actividad física. **C)** Reducir los niveles de estrés. **D)** Planificar que debe de hacer para llevar acabo la solución.

TEMA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN	MATERIAL
Saludo.	Interactuar de manera personal con cada paciente.	Platicar con cada paciente sobre la semana que transcurrió entre la última sesión y la actual.	15 Minutos.	Recurso humano.
Reposo.	Revisar el balance decisonal.	Los pacientes expondrán los beneficios y los contos de modificar sus conductas. Se apuntaran en un pizarrón aquellos que sean más generales.	15 Minutos.	Pizarrón. Balance decisonal.
Valoración.	Análisis costo-beneficio o balance decisonal de las diferentes soluciones para producir o modificar conductas que favorezcan al tratamiento de la Diabetes Tipo 2. Los pacientes representaran situaciones problemas para implementar la solución.	Se analizarán las ventajas y desventajas para cada una de las soluciones. Evaluara a través de la comparación los resultados posibles: ¿Como me sentiré emocional y físicamente después de llevar acabo la solución?, ¿Cuánto tiempo y esfuerzo le dedicaré a la solución?, ¿Qué bienestar social producirá la solución? Tomando en consideración los problemas que tuvieron para producir una conducta saludable. Los pacientes representaran la manera en que se comportaron y después implementaran la solución para comparar el resultado.	60 Minutos.	Pizarrón.
Toma de decisión.	Seleccionar las soluciones más viables para mejorar su alimentación y la actividad física.	Los pacientes elegirán que soluciones les parecen las más viables para mejorar su alimentación y la actividad física.	15 Minutos.	Recurso humano.
Relajación.	Respiración diafragmática.	Practicar las respiración diafragmática.	10 Minutos.	Recurso humano.
Tarea.	Manual de usuario.	El paciente describirá los detalles y los pasos para llevar acabo las soluciones elegidas.	5 Minutos.	Hoja de pape color blanco.

Carta Descriptiva.

Sesión 9. Plan de acción.

Objetivos: A) Crear un plan de acción para llevar a cabo la solución del problema que no favorece una buena alimentación. **B)** Crear un plan de acción para llevar a cabo la solución al problema que impide la actividad física. **C)** Reducir los niveles de estrés. **D)** Ejecutar el plan y registrar.

TEMA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN	MATERIAL
Saludo.	Interactuar de manera personal con cada paciente.	Platicar con cada paciente sobre la semana que transcurrió entre la última sesión y esta.	15 Minutos.	Recurso humano.
Repaso.	Revisar el manual de usuario.	Los pacientes comentarán al grupo los detalles y los pasos que seleccionaron solucionar el problema que no facilita la buena alimentación y actividad física.	30 Minutos.	Pizarrón.
Plan de acción.	Generar una estrategia para llevar a cabo la solución que permita una mejor alimentación y actividad física.	En equipos harán un tríptico donde venga el problema, solución y la descripción de los pasos para implementar la solución. Con la participación de todos los pacientes se hará un plan para implementar la solución ante el problema que no permite la buena alimentación y la actividad física.	60 Minutos.	Pizarrón.
Relajación.	Respiración diafragmática.	Practicar las respiración diafragmática.	10 Minutos.	Recurso humano.
Tarea.	Ejecución y autorregistro.	Los pacientes implementarán durante la semana las acciones descritas para implementar la solución al problema que no le permite mejorar su alimentación y la actividad física. Los pacientes registrarán el resultado que obtuvieron, lo que piensan sobre el resultado, consecuencia emocional del resultado y la consecuencia conductual del resultado.	5 Minutos.	Autoregistro.

Carta Descriptiva.

Sesión 10. Verificación de la ejecución de la solución.

Objetivos: **A)** El paciente identifique los pensamientos, las emociones y las conductas que experimento al ejecutar la solución al problema. **B)** Incrementar la probabilidad de que el paciente siga solucionando el problema que afecta a su alimentación y la actividad física. **C)** En caso de que el paciente no esté satisfecho con el resultado se modificara el plan de acción. **D)** Ejecutar el plan de acción y registrar.

TEMA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN	MATERIAL
Saludo.	Interactuar de manera personal con cada paciente.	Platicar con cada paciente sobre la semana que transcurrió entre la última sesión y la actual.	15 Minutos.	Recurso humano.
Autoevaluación.	Con apoyo del autorregistro los pacientes juzgarán los resultados de las soluciones implementadas para resolver el problema que impide mejorar su alimentación y la actividad física.	Los pacientes compartirán su experiencia y contestaran las preguntas: ¿Implemente la solución?, ¿Qué pienso sobre el resultado?, ¿Qué emoción experimento con el resultado?, ¿Qué consecuencia conductual produjo el resultado?	30 Minutos.	Recurso humano.
Verificación.	Reforzar la solución o modificación.	<p>¿El resultado me permitió alimentarme mejor y realizar una actividad física?</p> <p>El paciente validará si el resultado fue el que esperaba. Recibirá un refuerzo si la implementación de la solución le permitió resolver el problema que se relaciona con su alimentación y la actividad física.</p> <p>¿Qué debe modificar dentro del plan de acción para llevar acabo la solución del problema que no permite mejorar mi alimentación y mi actividad física?</p> <p>En caso de que el resultado final no haya sido el esperado, se recapitulará para identificar que parte del plan de acción se tiene que modificar.</p>	60 Minutos.	Pizarra. Tabla comparativa entre resultado anticipatorio y resultado final.
Relajación.	Respiración diafragmática.	Practicar las respiración diafragmática.	10 Minutos.	Recurso humano.
Tarea.	Ejecución y autorregistro.	<p>Los pacientes implementarán durante la semana la solución al problema que no le permite mejorar su alimentación y la actividad física.</p> <p>Los pacientes registrarán el resultado que obtuvieron, lo que piensan sobre el resultado, consecuencia emocional del resultado y la consecuencia conductual del resultado.</p>	5 Minutos.	Autorregistro.

Carta Descriptiva.

Sesión 11. Verificación de la ejecución de la solución.

Objetivos: **A)** El paciente identifique los pensamientos, las emociones y las conductas que experimento al ejecutar la solución al problema. **B)** Incrementar la probabilidad de que el paciente siga solucionando el problema que afecta a su alimentación y la actividad física. **C)** En caso de que el paciente no esté satisfecho con el resultado se modificara el plan de acción. **D)** Ejecutar el plan de acción y registrar.

TEMA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN	MATERIAL
Saludo	Interactuar de manera personal con cada paciente.	Platicar con cada paciente sobre la semana que transcurrió entre la última sesión y esta.	15 Minutos.	Recurso humano
Autoevaluación.	Con apoyo del autorregistro los pacientes jugarán los resultados de las soluciones implementadas para resolver el problema que impide mejorar su alimentación y la actividad física.	Los pacientes compartirán su experiencia y contestaran las preguntas: ¿Implemente la solución?, ¿Qué pienso sobre el resultado?, ¿Qué emoción experimente con el resultado?, ¿Qué consecuencia conductual produjo el resultado?	30 Minutos.	Pizarra.
Verificación.	Reforzar la solución o modificación.	<p><u>¿El resultado me permitió alimentarme mejor y realizar una actividad física?</u></p> <p>El paciente validará si el resultado fue el que esperaba. Recibirá un refuerzo si la implementación de la solución le permitió resolver el problema que se relaciona con su alimentación y la actividad física.</p> <p><u>¿Qué debe modificar dentro del plan de acción para llevar acabo la solución del problema que no permite mejorar mi alimentación y mi actividad física?</u></p> <p>En caso de que el resultado final no haya sido el esperado, se recaptulará para identificar que parte del plan de acción se tiene que modificar.</p>	60 Minutos.	Pizarra. Tabla comparativa entre resultado anticipatorio y resultado final.
Relajación.	Respiración diafragmática.	Practicar las respiración diafragmática.	10 Minutos.	Recurso humano.
Tarea.	Ejecución y autorregistro.	<p>Los pacientes implementarán durante la semana la solución al problema que no le permite mejorar su alimentación y la actividad física.</p> <p>Los pacientes registrarán el resultado que obtuvieron, lo que piensan sobre el resultado, consecuencia emocional del resultado y la consecuencia conductual del resultado.</p>	5 Minutos.	Autorregistro.

Carta Descriptiva.

Sesión 12. Consolidación de la solución.

Objetivos: **A)** El paciente identifique los pensamientos, las emociones y las conductas que experimento al ejecutar la solución de problemas. **B)** Que el paciente pueda solucionar un problema similar en el futuro. **C)** Promover las emociones adaptativas, el pensamiento racional y las conductas saludables para lograr los beneficios del tratamiento para la Diabetes Tipo 2.

TEMA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN	MATERIAL
Saludo	Interactuar de manera personal con cada paciente.	Platicar con cada paciente sobre la semana que transcurrió entre la última sesión y la actual.	15 Minutos.	Recurso humano.
Autoevaluación.	Con apoyo del autoregistro los pacientes juzgarán los resultados de las soluciones implementadas para resolver el problema que impide mejorar su alimentación y la actividad física.	Los pacientes compartirán su experiencia y contestaran las preguntas: ¿Implemente la solución?, ¿Qué pienso sobre el resultado?, ¿Qué emoción experimente con el resultado?, ¿Qué consecuencia conductual produjo el resultado?	30 Minutos.	Pizarrón.
Mantenimiento	Consolidar los efectos del entrenamiento.	Los pacientes mencionaran los beneficios que han experimentado desde resolvieron el problema. El terapeuta es hará una retroalimentación sobre los avances de cada paciente, y de las metas alcanzadas, reconociendo el progreso del individuo para afrontar problemas.	50 Minutos.	Recurso humano.
Relajación.	Respiración diafragmática.	Practicar las respiración diafragmática.	10 Minutos.	Recurso humano.
Cierre.	Despedida y agradecimiento.	Se agradecerá a cada uno de los pacientes que participaron durante las sesiones, motivándolos a seguir con una buena alimentación y practicando alguna actividad física que les permita. Los pacientes compartirán su experiencia para retroalimentar al terapeuta	15 Minutos.	Recurso humano.

Conclusión.

Parece que la solución no solamente radica en dar indicaciones a los pacientes para que realicen ciertas conductas. Hay otros factores que influyen de manera importante para que la persona lleve a cabo una conducta, por esta razón incrementar la autoeficacia frente a las conductas saludables puede influir de manera considerable en la adherencia al tratamiento. Incrementar la autoeficacia para afrontar la Diabetes Tipo 2 permitirá que la persona pueda tener conductas saludables como son una buena alimentación y una mayor actividad física, evitando que aparezcan las complicaciones relacionadas a la enfermedad.

La terapia grupal cognitivo conductual, para incrementar la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Tipo 2, es una herramienta que puede ayudar a los equipos interdisciplinarios del sector salud a evitar que la persona diagnosticada con esta enfermedad disminuya drásticamente su calidad de vida. Si nos limitamos a dar un tratamiento únicamente farmacológico y nos olvidamos de que el enfermo tiene pensamientos, emociones y conductas probablemente estamos omitiendo la parte más importante del tratamiento, es decir, el paciente. Tal vez por la alta demanda de la población enferma o la poca formación académica para comprender la conducta humana, los médicos no puedan brindar un servicio que facilite la adherencia al tratamiento. Por esta razón, el presente trabajo considera que el psicólogo debe de tener mayor participación dentro de un ambiente hospitalario, ya que su formación permitirá que se realice un trabajo más completo. Cabe mencionar que esta intervención debe implementarse casi a la par del diagnóstico y así evitar las complicaciones de esta enfermedad. Otras consideraciones para alcanzar los objetivos de esta intervención son la buena relación paciente- terapeuta. El nivel cultural de los pacientes puede influir en la comprensión de algunos temas, por esta razón se recomienda adaptar la información a un vocabulario con el menor número de tecnicismos, ya que pueden entorpecer la intervención. Dar material de repaso después de cada sesión puede facilitar que los pacientes retengan mejor la información y que pueden repasarla si es necesario. Las actividades para afianzar lo revisado durante cada sesión quedan sujetas a la creatividad del terapeuta, pero tiene que ser fundamentada en la teoría cognitivo conductual. Además, la autoeficacia se debe de trabajar en todas las personas que presentan una enfermedad crónica degenerativa (no solamente en el Diabético) y que necesitan modificar su comportamiento para mantener o mejorar su calidad

de vida. Es importante mencionar que el presente trabajo se hizo con la intención de responder a la poca adherencia al tratamiento de las personas con Diabetes Tipo 2, brindando una posible solución para mejorar su calidad de vida. También se tiene que reconocer que este trabajo solamente es una propuesta y estaría más completo si se hubiera llevado a cabo esta intervención. Para próximos trabajos se podría medir la eficacia de esta intervención aplicando el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) a un grupo experimental antes/después de la intervención y comparar los resultados con los obtenidos en un grupo control.

Por ultimo y de manera muy personal me gustaría concluir que la realización de esta propuesta de intervención me dejó un gran aprendizaje, no solamente académico sino como ser humano. Me permitió mirar de una manera más integrada a las personas que padecen alguna enfermedad. Pero el aprendizaje más significativo se dió cuando conocí toda la información que conforma el concepto autoeficacia, tuve un acercamiento con mi comunicación interior y pude identificar que mi nivel de autoeficacia era bajo. En mi sistema de creencias encontré oraciones que descalifican mi capacidad como: "no voy a poder realizar una tesis" o "no podré titularme", de una manera empírica trabaje sobre en mi autoeficacia, las 4 fuentes de autoeficacia me ayudaron para poder finalizar el presente trabajo. Básicamente el proceso de titulación me permitió creer más en mí y sé que en el futuro no habrá un trabajo que no puede hacer.

Referencias.

- Afkarian M, Zelnick LR, YN Hall, et.al. Manifestaciones clínicas de enfermedad renal entre adultos estadounidenses con diabetes. *Journal of the American Medical Association*. 2016; 316 (6): 602–610.
- Altamirano, L. M., & Cruz, D. L. (2009). Panorama general y factores asociados a la diabetes. *Rev Fac Med UNAM*, 52(5).
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 37(Supplement 1), S81-S90.
- Anguiano Serrano, S. (2014) Capitulo 8: “El tratamiento de la Diabetes Millitus tipo 2 en el campo de la medicina conductual” En Becerra Gávez A., Reynoso Erazo L. (2014) *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Primera edición. Editorial: Qartuppi, S. de R. L. de C.V. México, D.F
- Anguiano, Bravo, Coffin, Olvera, Rodríguez, Salinas, Rentería, Valadez % Valladares. (2013), *Psicoterapia cognitivo-conductual: Técnicas y procedimientos*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Arredondo, A., & De Icaza, E. (2011). Costos de la diabetes en América latina : evidencias del caso mexicano. *Value in health*, 14(5), S85-S88.
- Arrivillaga Quintero, M., Varela Arévalo, M. T., Cáceres de Rodríguez, D. E., Correa Sánchez, D., & Holguín Palacios, L. E. (2007). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento psicológico*,3(9).
- Asencio, M., & Stefani, K. (2017). Diabetes Mellitus tipo 2 como factor asociado a depresión en adultos mayores.
- Ballester Arnal, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivocompartamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15(4).
- Bandura, A. (1917). *Principles of behavior modification*, New York, Holt, Rinehart y Winston. Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action a social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ, 1986.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.

- Bandura, A. (1997). Cognitive process mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125-139.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy The exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: como afrontamos los cambios en la sociedad actual*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Bandura, A., & Rivièrè, Á. (1982). Teoría del aprendizaje social.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Becoña, E. (1998). "Técnicas de solución de problemas". En: F. Labrador, J. Cruzado y M. Muñoz (compiladores). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Cap. 26, pp. 710-743. Madrid, Pirámide.
- Blackwell, B. (1976). Treatment adherence. *The British Journal of Psychiatry*, 129(6), 513-531.
- Bourne, R. R., Stevens, G. A., White, R. A., Smith, J. L., Flaxman, S. R., Price, H., ... & Pesudovs, K. (2013). Causes of vision loss worldwide, 1990–2010: a systematic analysis. *The lancet global health*, 1(6), e339-e349. (retino platia)
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México, Siglo XX.
- Calero, D., Luna, J., Vera-Villarroel, P. y González, C. (2001). "Un estudio de validez del Inventario de solución de problemas sociales (social problema-solving inventory-R, SPSP-R)". *Psicología Conductual*, 9, 373-387.
- Caro, I. (2000). "Las psicoterapias cognitivas: Modelos básicos". En: I. Caro. *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona, Paidós, pp. 37-51.
- Chawla, R. (2013). *COMPLICACIONES DE LA DIABETES* (Vol. 1). Santiago Auroch
- Cobo, C., Fabián, M. G., & Moreno, M. (2006). El papel del ejercicio en el tratamiento de la obesidad. *Médica Sur*, 13(4), 151-155.
- Cohén, A. (1993), "Establecimiento de gaispos en un consultorio de práctica privada", en A. Alonso y H.I. Swiller (comps.), *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*, México, El Manual Moderno, 1995, cap. xix, pp. 353-362.

- D'Zurilla, R. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao, Descléede Brouwer.
- D'Zurilla, T., y Neuz, A. (2001). "Problem- Solving therapies", en K., Dobson-(editor). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. Cap. 7, pp. 211-245. 2ª ed. New York, The Guilford Press.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 619-630.
- De los Ríos-Castillo, J. L., Sánchez-Sosa, J. J., Barrios-Santiago, P., & Guerrero-Sustaita, V. (2004). Calidad de vida en pacientes con DM2. *Rev Med IMSS*, 42(2), 109-116.
- Díaz, B. K. B., García, N. A. H., Pineda, J. C., Burgos, H. S., & Padilla, E. A. P. (2016). Depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad/Depression in primary informal caregivers of patients with activity limitations. *RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 5(10), 148-173.
- Dunbar, J. M., & Stunkard, A. J. (1979). Adherence to diet and drug regimen. *Nutrition in Health and Disease*.
- Elliot R. Understanding Compliance and Persistence from an economics perspective. *Value Health* 2008; 11: 600-610.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, Lyle Stuart.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional emotiva. Volumen 1*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. y Russell, G. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Evans L, Sepلمان M. (1983). The problem of not compliance with drug therapy. *Drugs*; 2: 63-76.
- Fernández, I. A. M., Fernández, J. A. M., Espadas, J. C. N., Canto, A. S., & Piña, R. S. (2017). Perfil clínico y metabólico de la persona con diabetes tipo 2 en control ambulatorio de Oxkutzcab, Yucatán. *Revista de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica*, 7(14), 58-69.
- Flores-Lázaro, J. R., Rodríguez-Martínez, E., & Rivas-Arancibia, S. (2011). Consecuencias metabólicas de la alteración funcional del tejido adiposo en el paciente con obesidad. *Rev Med Hosp Gen Méx*, 74(3), 157-165.

- Frankl, V. E. (1994). *Logotherapie und Existenzanalyse: Texte aus sechs Jahrzehnt en*. Berlin: Quintessenz.
- Gigoux, J., Moya, P., & Silva, J. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. *Rev Chil Salud Pública*, 14(2-3), 238-70.
- Ginarte Arias, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.
- Gonzalez, J. S., Safren, S. A., Cagliero, E., Wexler, D. J., Delahanty, L., Wittenberg, E., ... & Grant, R. W. (2007). Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes care*, 30(9), 2222-2227.
- Haines, D. E. (2014). *Principios de neurociencia* (No. 611.8). Elsevier.
- Hurtado, M. S. D., & Nacimiento, C. L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando conceptos. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 18, 655-662.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2017). *Causas de mortalidad en México 1938-2016*. Recuperado de <http://www.mexicomaxico.org/Voto/MortalidadCausas.htm>
- Iturralde, K., & Arévalo, M. (2017). La depresión como factor de riesgo para un inadecuado control glicémico en pacientes con diabetes mellitus. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 34(1-2), 10-16.
- Kleinke, C. (1998). *Principios comunes en psicoterapias*. Barcelona, Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1968). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España, Siglo XXI.
- Liberman, R. (1990). *Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta*. México, Fontanella.

- Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G. E., Oliver, M., ... & Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes care*, 27(9), 2154-2160.
- Lomba, C. G., & Durán, A. L. (2017). REVISIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ADICCIÓN AL CANNABIS PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF CANNABIS ADDICTION REVIEW.
- Lustman PJ, Clouse RE. Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. *J Diabetes Complications* 2005; 19:113-122.
- Macía, D. y Méndez, F.X. (1999). Líneas actuales de investigación en psicología de la salud. En M.A. Simón (Ed.): Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones (cap. VII, pp. 217-258). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mahoney, J. (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas*. Teoría, investigación y práctica. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Martín Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista cubana de salud pública*, 30(4), 0-0.
- Martin, L. et al. The Challenge of patient adherence, *Ther.Clin Risk Manag.* 2005; 1 (3): 189-199.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*, 3(11), e442.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Moreno-Altamirano, L., Silberman, M., Hernández Montoya, D., Capraro, S., Soto Estrada, G., García-García, J. J., & Sandoval Bosh, E. (2015). Diabetes tipo 2 y patrones de alimentación de 1961 a 2009: algunos de sus determinantes sociales en México. *Gaceta medica de Mexico*, 151(3), 354-68.
- Munich, R. L. (1993), "Group Dynamics", en H.I. Kaplan y N.J. Sadock (comps.), *Comprehensive Group Psychotherapy*, Baltimore, Williams & Wilkins, 3a. ed., pp. 21-32.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, (2017). *La enfermedad de los riñones causada por la diabetes*. Recuperado de <https://www.niddk.nih.gov/health->

information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/prevenir-problemas/rinones

- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, (2011). *Neuropatías diabéticas: el daño de los nervios*. Recuperado de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/prevenir-problemas/neuropatias-diabeticas>
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México, Manual Moderno.
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddls, S. y Houts, P. (1999). *Helping cancer patients cope*. Washington, American Psychological Association.
- Olaz, F. O. (2001). *La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional*. Tesis de Licenciatura inédita. Facultad de Psicología U.N.C Argentina.
- Olivares, J y Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- Olivari M.C., & Urra M. E. (2007) Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13 (1), 9-15.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2013). *Adherencia al Tratamiento a Largo Plazo, 2004*. Recuperado de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (2017). *Diabetes*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia psicológica*, 29(1), 5-11.
- Pajares, F. (2002). Overview of Social Cognitive Theory and of Self - Efficacy. Recuperado de <http://des.emory.edu/mfp/eff.html>
- Peralta, M. L., & Carbajal, P. (2008). Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 17(3), 84-8.
- Portillo, I. D. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. Editorial Pax México.
- Puente Silva F. (1985) Adherencia terapéutica. México, DF: La Vanguardia de la Salud, 10 -96.

- Rentería, A. (2008). *Comunicación personal*.
- Reyes, G., & Briggith, K. (2018). Adherencia a las medidas preventivas y calidad de vida en pacientes hipertensos de la Microred la Palma Ica abril 2017.
- Rinn, R. y Markle, A. (2000). *Paternalidad positiva: modificación de conducta en la educación de sus hijos*. México, Trillas.
- Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R. M., & Román-Alvarez, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en tabasco*, 17(1-2), 30-35.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F., & Sánchez -Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International journal of clinical and health psychology*, 5(3).
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F., & Sánchez -Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International journal of clinical and health psychology*, 5(3).
- Rodríguez Bolaños, R. D. L. Á., Reynales Shigematsu, L. M., Jiménez Ruíz, J. A., Juárez Márquez, S. A., & Hernández Ávila, M. (2010). Costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo. *Revista panamericana de salud pública*, 28(6), 412-420.
- Rodríguez Marín L. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Ediciones Doyma, 40-58.
- Rodríguez-Morán, M., Mendoza-Ávila, E., Cumplido-Fuentes, A., Simental-Mendía, L. E., Rodríguez-Ramírez, G., Sánchez-Lazcano, G. J., ... & Meza-Villa, Á. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1).
- Rojtenberg, S. (2006). *Depresiones: Una introducción a su estudio*. Rojtenberg, S (Compilador). Depresiones. Editorial Polemos, SA.
- Rosenstock, I.M. y Kirscht, J.P. (1982). Why people seek health care? En G.C. Stone et al. (Dir.): *Health Psychology Handbook* (pp. 118-125). San Francisco, CA: Jossey-Bass

- Sabate, E. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004. *Consulta: el*, 15, 13.
- San Miguel, M. G. F., Sancho, M. C. G., & Abreu, C. C. (2010). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Medicina Interna de México*, 26(2), 100-108.
- Sánchez, E. M. L., Malonda, G. F., Rojo, E. R., Rodrigo, J. A. L., & Moreno, L. R. (2017). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes escolarizados. DITCA-CV. In Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria (pp. 237-250).
- Saran, R., Li, Y., & Robinson, B. (2015). US Renal Data System 2014 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States (vol 66, pg S1, 2015). *American Journal of Kidney Diseases*, 66(3), 545-545. (insuficiencia renal).
- Serrano, D., Ramos, D., Sotelo, M. y Bojórquez, C., (2012). Manual psicoeducativo de la diabetes. *Desarrollando conductas saludables*. Instituto tecnológico de Sonora.
- Silva, G. E., Galeano, E., & Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4).
- Skinner, B.F. (1979). Contingencias de reforzamiento. México, Trillas.
- Statista, (2017). *Ranking de los países con mayor número de enfermos de diabetes en 2017 (en miles)*. Recuperado de <https://es.statista.com/estadisticas/612458/paises-con-mayor-numero-de-personas-con-diabetes/>
- Stoltenberg, C. D., McNeill, B. y Delworth, U. (1998). *IDM Supervision: An Integrated Model for Supervising Counselors and Therapist*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Sullivan, H. S. (Ed.). (2013). *The interpersonal theory of psychiatry*. Routledge.
- Thomas, E. (2000). "Evolución de las psicoterapias cognitivas". En I. Caro. *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona, Paidós, pp. 25-35.
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud. *Anuario de Psicología*, 61, 9-18.
- Yalom, I. D. (1995), "The Composition of Therapy Groups", en ídem, *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books, 5a. ed., cap. ix, pp. 244 -265.

Yalom, I.D. (1995), "The Advanced Group", en *Ibidem*, *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Nueva York, BasicBooks, 5a. ed., cap. xii, pp. 326 -368.

Zaldívar D. (2003). *Adherencia terapéutica y modelos explicativos*. Salud para la vida.

Añexos

2. Hoja con los principales pensamientos irracionales.

PENSAMIENTOS IRRACIONALES	PENSAMIENTOS RACIONALES.
1. Es horrible, espantoso.	1. Es un contra tiempo, una contrariedad.
2. No puedo soportarlo .	2. Puedo tolerar lo que no me gusta.
3. Soy un(a) estúpido(a).	3. Mi comportamiento fue estúpido
4. Es un(a) imbécil.	4. No es perfecto.
5. Esto debería ocurrir.	5. Esto ocurre porque es parte de mi vida.
6. No tiene derecho.	6. Tiene derecho a hacer lo que le parezca, aunque preferiría que no hubiese sido así.
7. Debo ser condenado.	7. Fue mi culpa y merece sanción, pero no merezco ser condenado.
8. Necesito que él (ella) haga eso.	8. Quiero/ deseo/ preferiría que él (ella) haga eso, pero no necesariamente debe conseguirlo.
9. Todo sale siempre mal.	9. A veces, tal vez frecuentemente
10. Cada vez que ensayo, fallo.	10. A veces fracaso.
11. Nada funciona.	11. Las cosas fallan con más frecuencia de lo que debería.
12. Esto es toda la vida.	12. Esto es una parte muy importante de mi vida.
13. Esto debería ser más fácil.	13. Desearía pero, a menudo, lo que me conviene es difícil de lograr.
14. Debería de haberlo hecho.	14. Preferiría haberlo hecho mejor, pero hice lo que pude en ese momento.
15. Soy un fracaso.	15. Soy una persona que a veces fracasa.

3. Hojas con las 6 emociones básicas.

La sorpresa

- Reacción causada por algo imprevisto, novedoso o extraño.
- Esta emoción es frecuentemente seguida por otra emoción que va a depender de la cualidad del estímulo imprevisto, mostrando así su positividad (alegría) o negatividad (ira).
- Respecto a las reacciones fisiológicas, nos encontramos con una desaceleración de la frecuencia cardíaca y un aumento del tono muscular y la amplitud respiratoria. }

El asco

- Esta se caracteriza por una sensación de repulsión o evitación ante un estímulo real o imaginaria.
- La función adaptativa que cumple el asco es rechazar todos aquellos estímulos que puedan provocar una intoxicación.
- Los efectos fisiológicos centrales son la aparición de diversos malestares gastrointestinales, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, conductancia de la piel y tensión muscular.

El miedo

- El miedo es un estado emocional negativo o aversivo con una activación muy elevada que incita la evitación y el escape de situaciones peligrosas.
- Esta emoción nos es útil para preparar el cuerpo y producir conductas de huida o afrontamiento ante estímulos potencialmente peligrosos.
- Los correlatos fisiológicos nos muestran una elevación rápida de la activación y una preparación para la huida. La actividad cardíaca se dispara y la actividad respiratoria se acelera, produciendo una respiración superficial e irregular.

La alegría

- La alegría es, de todas las emociones básicas, quizás la más positiva: está asociada de manera directa con el placer y la felicidad.
- Es uno de los sistemas que tiene el cuerpo para incentivar la acción. Además, sirve de recompensa para aquellas conductas beneficiosas para uno mismo.
- A nivel fisiológico nos encontramos con un aumento de la tasa cardíaca y un mayor ritmo respiratorio. Además, en la química cerebral nos encontramos con una mayor liberación de endorfinas y dopamina.

La tristeza

- Se caracteriza por un decaimiento del estado de ánimo y una reducción significativa en su nivel de actividad cognitiva y conductual.
- La función de la tristeza es actuar en situaciones donde el sujeto se encuentra impotente o no puede llevar a cabo ninguna actuación directa para solucionar aquello que le apena, como el fallecimiento de un ser querido.
- A nivel fisiológico baja el nivel de actividad, con el objetivo de economizar recursos y evitar que hagamos esfuerzos innecesarios.

La ira

- Emerge cuando la persona se ve sometida a situaciones que le producen frustración o que le resultan aversivas.
- Tiene una función evolutiva clara, nos dota de los recursos necesarios para hacer frente a una situación frustrante.
- A nivel fisiológico, vemos en el cuerpo un aumento excesivo de la activación y una preparación para la acción. Observamos un aumento de la actividad cardíaca, el tono muscular y la amplitud respiratoria. Además, de un aumento significativo de la adrenalina en sangre, que a su vez aumentará la tensión cognitiva.

4. Autorregistro pensamiento.

<i>Fecha.</i>	<i>¿Qué pienso sobre mi estado de salud?</i>	<i>Racional</i>	<i>Irracional</i>

5. Autorregistro emociones.

<i>Fecha.</i>	<i>¿Qué emociones experimento sobre mi estado de salud?</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>

6. Autorregistro pensamiento emoción.

<i>Fecha</i>	<i>¿Qué pienso sobre mi estado de salud?</i>	<i>Racional</i>	<i>Irracional</i>	<i>¿Qué emociones experimento sobre mi estado de salud?</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>

7. Autorregistro alimentación y actividad física.

<i>Fecha.</i>	<i>¿Qué alimentos consumí?</i>	<i>Favorece mi salud.</i>	<i>NO favorece mi salud.</i>	<i>¿Qué situación crees que no te permite alimentarte de forma saludable?</i>

Fecha.	¿Qué actividad física realice?	Durante cuanto tiempo.	¿Qué situación consideras que no te permitió realizar una actividad física?

8. Balance decisional.

<i>Balance decisional.</i>	
¿Qué beneficios tengo al solucionar una situación que no me permite alimentarme bien?	¿Qué costos al solucionar una situación que no me permite alimentarme bien?
¿Qué beneficios tengo de NO solucionar una situación que no me permite alimentarme bien?	¿Qué costos tengo de NO solucionar una situación que no me permite alimentarme bien?

9. Autorregistro de resultado que obtuvieron, lo que piensan sobre el resultado, consecuencia emocional del resultado y la consecuencia conductual del resultado.

<i>Fecha</i>	<i>¿El resultado obtenido es el esperado?</i>	<i>¿Qué pienso sobre el resultado?</i>	<i>¿Qué emociones experimente con el resultado?</i>	<i>¿Qué conductas se produjeron después del resultado?</i>	<i>Observaciones.</i>

10. Entrevista inicial.

Fecha y Hora _____ Carnet _____ Diagnostico tentativo _____

Nombre _____ Ocupación _____ Entidad Federativa _____

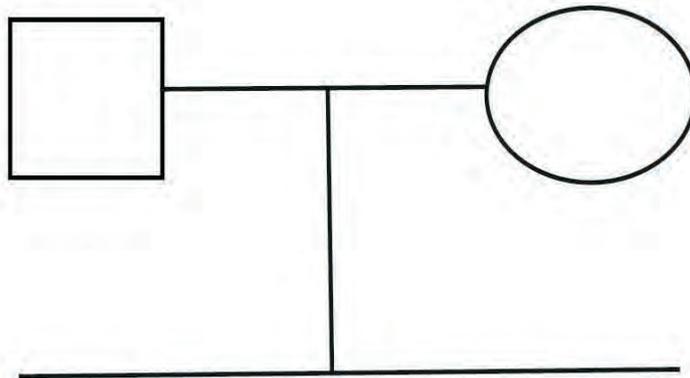
Recibo de pago _____ RFC _____ EMAIL _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre y número de un familiar _____

Motivo de consulta _____

FAMILIOGRAMA (Explorar las relaciones interpersonales de primero y segundo grado, las personas con las que vive, tipo relación que mantiene con los integrantes de su familia, la historia médica familiar, antecedentes patológicos, áreas laboral, creencias religiosas y académica.



Cuántas comidas hace al día: _____

Cuanto tiempo deja pasar entre una comida y la siguiente: _____

Cuántas veces por semana consume en su dieta:

Grupo alimenticio.	Frecuencia a la semana				Cantidad			
	<i>Menos de 1 vez</i>	<i>1 a 3 veces</i>	<i>4 a 6 veces</i>	<i>Diario</i>	<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Suficiente</i>	<i>Mucho</i>
Frutas								
Verduras								
Cereales								
Leguminosas								
Alimentos de origen animal								
Dulces o frituras								

Cuáles son las bebidas que acostumbra a beber:

TIPO	Frecuencia a la semana				Cantidad.			
	<i>Menos de 1 vez</i>	<i>1 a 3 veces</i>	<i>4 a 6 veces</i>	<i>Diario</i>	<i>Menos de 500 ML</i>	<i>500 a 1000 ML</i>	<i>1000 a 1500 ML</i>	<i>Más de 1500 ML</i>
Agua natural								
Agua de sabor								
Café (Con o sin azúcar)								
Te (Con o sin azúcar)								
Refresco de cola/ sabor								

Cuánto tiempo ha pasado desde que le diagnosticaron Diabetes Tipo 2 _____

Qué indicaciones le dio el medico _____

Siguió las indicaciones _____ *¿Por qué no las siguió?* _____

Qué conoce sobre la Diabetes Tipo 2(Síntomas, consecuencias, factores de riesgo y de protección)

Qué piensa sobre su estado de salud _____

Qué espera del tratamiento psicológico _____