



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

*TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN DE UN MANUAL PARA EL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DEPRESIÓN.*

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:
XOCHITL YADIRA BRAVO PAZ**

**TUTOR
DRA. CAROLINA SANTILLÁN TORRES TORIJA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

COMITÉ
**MTRA. MAETZIN ITZEL ORDAZ CARRILLO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DRA. EDITH FLORES HERNÁNDEZ
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

ESTADO DE MÉXICO, MÉXICO, SEPTIEMBRE, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco enormemente

A mi familia, por el apoyo incondicional y la incentivación constante a continuar.

A mi esposo, por ser un soporte en los momentos más difíciles.

A mis profesoras, por ser una guía impecable y mi inspiración más grande.

A mis pacientes, por permitirme ser parte de sus procesos y dejar un poco de mi en su vida.

ÍNDICE

Capítulo I

Traducción y adaptación del Manual para el Tratamiento de Depresión e Incumplimiento de Tratamiento Médico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

	1
Enfermedades Crónicas No Transmisibles.	
	1
Diabetes	5
Tratamiento	12
Adherencia al tratamiento	16
Diabetes y depresión	23
Tratamiento de depresión y adherencia	29
Construcción de materiales psicoeducativos	32
Método	
Participantes	41
Instrumento	41
Procedimiento	
Revisión bibliográfica	42
Adaptación de manual psicoeducativo	43
Proceso de validación	43
Análisis estadístico	47
Resultados	47
Discusión	54

Conclusiones	57
Capítulo 2	
Reporte de experiencia profesional	
Medicina Conductual	60
Medicina Interna	64
Características de la Sede	67
Estructura del Hospital Juárez de México	69
Unidad de trabajo del Residente en Medicina Conductual	70
Actividades desarrolladas en la sede y servicio	72
Productividad	76
Evaluación general del servicio	85
Desarrollo de competencias	88
Conclusiones	91
Referencias	93
Anexos	113

Capítulo I

Traducción y adaptación del Manual para el Tratamiento de Depresión e Incumplimiento de Tratamiento Médico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

La modificación de los estilos de vida que se han observado a través de los años como consecuencia del cambio en las fuentes de trabajo, además de la obtención y el procesamiento de los recursos naturales han traído consigo un sinnúmero de beneficios en educación, tecnología, salud, entre otros; sin embargo, también han contribuido en un cambio en el entorno de las personas, principalmente en situaciones medioambientales, sociales, demográficas, económicas e incluso en los hábitos de autocuidado.

Soto-Estrada et al. (2016) mencionan que como resultado de dichos cambios se ha observado un fenómeno al que denominan “transición de riesgos”, que hace referencia a los distintos tipos de factores de riesgo a los que la población ha estado expuesta a lo largo del tiempo y que han repercutido en las principales afecciones de salud y causas de mortalidad.

A principios del siglo pasado, dentro de las principales causas de muerte en México se encontraban la neumonía, enfermedades intestinales de tipo infecciosas como la fiebre amarilla, viruela, paludismo, tuberculosis, tosferina, sarampión entre otras, las cuales se debían esencialmente al deficiente desarrollo social y de infraestructura adecuada, causados

por la falta de higiene, la mala disposición de excretas y agua potable, el hacinamiento, incluyendo la ausencia de esquemas de vacunación y buenos servicios de salud. Sin embargo, de 1930 a 1985 la esperanza de vida al nacer aumentó de 36.8 a 62.3 años para los varones y de 38.2 a 66.1 años para las mujeres; mientras que la tasa de mortalidad general se redujo de 25.6 a 5.95 defunciones por 1,000 habitantes. Dichos cambios derivaron del control de las enfermedades antes mencionadas en conjunto de una mayor disposición de alimentos para las familias (González et al., 1986).

A partir de 1970 ante el desarrollo en investigación y tecnología dentro el sector salud estas enfermedades ya se encontraban bajo control en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo. No obstante, otro tipo de afecciones en la salud empezaron a tener mayor representatividad en la población, las cuales han sido denominadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y se atribuye su prevalencia e incidencia a factores de riesgo como el sedentarismo, el cambio en la alimentación cotidiana, el sobrepeso y obesidad, la exposición constante a estresores, además del aumento en las toxicomanías (Córdova-Villalobos et al., 2008; Reyes, 2013). En esta misma década el porcentaje de mortalidad atribuido a las ECNT era de 18% aproximadamente y para 1982 éste aumentó a 32.4% (González et al., 1986).

Durante el siglo XXI estas cifras han ido en ascenso, para el año 2013 el 63% de las muertes a nivel mundial fueron atribuidas a este grupo de enfermedades y para el 2017 este porcentaje aumentó 7% (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013; OMS, 2017).

La progresión de estas enfermedades ha dado lugar a la denominada crisis global puesto que se estima que el efecto poblacional y económico que tendrán se verá reflejado no solo en las defunciones provocadas, sino también en unidades de trabajo perdidas y el costo del tratamiento médico que aumenta anualmente (Abegunde et al., 2007; Piterman &

Yang, 2018). D Maio (2011) refiere que existen diversos mitos relacionados con estas enfermedades, entre ellos el que éstas son predominantes en los países de ingresos económicos altos, son más probables en personas de un estrato socioeconómico alto o en la etapa de la vejez, no se pueden evitar o es muy cara su prevención o control. Estos mitos tienden a obstaculizar la correcta atención y tratamiento, generando consecuencias desfavorables que evidencian la necesidad de hablar sobre las características reales de estas enfermedades.

De acuerdo con la OMS (2013) las ECNT se caracterizan por ser afecciones de larga duración y progresión lenta. Además de estas dos características Bravo (2014) y Espinosa (2016) refieren que este tipo de padecimientos frecuentemente tienen un diagnóstico incierto, tratamientos invasivos sin la posibilidad de ser erradicados en su totalidad y en ocasiones con efectos adversos, lo que hace necesaria una serie de cambios permanentes en el estilo de vida tanto en el individuo que las padece como en su familia y allegados.

La lista de las ECNT es larga, sin embargo, las cuatro más representativas por su alcance a nivel mundial son las cardiovasculares (ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma), cáncer y diabetes (OMS, 2017).

De acuerdo con dicho informe en 2018, las cuatro enfermedades cobran anualmente la vida de 41 millones de personas, es decir, son el 71% de muertes a nivel global, 15 de estos millones son muertes de entre 30 y 69 años edad, muchas de las cuales son consideradas muertes prematuras.

De los cuatro tipos de enfermedades, las cardiovasculares son consideradas las más letales al contar con 17.9 millones de muertes por año, seguidas del cáncer con 9 millones,

en tercer lugar, las respiratorias con 3.9 millones y, finalmente, la diabetes con 1.6 millones (OMS, 2018).

Particularmente en América Latina este grupo de enfermedades representa el 75% de defunciones o discapacidad, estimándose que para 2024 este porcentaje pueda aumentar más de 40% (Malfante, 2014). Dentro de los países más afectados se encuentran Uruguay, Costa Rica, Chile, Cuba y Argentina cuyas defunciones relacionadas a estos diagnósticos se acerca o sobrepasa el 80% (Di Cesare, 2015).

Específicamente en 2017 en México el 70% de las muertes fueron atribuidas al padecimiento de una de estas cuatro enfermedades, convirtiéndose en el 15% de riesgo de muertes prematuras (OMS, 2017).

El impacto que estas enfermedades está generando a nivel mundial es gigantesco, afectando en mayor medida a las poblaciones de bajos recursos, que se caracterizan por un mayor consumo de alimentos hipercalóricos ante la constante publicidad y la disponibilidad de éstos, además de la carencia de educación adecuada acerca del cuidado de la salud y recursos sanitarios suficientes para su atención (OMS, 2011).

La afectación de estas enfermedades no solo es visible en función de las muertes que generan por año, sino también ante las consecuencias individuales que se presentan al recibir un diagnóstico de alguna o varias de éstas. Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco (2015) mencionan que cuando esto sucede comienza una serie de cambios, entre los que se encuentra la alteración de la relación entre los integrantes de la familia (pareja, hijos o padres), el desarrollo paulatino de deterioro o incapacidad para continuar con las actividades cotidianas ante la aparición de dolor o debilidad, cambios inminentes en el estilo de vida, disminución en la autoestima y la capacidad de sentir satisfacción,

sumándose el desarrollo de alteraciones emocionales como ansiedad o depresión, consecuencias de la forma en que los cambios anteriores interactúan.

Durante los últimos años la prevención de estas enfermedades y sus consecuencias se han puesto bajo la mira de las organizaciones mundiales de salud y los gobiernos, quienes han establecido estrategias para intentar disminuir la exposición a factores de riesgo, aumentar la disponibilidad de atención primaria y medicamentos (OMS, 2018). Sin embargo, obstáculos como la desigualdad de acceso a los servicios de salud, la poca disponibilidad de atención integral o la baja o nula adherencia al tratamiento por parte de los pacientes han dificultado acercarse a las metas establecidas (Morales et al., 2018).

De manera puntual, el presente proyecto se enfoca en el abordaje de la atención emocional en pacientes con diabetes y la adherencia al tratamiento, por lo que es indispensable hablar de manera breve acerca de la diabetes y sus implicaciones en la población mexicana.

Diabetes

Como ya se mencionó una de las enfermedades no transmisibles con mayor afectación a nivel mundial es la diabetes.

Las primeras referencias acerca de esta enfermedad datan de la cultura egipcia, en la que se comenzó a describir síntomas compatibles con la misma en papiros, aunque como tal el término Diabetes, del griego que significa sifón, comenzó a utilizarse en el siglo II d. C. por Areteo De Capadocia para hacer referencia a un padecimiento caracterizado por la necesidad constante de orinar, beber agua, el deterioro de la piel y la supervivencia corta (Sánchez, 2007).

El estudio fisiológico y estructural se desarrolló de manera paulatina, comenzando en la segunda mitad del siglo XVII con el descubrimiento de la presencia de “azúcar” en la sangre, adhiriendo el término mellitus hasta el siglo XIX, por John Rollo, ante la identificación constante de pacientes cuya orina se caracterizaba por un aroma y sabor dulce. Al final del mismo siglo se determinó que esta característica es derivada de la presencia de glucosa en la orina; a partir del siglo XX tuvo lugar el desarrollo de tratamientos, específicamente el descubrimiento de la insulina y su función en 1921, sumándose posteriormente el establecimiento de la etiología y comorbilidades, marcando un avance más acelerado en el abordaje del padecimiento (Tattersall, 2016).

Al mismo tiempo que el estudio sobre diabetes comenzó a acelerarse durante el siglo XX, el crecimiento en la tasa de afectación por la misma también fue en aumento de manera acelerada. Específicamente esta enfermedad ha sido una de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles que mayor ascenso ha tenido a nivel internacional, tan solo de 1980 al 2014 aumentó de 108 millones a 422 millones de personas diagnosticadas en todo el mundo (OMS, 2017).

De acuerdo con la International Diabetes Federation (2015), para el año 2040 esta enfermedad tendrá un incremento del 65% en Centro y Sudamérica y, actualmente, México es el segundo país del continente americano, después de Brasil, con mayor prevalencia de diabetes (15.8%) en su población de entre 20 y 79 años.

La Secretaría de Salud Pública (2016) a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT MC) indica que el 9.4% del total de las personas entrevistadas estaban diagnosticadas con diabetes, siendo el 10.3% mujeres y el 8.4% hombres. Dichas cifras denotan un aumento en comparación a las encuestas realizadas por la

misma encuesta en 2006 y 2012 donde se obtuvo un porcentaje de prevalencia del 7.2% y 9.2%, respectivamente.

Además, se identificó que los adultos de entre 60 y 79 años son los que muestran mayor afectación; de acuerdo con la zona geográfica la zona sur presenta mayor prevalencia (10.2%), seguida de la zona centro (9.8%).

El 87% de todos los entrevistados reportan recibir tratamiento médico para la regulación de los niveles de glucosa en sangre (ENSANUT MC, 2016), lo que implica una alta inversión a nivel nacional. Barraza-Lloréns et al. (2015) expusieron que en México durante 2013 el gasto estimado para el tratamiento de diabetes fue de 362.8 miles de millones de pesos, lo que representó el 2.25% del (PIB), dicho gasto se repartió en gastos directos del tratamiento (medicamentos, atención ambulatoria, exámenes de laboratorio, transporte del paciente y atención de comorbilidades) con el 49% e indirectos (muerte prematura, ausentismo laboral, incapacidad laboral, invalidez y presentismo) con el 51%. A pesar de que estos datos parecieran reflejar cobertura y disponibilidad de atención a los pacientes con diabetes, la realidad es que hasta el momento los resultados obtenidos en su reducción y prevención no han sido satisfactorios.

La diabetes es una enfermedad muy conocida por la población en general, sin embargo, comúnmente solo se entiende como aquella enfermedad que está asociada a los altos niveles de glucosa en la sangre.

De manera más general la diabetes es una enfermedad que surge cuando el páncreas no produce la cantidad de insulina necesaria para el cuerpo o cuando el cuerpo no tiene la capacidad de utilizar la producida. La insulina es la hormona encargada de regular y procesar los niveles de glucosa que se adquieren mediante la alimentación, por lo que

cuando dicha hormona está ausente o no es posible utilizarla se tiene como resultado el aumento en la cantidad de glucosa en la sangre, fenómeno que se denomina hiperglucemia (Centros Para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2010). Sin embargo, al identificar el tipo de diabetes es posible definir específicamente la deficiencia particular.

La American Diabetes Association (ADA, 2017; ADA 2021) indica que la clasificación de la diabetes se compone de cuatro categorías principales:

Tipo 1: Este tipo se subdividen en 1A) la cual se caracteriza por ser autoinmune y usualmente implica la deficiencia absoluta de insulina como consecuencia de la destrucción de las células β en el páncreas encargadas de su producción; 1B) o idiopática hace referencia a los casos donde no es posible demostrar clínicamente el efecto autoinmune, pero existe la deficiencia en la producción de insulina absoluta.

Tipo 2: surge ante el aprovechamiento celular inadecuado de la insulina (resistencia a la insulina) secretada por el páncreas lo que tiene como consecuencia la concentración de glucosa en la sangre y genera la necesidad del suministro externo de dicha hormona. Ante este constante suministro el páncreas pierde paulatinamente la capacidad para secretar insulina hasta dejar de hacerlo.

Gestacional: se presenta durante el segundo o tercer trimestre del embarazo sin algún antecedente de diabetes tipo 1 o 2. En algunas ocasiones ésta se deriva de la incapacidad del organismo para producir insulina suficiente para las necesidades extra de la gestación. Sin embargo, si se presenta durante el primer trimestre existe alta probabilidad de que estuviera presente antes del embarazo.

Derivada de otra causa específica: ocasionada por otros factores como enfermedades del páncreas como cáncer, pancreatitis, inducida por toxicomanías, etcétera.

Para cualquiera de los cuatro tipos de diabetes se ha identificado una serie de síntomas que Fernández et al. (2011) describe de la siguiente forma:

Poliuria (necesidad frecuente de orinar) y polidipsia (sed exagerada y urgente): ante la incapacidad de los riñones para procesar el exceso de glucosa en el organismo, estos la diluyen utilizando el agua del cuerpo generando la necesidad de ir constantemente a orinar y al mismo tiempo un estado de deshidratación que produce un aumento en la sensación de sed.

Polifagia (hambre exagerada) y astenia (agotamiento): ante la incapacidad de utilizar la energía que proporciona la glucosa de los alimentos el organismo tiende a sentir debilidad y fatiga constantemente, misma razón por la que incrementa la ingesta de alimentos en búsqueda de dicha energía.

Disminución en el peso: Al no recibirse energía de la glucosa, el organismo intenta obtenerla a partir de las grasas que se encuentran en el tejido adiposo, que tiene como efecto el adelgazamiento.

Este tipo de enfermedad comenzó a tener relevancia hace apenas tres o cuatro décadas como consecuencia de la modificación del estilo de vida y de los factores de riesgo derivados de ésta. La asociación de Diabetes UK (2010), la International Diabetes Federation (2017) y la ADA (2017; 2021) indican que los principales factores de riesgo asociados son:

Historia familiar con diabetes: en este caso el porcentaje de riesgo está en función del parentesco y el tipo de diabetes. En el caso del tipo 1, si la madre es quien tiene diabetes

la probabilidad es del 2%, si es el padre del 8% y de ambos 30%, mientras que con hermanos o hermanas es del 10%, incrementándose este último si se cuenta con hermanos gemelos. En el caso del tipo 2, la probabilidad es del 15% si cualquiera de los padres tiene diabetes, 75% si ambos la tienen y del 10% si un hermano o hermana también.

Grupo étnico: en este caso los más susceptibles a desarrollar son los nativos americanos, afroamericanos, latinos y los residentes de las islas del pacífico.

Obesidad: como consecuencia de la acumulación de grasa en el organismo se genera la incapacidad de utilizar de forma adecuada la glucosa y se modifica la producción de insulina.

Dieta poco saludable y falta de actividad física: factores que de manera directa contribuyen a la ganancia de peso y la falta de uso de la glucosa presente en el organismo.

Edad: Con el avance de la edad aumenta la probabilidad de que se reduzca paulatinamente la capacidad de producción de insulina y uso de glucosa de forma adecuada.

Finalmente, estas mismas asociaciones identifican que otros factores relacionados son el haber tenido diabetes gestacional en por lo menos una ocasión o desnutrición, tener indicadores de hipertensión arterial, resistencia a la insulina y pertenecer al grupo socioeconómico medio-bajo o bajo.

Al ser una enfermedad no transmisible, tiene como característica principal no ser curable y progresar paulatinamente con el tiempo, y ocasiones apresuradamente si no se siguen las indicaciones médicas.

La International Diabetes Federation (2017) expone las principales complicaciones derivadas de la progresión de la Diabetes, entre las cuales se encuentran:

Enfermedades cardiovasculares: ante los altos niveles de glucosa en sangre se genera mayor actividad en el sistema de coagulación, aumentando el riesgo de generar

coágulos. Asimismo, se asocia con hipertensión arterial, el desarrollo de angina de pecho, enfermedades coronarias, infarto al miocardio, derrame cerebral, enfermedad arterial periférica e insuficiencia cardiaca congestiva.

Enfermedades del ojo diabético: en este caso los niveles persistentes de glucosa alta afectan de manera directa los capilares de la retina, lo que a su vez puede generar pérdida de la visión o la ceguera. Anteriormente solo se hablaba de la retinopatía diabética, sin embargo, se han agregado otros padecimientos oculares como edema macular diabético, cataratas, glaucoma, la pérdida de capacidad de enfoque y la doble visión.

Enfermedad Renal Crónica: el daño en la función de depuración en los riñones en las personas con diabetes se deriva de múltiples factores que se presentan, entre ellos están las constantes infecciones urinarias, la nefropatía diabética, la hipertensión o disfunción de la vejiga.

Neuropatía: ésta se genera ante la presencia de glucosa alta que poco a poco va dañando los nervios de todo el cuerpo. Esto deriva en la pérdida paulatina de la sensibilidad en el cuerpo, deterioro en la actividad motora y autonómica, favoreciendo la presencia de ulceraciones o infecciones graves, disfunción eréctil y problemas digestivos o urinarios.

Pie diabético: consiste en la lesión de los tejidos profundos de las extremidades inferiores derivada del daño neurológico y la enfermedad vascular periférica, ambas también complicaciones de la diabetes. Esta lesión puede evolucionar rápidamente y derivar en la amputación de la extremidad afectada, ya que ante la falta de sensibilidad y deficiencia en la respuesta inmune en ocasiones es detectada de manera tardía.

Algunas otras complicaciones incluyen las inflamaciones en las encías y demás enfermedades bucales como caries, candidiasis, síndrome de boca ardiente, deterioro del gusto etc.

El desarrollo de cualquiera de estas complicaciones puede presentarse como consecuencia de un largo tiempo de padecimiento de diabetes, sin embargo, se acelera su aparición ante el descontrol constante de la misma, incrementando al mismo tiempo la probabilidad de fallecimiento temprano.

Tratamiento

El tratamiento de la diabetes mellitus tiene como objetivo primordial mantener niveles glucémicos controlados, además de disminuir la probabilidad del desarrollo de comorbilidades como las ya mencionadas.

El primer componente en el manejo de la diabetes es el *farmacológico* integrado por medicamentos antidiabéticos y el suministro de insulina. De acuerdo con el ADA (2018; 2022), el tratamiento inicial para la diabetes tipo 2 es el uso de metformina, sin embargo, esta puede acompañarse o sustituirse con otros medicamentos como la insulina a partir de los niveles de hemoglobina glucosilada o de glucosa en sangre iniciales altos o ante la respuesta desfavorable a la metformina después de tres meses. Los medicamentos que se utilizan actualmente pueden clasificarse con base en su acción (Reyes et al., 2016; ADA, 2021b):

1. Aumento en la producción de insulina independientemente de la disponibilidad de glucosa: Sulfonilureas de primera y segunda generación; y Meglitinidas.
2. Disminución de insulino-resistencia: Biguanidas y Tiazolidinedionas.
3. Reducción de glucosa a través de la disminución de absorción en el tracto digestivo: Inhibidores de alfa glucosidasas y secuestradores de ácidos biliares.
4. Incremento de la secreción de insulina dependiente del nivel de glucosa y supresión de la secreción de glucagón: Inhibidores de DPP4, Agonistas del receptor de GLP1 y Análogos de amilina.

5. Insulinas y análogos de insulina: Insulina basal, Insulina prandial, Análogos basales y Análogos prandiales.

Cada uno de estos fármacos se administra de diferentes maneras, frecuencias y presentan efectos secundarios que a su vez difieren en cada persona, por lo que solo el personal capacitado puede decidir cuál es la mejor opción de medicamentos para llegar al objetivo de tratamiento farmacológico.

Además del tratamiento farmacológico existen otros componentes esenciales en el manejo de la diabetes que se engloban en el concepto de *Manejo del estilo de vida*, mismo que basa en cinco componentes descritos a continuación (Blanco et al., 2021; Reyes et al., 2016):

Autocontrol de la diabetes, educación y apoyo (DSMES, por sus siglas en inglés):

Enfocado en la orientación oportuna en el personal de salud para mejorar la atención que proporciona a las personas con diabetes, asegurarse de la toma de decisión consciente partiendo de las necesidades propias del paciente y su entorno, además del manejo funcional de momentos críticos del tratamiento, por ejemplo, cuando impliquen algún cambio corporal inesperado. De manera concreta se enfoca en empoderar a los pacientes en el control del padecimiento mediante estrategias de educación dirigidas a las siete conductas básicas de autocuidado: alimentación sana, actividad física, auto monitorización, toma de medicamentos, resolución de problemas, reducción de riesgos y afrontamiento saludable. La forma en que se provee dicha educación se caracteriza por ser cíclica comenzando por la valoración de cada paciente y su entorno, continuando con la planificación e implementación

de manera personalizada, concluyendo con la valoración de la eficacia de las estrategias implementadas (Hevia, 2016).

Asesoramiento nutricional: Proceso que tiene como objetivo promover y facilitar nuevos patrones de alimentación saludables, compuestos por una amplia variedad de alimentos que favorezcan la obtención de peso y composición corporal saludables, objetivos glucémicos, niveles de presión arterial y demás parámetros que permitan postergar la aparición de complicaciones o comorbilidades. El aspecto fundamental de este asesoramiento es la personalización, ya que no existen parámetros universales para las personas con o sin diabetes, lo recomendable es partir de los propios patrones alimenticios de la persona y su grupo primario de apoyo, las creencias erróneas acerca de la alimentación y hábitos insanos, para que de manera cercana sea posible generar una adaptación agradable a este nuevo régimen de alimentación y sea perdurable.

Eliminación del consumo de tabaco o cigarrillos electrónicos: Se basa en el asesoramiento desde el prediagnóstico y diagnóstico de diabetes acerca de la prevención o disminución y posterior abandono del consumo de tabaco identificado como un factor que aumenta el riesgo de comorbilidades de la diabetes principalmente de tipo vascular. Dicho asesoramiento puede componerse desde el apoyo telefónico hasta el uso de tratamientos farmacológicos partiendo de la dependencia de nicotina que presente la persona.

Actividad física: Parte de cualquier movimiento que implique el uso de energía física, por ejemplo, caminatas, quehaceres del hogar o salir de paseo con una mascota; por otro lado, de manera más estructurada y enfocada a mejorar la condición y rendimiento físico. Ambos tipos son benéficos para el cuidado de las personas con diabetes y obesidad, sin embargo, en el caso del segundo se ha comprobado que permite reducir riesgos cardiovasculares, mejora el control de glucosa en sangre, permite la pérdida de peso, incluso se ha comprobado que puede retrasar o prevenir el desarrollo de diabetes tipo 2. Los ejercicios recomendados para las personas con diabetes tipo 2 son los de *tipo aeróbico* que aumenta la sensibilidad a la insulina, las enzimas oxidativas, el cumplimiento y la reactividad de los vasos sanguíneos, la función pulmonar, la función inmunológica y el gasto cardíaco; el *ejercicio de resistencia* permite aumentar la masa muscular, la composición corporal, la fuerza, la función física, proteger la salud mental, la densidad mineral ósea, la sensibilidad a la insulina, la presión arterial, los perfiles de lípidos y la salud cardiovascular; finalmente ejercicio que se caracterice por promover la flexibilidad y equilibrio, aspectos que si bien no impactan de manera directa en el control glucémico permiten prever la aparición de comorbilidades (Colberg et al., 2016).

Cuidado psicosocial: Orientado a atender a una serie de factores denominados como psicosociales que engloban aspectos ambientales, sociales, familiares, del comportamiento y emocionales que tienen un factor determinante en el cuidado de la obesidad y la diabetes. En otras palabras, se entiende que la persona que se enfrenta a las complicaciones de la obesidad y el diagnóstico de diabetes se ve en la

necesidad de empezar cambios en su vida y su familia que implican más que tomar medicamentos, del mismo modo se presume que diversos cambios propios de la vida como cambios de residencia, pérdidas de trabajo, problemas familiares pueden impactar de manera favorable o desfavorable el tratamiento oportuno. Con base en esto se propone, una evaluación al inicio del diagnóstico de diabetes y constante acerca de posibles alteraciones emocionales como ansiedad, depresión, preocupaciones sobre el reciente diagnóstico, trastornos alimenticios preexistentes, circunstancias de vida, entorno familiar conflictivos, apoyo social, acceso a medicamentos, entre otros (Young-Hyman et al., 2016).

Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento hace referencia al grado en que los comportamientos de autocuidado de una persona coinciden con cada una de las recomendaciones y/o indicaciones dadas por el personal de salud establecidas en común acuerdo con el propio paciente (Gardner, 2014); en el caso específico de diabetes se espera que dichas indicaciones abarquen las características del tratamiento antes descritas, considerándose así la adherencia como el proceso mediante cual es posible mantener una buena calidad de vida evitando complicaciones de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles.

De manera contraria, la no adherencia al tratamiento se caracteriza por comportamientos contrarios a los establecidos para el cuidado de la persona que derivan en complicaciones tanto agudas como crónicas, por ejemplo, en diabetes estos comportamientos pueden ser no suministrar los medicamentos en tiempo y dosis, no hacer actividad física y no seguir las recomendaciones alimenticias, mismos que están asociadas a

un bajo control de hemoglobina glucosilada y de presión arterial, además del incremento de hospitalizaciones y mortalidad (Ho et al., 2006).

La adherencia al tratamiento se evalúa de dos formas principales. Una de ellas es de forma directa que engloba estrategias como la terapia directamente observada, la medición del nivel de medicamento en muestras biológicas, su metabolito en sangre y la medición del marcador biológico en sangre. Por otro, se encuentra la forma indirecta que hace referencia a la aplicación de autoinformes, recuento de pastillas, revisión de la respuesta clínica del paciente, asistencia a citas, diario de los pacientes, cuestionarios para el cuidador primario. Dentro de las estrategias indirectas destacan los autoinformes y los cuestionar cuestionarios al ser los más utilizados y en específico la prueba de Morisky-Green y la escala de Haynes-Sackett en diferentes padecimientos (Fortea, 2017; López-Romero et al., 2016).

Existen diversos modelos desde la psicología de la salud que explican la forma en que estos factores se afectan entre sí para aumentar o decrementar la probabilidad de adherencia terapéutica. Holmes et al. (2014) destacan que entre los modelos explicativos más representativos se encuentran la teoría de acción razonada, el modelo de creencias sobre la salud y la teoría del comportamiento planificado, mismas que conforman la teoría cognitiva social; además, también se encuentran el modelo de autorregulación y el modelo transaccional de estrés y afrontamiento, aunque se caracterizan por ser menos representativos.

El modelo de *Creencias Sobre la Salud* surge a partir de la década de los 50', fue desarrollado por el equipo de psicólogos conformado por Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock con el objetivo de plantear un enfoque de prevención en salud basado en dos variables básicas: a) el valor que el individuo da a una determinada meta y b) la estimación que él mismo hace sobre la probabilidad de que un comportamiento acerque a la meta

establecida (Moreno & Rosales-Nieto, 2003). De acuerdo con uno de los fundadores las dimensiones con las que cuenta el modelo son cuatro: la susceptibilidad, la severidad percibida, los beneficios y las barreras percibidos (Rosenstock, 1974). La susceptibilidad percibida, hace referencia a la percepción que cada individuo tiene sobre el riesgo de desarrollar o adquirir una enfermedad, en otras palabras, habla sobre qué tan vulnerable se siente una persona a enfermarse. La severidad percibida engloba aquellas creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad, es decir, consecuencias de la pérdida de la salud a nivel fisiológico y a nivel social. En cuanto a los beneficios percibidos, estos abordan creencias de la persona respecto a la efectividad relativa que diferentes comportamientos disponibles en su repertorio sobre la recuperación de la salud a nivel físico, pero también social, particularmente la percepción de eficacia va a estar influida por los diversos grupos sociales del individuo. Finalmente, las barreras percibidas son determinados aspectos potencialmente negativos sobre un comportamiento dirigido a restablecer la salud, como el costo en cuanto a tiempo, dinero, recurso humano o efectos secundarios desagradables.

Moreno y Rosales-Nieto (2003) destacan que además de estos elementos posteriormente se agregaron al modelo las denominadas claves para la acción, descritas como factores desencadenantes de la conducta orientada al restablecimiento de la salud, estas pueden ser internas (percepciones corporales) o externas (interacción con iguales y factores asociados a la salud). Del mismo modo, con el paso de los años algunas variables agregadas han sido de tipo demográficas, socio psicológicas y estructurales.

La *Teoría de la Acción Razonada* propuesta por Fishbein y Ajzen a partir de 1967 y posteriormente renombrada como *Teoría del comportamiento planificado*, se basa en la capacidad individual de discernir sobre aquellos comportamientos adecuados tomando

como referencia la información del entorno (Iglesias, 2005). La variable central en el modelo es la denominada *Intención conductual* la cual deriva de la actitud que cada individuo genera acerca de un comportamiento y la norma social bajo la cual se rige. Específicamente definen la actitud hacia un comportamiento como resultado de la suma de las creencias más la evaluación constante de las mismas, donde ambas dependen de los atributos, las consecuencias aprendidas y la probabilidad de que estos se cumplan. Las variables que complementan el modelo son (Iglesias, 2005; Reyes, 2007; Ajzen & Gilbert, 2006):

- Creencias:
 - Disruptivas: aquellas que se obtienen de la observación directa de un objeto dado por el individuo.
 - Inferenciales: forjadas a partir de características no observables que se generan a través de la experiencia o deducciones lógicas.
 - Informativas: derivadas del conocimiento adquirido de otras personas.
 - Normativas: información sobre la postura de personas referentes (amigos, familiares, profesores, etc.) acerca de un comportamiento.
- Motivación para acomodarse: intención de acoplarse a las creencias normativas.
- Norma subjetiva: apropiación de normas propuestas o impuestas por los integrantes de grupos sociales representativos. Deriva de la integración de las creencias normativas y la motivación a acomodarse.
- Conducta: acción observable.
- Objeto: aquello a lo que está dirigida la conducta.
- Tiempo: momento en el que ocurre la conducta.

- Contexto: lugar en el que ocurre la conducta.

Este modelo ha sido utilizado para predecir y comprender la adherencia al tratamiento en temas de planificación familiar, trastorno en el consumo de sustancias, pérdida de peso, etc.

El *Modelo de Autorregulación* sostiene que cada persona es un solucionador activo de sus problemas, donde las soluciones que desarrolla están sujetas al contexto donde se generan, la motivación provocada de la percepción de la amenaza (a la salud), la urgencia de la misma, los recursos disponibles y la posible satisfacción ante la solución elegida (Horne & Weinman, 2002; Leventhal et al., 1998). El modelo desarrolla de manera amplia y explícita el concepto de las *Representaciones* como reguladoras en el comportamiento de las personas ante padecimientos. Explican que las representaciones están ligadas a la realidad de al menos tres formas:

1. Las dimensiones del mundo físico, incluida la experiencia corporal.
2. Las representaciones generan metas u objetivos para la acción adaptativa, y son validadas o invalidadas por la retroalimentación de realidades internas y externas que se ven afectadas por actos dirigidos a objetivos.
3. La experiencia acumulada de otros, en forma de información cultural y sociales un elemento en la construcción de representaciones y en la adquisición, selección y ejecución de procedimientos de afrontamiento.

Para estos autores las representaciones de una enfermedad tienen dos características primordiales:

Contenido: define la naturaleza de la amenaza para la salud que incluye su nombre (socialmente establecido), los síntomas que la caracterizan, causas o etiologías, el tiempo

de duración, tratamiento y recuperación, consecuencias, percepción de control de la misma, basada en la posibilidad de prevenir, curar o evitar su progresión.

Organización: hay dos tipos de organización de las representaciones, el primero con base en las características e información de la amenaza para la salud y el segundo involucra un procesamiento cognitivo.

Proponen que la autorregulación ante la enfermedad se genera a partir de las representaciones acerca de la misma más la elaboración de un plan de afrontamiento generando un comportamiento motivado al autocuidado (Leventhal et al., 1992). Sin embargo, los autores exponen que dicho planteamiento tiene mayor aplicación en personas que ya atraviesan por la experiencia de un padecimiento mientras que en relación a la promoción de la salud y prevención necesitan de la inclusión de conceptos como la percepción de riesgo en función de la edad, sexo, cercanía con algún padecimiento por familiares o amigos, entre otros.

Finalmente, el modelo *transaccional de estrés y afrontamiento* sostiene que la forma en que las personas resuelven o no las situaciones percibidas como amenazantes o desbordantes es a partir de dos procesos de valoración; la primera evalúa si la situación es dañina o no, además del nivel de gravedad la misma; la segunda valoración está dirigida a evaluar si se cuenta con las capacidades o habilidades para vivir la situación si di dichas capacidades son suficientes (Rodríguez et al., 2016).

Como consecuencia de dichas valoraciones se ponen en acción diferentes estrategias, mismas que los autores del modelo clasifican inicialmente en aquellas dirigidas a la regulación emocional y las dirigidas a cambiar el problema (situación). La selección de una u otra deriva de la valoración acerca del posible cambio de situación, cuando esta parecer ser viable es probable que se pongan en acción las estrategias dirigidas al problema,

cuando se percibe que dicho cambio no es posible son las estrategias dirigidas a la emoción las seleccionadas (Folkman, 1984). Posteriormente se agregó el grupo de estrategias bajo el nombre de Afrontamiento centrado en estados positivos que hacen referencia al ejercicio de crear eventos positivos de manera intencional o generar la percepción consciente de positividad dentro eventos no planeados mediante el uso del humor, teniendo como resultado la evocación de emociones agradables y el establecimiento de relaciones interpersonales funcionales en momentos difíciles (Folkman & Teddlie, 2000).

El estudio del uso de las diversas estrategias ante el padecimiento de enfermedades crónicas ha demostrado que pueden ser o no adaptativas y no siempre el proceso es favorecedor, incluso cuando se logra eliminar o mitigar el estresor (el padecimiento o síntomas del mismo), el proceso en sí mismo puede llevar a una fatiga que puede llegar a tener iguales consecuencias negativas que el estresor, puesto que agotan la capacidad psíquica y limitan los recursos de las personas (Rodríguez et al., 2016).

Lazarus y Folkman (1984) sugieren tres vías a través de las cuales el afrontamiento podría afectar adversamente el estado de salud somática y que pueden asociarse al grado de adherencia o incumplimiento de las personas. Primero, el afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y patrones de las respuestas neuroquímicas y de esta forma agudizar o mitigar síntomas o patologías; en segundo lugar, el afrontamiento puede afectar negativamente a la salud cuando implica el uso excesivo de sustancias nocivas como alcohol, drogas, tabaco, medicamentos, o cuando implica a la persona en actividades de alto riesgo para la vida y las extremidades; y tercero, ciertas formas de afrontamiento (p. ej., en particular los procesos similares a la negación) pueden perjudicar la salud al impedir el comportamiento adaptativo relacionado con la salud o la enfermedad (Folkman et al., 1986).

Varios son los factores identificados en la no adherencia al tratamiento y se han estudiado ampliamente tal y como lo demuestran Capoccia et al. (2016), donde mediante una revisión sistemática de 98 artículos, observaron que entre los factores más relevantes se encuentra el tipo de medicación, siendo la insulina la que presenta menor adherencia, el costo del tratamiento, las creencias o mitos acerca del tratamiento, la visión cultural del uso de medicamentos, los efectos secundarios o adaptación a los mismos y; finalmente, destaca el desarrollo de trastornos emocionales o la aseveración de trastornos preexistentes. Uno de los que tiene mayor comorbilidad dentro de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles son los trastornos de depresión. A continuación, se aborda la relación entre dicho trastorno con la diabetes y los tratamientos que se han desarrollado para su atención en conjunto.

Diabetes y depresión

El estudio de lo que hoy conocemos como depresión es uno de los más antiguos en relación con el abordaje de los trastornos o alteraciones emocionales. Se atribuye el origen del estudio desde la doctrina médica de Hipócrates con el uso del concepto de melancolía en el siglo V a. C., mismo utilizado en el siglo II d. C. por Areteo de Capadocia, dicha conceptualización partía del estudio de lo que en esa época se conocía como humores: sangre, flema, bilis y atrabilis; en este último se expresaban los síntomas y signos de lo que se entendía por melancolía: lo negro, lo agrio, lo pesado, lo triste y el temor. A través de los siglos los estados severos de tristeza y temor fueron asociados a diversas posibles causas como demonios en la edad media y justo al final de esta época a orígenes orgánicas más definidos como el corazón, el cerebro, el útero y el cuerpo en general; para el siglo XVII se

reconoce la melancolía como una enfermedad mental asociada a la pérdida de la razón y el desarrollo de demencia (Zarragoitía, 2010).

A finales del siglo XIX el término de melancolía comenzó a perder poder dentro de la terminología médica para dar entrada al concepto de depresión y distimia; de esta forma para el siglo XX dentro del comienzo del uso DSM el término utilizado inicialmente fue reacción maníaco-depresiva, debido a la asociación sólida que a través de los años se identificó entre manía y tristeza severa. En las siguientes ediciones del mismo manual se comenzó a distinguir los trastornos individuales de depresión para dar origen a lo que hoy en día se denomina episodio de depresión mayor y trastorno de depresión mayor (Zarragoitía, 2010).

En la actualidad, de acuerdo con la OMS (2019), la depresión es un trastorno emocional que se caracteriza principalmente por la presencia de periodos marcados de tristeza, pérdida de la capacidad para experimentar placer o interés por actividades, pensamientos de culpa, alteraciones en el sueño (insomnio o hipersomnias), alteraciones en alimentación (aumento o disminución significativa, cansancio, dificultad en la concentración. A estas características la APA (2014) agrega otras como sentimientos de inutilidad y culpabilidad excesiva o inapropiada, pensamientos de muerte constantes e ideación suicida en algunos casos; síntomas que generan un deterioro significativo en las distintas áreas de desempeño de las personas.

Los modelos teóricos que han dado explicación al desarrollo y consolidación de estados de depresión son diversos. De acuerdo con Vázquez et al. (2000), Korman y Sarudiansky (2011) los modelos más representativos son los siguientes:

- **Conceptualización psicoanalítica:** se describe la presencia de fatiga, sensación de cansancio, debilidad sexual, desinterés por el entorno, incapacidad para amar, presencia de autorreproches y auto denigraciones, etc., como consecuencia del deterioro de la Yo y la presencia de autocrítica agresiva constante.
- **Abordaje conductual:** Sugiere que la depresión es un fenómeno derivado del aprendizaje relacionado con interacciones negativas entre los individuos y su entorno, mismas que pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones. A este principio se suma el efecto de la disminución de la presencia de refuerzos percibidos como positivos, efecto que puede derivar de la carencia de los mismos en el entorno, la dificultad para generarlos u obtenerlos y la disminución de situaciones percibidas como reforzadoras positivas. De esta forma, ante la interacción o interacciones percibidas como negativas en las que las que se suma la posibilidad disminuida de refuerzos positivos se genera un deterioro significativo en el autoconcepto, comienza a haber pensamientos culpabilidad, desvalorización y/o catastróficos recurrentes, que consolidan los estados de depresión.
- **Modelo de autocontrol:** sostiene que la depresión es el resultado de la exposición constante a castigos y muy esporádica o nula a refuerzos positivos, generando una perspectiva perfeccionista poco realista que hace que los resultados negativos o insatisfactorios sean los más significativos. Este modelo se centra en mayor medida en los sesgos cognitivos que se generan y la deficiencia en habilidades de autorrefuerzo, rendimiento comportamental y manejo de contingencias.
- **Teoría cognitiva:** esta teoría desarrollada ampliamente por Beck et al. (2005) describe que existen tres patrones cognitivos presentes en el trastorno de depresión:

triada cognitiva, esquemas cognitivos y errores en el procesamiento de la información. Dichos autores describen la triada cognitiva con base en tres principios: percepción negativa acerca de sí mismo, percepción negativa de todo aquello que se experimenta o rodea y, en tercer lugar, una idea arraigada sobre un futuro desesperanzador. Con relación a lo que estos autores denominan esquemas cognitivos, la característica en personas con depresión es que los patrones de pensamiento con los que interpretan las situaciones a las que se enfrentan tienden a ser inadecuados generando una percepción negativa que se enriquece haciéndose más inflexible en los casos más severos de depresión. La forma en que estos esquemas se enriquecen proviene de una serie errores cognitivos o de interpretación basados en lo que los autores denominan organización primitiva de la realidad que se caracteriza por pensamientos extremos, negativos, categóricos y absolutistas.

- Modelo de solución de problemas: este abordaje destaca la importancia del desarrollo de habilidades en solucionar problemas, puesto que la ausencia de las mismas es interpretada por el modelo como la principal causa del desarrollo de un estado de depresión.
- Teoría de indefensión aprendida: propone que el desarrollo de la depresión es consecuencia de la incapacidad de establecer relaciones funcionales entre su comportamiento y las contingencias ante el mismo, siendo característico de la depresión que los individuos interpreten que aquello que ocurre posterior a la ejecución de un comportamiento sólo está en función de ellos mismos, dicha contingencia no cambiará o es muy difícil que lo haga y es probable que se reproduzca en muchas situaciones. De manera contraria, personas con menor probabilidad de desarrollar episodios de depresión interpreta las contingencias a su

comportamiento como dependientes de diversos factores (únicamente en función de ellos mismos), comprenden que es resultado de una situación específica y son conscientes de que dicha contingencia se puede modificar.

Los diversos modelos han permitido identificar que el desarrollo de un trastorno emocional como es la depresión está determinado por múltiples factores; partiendo del hecho que la conciencia del haber desarrollado un padecimiento carente de

La relación que se ha desarrollado entre el padecimiento de DM2 y depresión ha sido estudiada desde hace tiempo demostrándose que ésta es de tipo bidireccional (Castillo-Quan et al., 2010; Semenkovich et al., 2015), en donde tanto los factores relacionados con DM2 como obesidad, síndrome metabólico y sus comorbilidades son factores de riesgo para el desarrollo de depresión (Luppino et al., 2010); y viceversa, factores asociados con depresión como ganancia de peso, abandono de la actividad física y el uso de antidepresivos en dosis altas durante largos lapsos de tiempo son factores de riesgo para el desarrollo de DM2 (Andersohn et al., 2009).

Rotella y Mannuci (2012) identificaron mediante un metaanálisis de seis años de investigaciones enfocadas en comparar la prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes con diabetes, que el porcentaje de ésta es mayor (1.6%) en comparación con quienes no padecen la enfermedad crónica (1.4%). De igual forma, Ali et al. (2006), por medio de un estudio similar abarcando desde 1980 a 2005 observaron que la prevalencia es de casi el doble en el caso de pacientes con diabetes (17% vs 9.8%) siendo las mujeres las mayormente afectadas, corroborando los resultados encontrados cinco años antes por Anderson et al. (2001).

Si bien, estos estudios muestran de manera global el porcentaje de pacientes con diabetes que tienen depresión, la prevalencia en cada país se presenta de manera distinta, puesto que factores socioculturales influyen de manera considerable, por ejemplo, en China se ha identificado que la prevalencia es cercana al 6% (Zhang et al., 2015), mientras que en Rumania se ha encontrado que es aproximadamente del 12% (Mocan et al., 2016), en España del 32% (Rodríguez et al., 2014) y en Perú del 58% (Constantino-Cerna et al., 2014).

En el caso de México, Colunga-Rodríguez et al. (2008), en un estudio realizado con 450 personas con diabetes encontraron que el 63% de ellas presentaba síntomas de depresión, con una mayor prevalencia en mujeres, aunque en el caso de llevar más tiempo con el diagnóstico de diabetes los hombres fueron quienes mostraron mayor porcentaje. Recientemente, Rivas-Acuña et al. (2011), en una muestra de 100 pacientes con diabetes se obtuvo que 56% de los pacientes presentaban síntomas de depresión, 78% de estos síntomas correspondían a depresión media, siendo las mujeres quienes mostraron mayor afectación.

Con base en estos resultados se deduce que por lo menos el 50% de las personas con diabetes cursan o cursarán con un episodio de depresión o trastorno de depresión mayor a lo largo de su padecimiento que influya en la forma en que la persona se adhiere a las recomendaciones dadas por el personal de salud para el cumplimiento de rangos de azúcar en sangre saludables, la evitación o postergación del surgimiento de comorbilidades orgánicas, así como la reducción de gastos de cuidado de las mismas y aumento en el apoyo en los medicamentos necesarios en el tratamiento óptimo.

Tratamiento de depresión y adherencia

El desarrollo de posibles tratamientos para la regulación o remisión de los síntomas de depresión ha estado a cargo por diversas disciplinas como la medicina alternativa, herbolaria, farmacología, psicología y psiquiatría, sin embargo, estas dos últimas son las que mayor representatividad y evidencia científica han aportado.

De acuerdo con Beck y Alford (2009), el tratamiento para la depresión se compone de dos vertientes principales, la primera engloba los tratamientos somáticos que hacen referencia aquellos que tienen efecto fisiológico directo como el uso de fármacos o estabilizadores del estado de ánimo, terapia electroconvulsiva y la estimulación eléctrica transcraneal. La segunda vertiente se compone por los diversos enfoques de atención psicoterapéutica.

Con relación a los tratamientos somáticos, particularmente los fármacos, la diversidad de los mismos actualmente es amplia debido a que aproximadamente desde la década de los 50's comenzó el uso de los antidepresivos tricíclicos (ADT), inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs), 20 años después tuvieron lugar los antidepresivos atípicos y heterocíclicos y a finales de siglo tuvo lugar una significativa innovación con el surgimiento de una lista considerable de nuevos medicamentos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), seguidos de los inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (RIMA), inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRND), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) o antidepresivos duales, noradrenérgicos y

serotoninérgicos específicos (NaSSA), inhibidores de la recaptación de noradrenalina (IRN); para el siglo XXI los agonistas melatoninérgico (Sánchez, 2013).

Los resultados de cada uno de los grupos de medicamentos descritos han sido variados a través de cada caso tanto en beneficios como en efectos secundarios, sin embargo, siempre ha estado el interés por distinguir aquellos que permitan llegar al efecto priorizado: regular los síntomas de depresión. En un metaanálisis cuyo objetivo fue identificar la eficacia y aceptabilidad de antidepresivos como tratamiento agudo ante síntomas de depresión destacó el uso de NaSSa, específicamente la mirtazapina, como uno de los medicamentos con mejores resultados al igual que los ISRS (escitalopram y sertralina) y los IRSN (venlafaxina). De manera contraria los IRN (reboxetina) fueron los fármacos con menor aceptabilidad por los usuarios como eficacia percibida (Cipriani et al., 2009).

Si bien estos resultados brindan cierta contundencia, es indispensable tener presente que su eficacia y aceptabilidad en cada caso será cambiante en función de otras variables como la edad o comorbilidades tanto mentales como físicas. En el caso específico del uso de antidepresivos en personas con diabetes los estudios han sido reducidos en cuanto las poblaciones incluidas, no obstante, un metaanálisis ha identificado el grupo de medicamentos ISRS y IRND como los que ofrecen resultados óptimos como la disminución de síntomas de depresión en tratamiento en agudo, incluso en la regulación de los niveles de hemoglobina glucosilada, aunque su efecto en la ganancia de peso es un aspecto que aún se discute (Roopan & Larsen, 2016).

Con relación al uso de estrategias psicoterapéuticas Beck y Alford (2009) sostienen que los enfoques con mayor representatividad en los desórdenes afectivos como la depresión son el apoyo y terapia psicoanalítica, la terapia interpersonal, los tratamientos comportamentales y la terapia cognitiva. No obstante, cuando hablamos específicamente del tratamiento conjunto de los síntomas de depresión y la regulación del comportamiento dirigido al autocuidado en pacientes con diabetes la investigación no es tan basta, ni los resultados tan claros (Blevins et al., 2000).

De acuerdo a Snoek y Menting (2020), las investigaciones que abordan la problemática conjunta de depresión y diabetes se han centrado en la implementación del enfoque terapéutico cognitivo conductual, dichos estudios han destacado varias consideraciones en el tratamiento conjunto, puesto que los resultados tienen a variar en función de la severidad de la sintomatología depresiva, la adherencia al tratamiento y un fenómeno particular al que denominan “preocupación por la diabetes”, donde entre mayor sea esta última los resultados esperados son más funcionales.

A través de un metaanálisis de investigaciones que han tomado como marco el enfoque cognitivo conductual en el abordaje de atención a pacientes con diabetes y síntomas o trastorno de depresión destacan que dentro de las estrategias con mayor utilidad y viabilidad se encuentran la educación tanto en diabetes como en depresión, el entrenamiento en auto monitoreo de parámetros clínicos saludables, planeación de actividades gratificantes y entrenamiento en solución de problemas (Lu et al., 2021).

Lin et al. (2006), Lustman et al. (1998) y Safren et al. (2014), quienes implementaron programas para la intervención con pacientes diagnosticados con diabetes y

síntomas de depresión coinciden en que la psicoeducación enfocada al padecimiento de diabetes y a la funcionalidad del modelo cognitivo conductual en la adherencia al tratamiento y problemas emocionales derivados de ella es uno de los primeros procedimientos a utilizar con el objetivo de disipar dudas tanto de la enfermedad, como de los beneficios de la intervención.

Asimismo, resaltan el uso de la planificación de actividades gratificantes y el entrenamiento en habilidades para solucionar problemas con el objetivo de aumentar la percepción de autoeficacia en los pacientes ante las diversas problemáticas que se pueden presentar con el desarrollo de la enfermedad, por ejemplo, las dificultades económicas.

Construcción de materiales psicoeducativos

Como se mencionó, la información que se provee a los pacientes con un padecimiento crónico transmisible o no transmisible es fundamental para permitir adaptarse. Dentro del sector salud ha surgido el concepto de “educación en salud” cuyo objetivo es facilitar a las personas la obtención, procesamiento y comprensión de la información y servicios básicos para el cuidado de la salud con base en decisiones informadas (Buxton, 1999; Kindig et al., 2004). Incluso se considera desde tiempos remotos fundamental el diseño e implementación de materiales en el entrenamiento en programas de adherencia y educación independientemente de las estrategias pedagógicas implementadas frente a los pacientes por los instructores o facilitadores (Wilson & McLemore, 1997).

Son muchas las características que la elaboración de material de educación para pacientes exige con el objetivo de brindar un beneficio real. Se comienza con la

identificación del grupo social al que va dirigido el material, las características culturales del mismo, la alfabetización, las patologías a explicar, además de las necesidades específicas del mismo; el proceso continúa con la elección y medida de la información a proporcionar, el diseño (fuente, tamaño, separación, etc.), la secuencia para plasmarla y el diseño de apoyos visuales que la clarifiquen y expliquen (Centers For Disease Control and Prevention, 2009).

El cuidado en el uso de terminología médica en los materiales de educación es fundamental puesto que en repetidas ocasiones puede ser un obstáculo en la legibilidad y utilidad de estos. La estrategia en este caso radica en el reemplazo y/o explicación con palabras simples de uso cotidiano en la población meta y apoyos visuales, aunque se considera fundamental familiarizar a los pacientes con ciertos términos indispensables para el reconocimiento y cuidado, como el nombre del padecimiento, así como de los tratamientos, principalmente medicamentoso, aspecto que exige aún más la dedicación y apoyo del profesional de la salud (Sand-Jecklin, 2007).

Parte de la finalidad de la elaboración y uso de los materiales de apoyo en el ámbito de la salud es que toda aquella persona encargada de utilizarlo con los pacientes se encuentre debidamente entrenada o familiarizada con el mismo, puesto que es probable que a partir de la información proporcionada surja la necesidad de clarificar aún más algunos conceptos o procesos, de ejemplificar y realizar ejercicios que el mismo material contenga, además, de favorecer la posibilidad de monitorizar el progreso obtenido mediante éste (Hain, 2002).

La implementación de este tipo de materiales claramente descritos, para cumplir con el objetivo expuesto, ha permitido establecer intervenciones manualizadas y/o protocolizadas, que actualmente son parte fundamental de la psicología basada en evidencia como la propone la American Psychological Association desde hace más de 20 años (APA, 2006). Esto es posible debido al establecimiento de directrices en el tratamiento o intervención (individual o grupal) que genera la posibilidad de replicar un mismo protocolo en diversas poblaciones con diferentes características y verificar los resultados obtenidos, así como realizar comparaciones entre individuos y ofrecer procedimientos altamente eficaces para cada problemática.

Incluso, se ha considerado que aquellas intervenciones que no siguen y/o proponen manuales de operación explícitos reducen de manera significativa su utilidad, puesto que el conocimiento que aportan se resume a la valoración de lo observado en la investigación e impiden la comparación, comprobación y generalización de resultados y estrategias utilizadas (Chambless & Hollín 1998; Sansom-Daly et al., 2012).

A pesar de que las intervenciones manualizadas no son las predominantes, los resultados expuestos por las que sí cumplen con este aspecto demuestran resultados favorecedores en la adquisición de estrategias para afrontar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad asociadas o no a enfermedades crónicas transmitibles y no transmitibles. Aguilera et al. (2010) exponen una serie de intervenciones manualizadas en pacientes con diagnóstico de depresión y aplican una de las mismas en un grupo de latinos, obteniendo resultados individuales y colectivos significativos en la adquisición de estrategias para afrontar los episodios de alteración emocional como estrategias de autocuidado o relación interpersonal.

De forma más específica, estudios sobre intervenciones manualizadas en pacientes con diabetes tipo 2 y depresión, también han demostrado resultados favorables en las disminuciones de puntajes en instrumentos de evaluación de depresión, regulación de hemoglobina glucosilada a corto y mediano plazo, incluyendo el aumento en la valoración de la percepción en la calidad de vida utilizando estrategias como psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, activación conductual, donde se incluyen rutinas de ejercicio (de Groot et al., 2019; Márquez, 2010; Petrak et al., 2015).

Con base a esta revisión se deduce que la principal opción en cuanto a la elaboración de materiales es su construcción completa partiendo de las características específicas de la población, como creencias, costumbres, nivel socioeconómico, etcétera; partiendo de estas características es usual que cada país desarrolle materiales psicoeducativos y/o terapéuticos permitiendo que los mismos sean lo más adecuados posibles para sus poblaciones. Los resultados de estos materiales tienden a ser prometedores en sus poblaciones objetivo, aunque no siempre es evaluado su verdadero impacto como parte del tratamiento en personas con padecimientos crónicos transmisibles y no transmisibles, puesto que únicamente se implementan con el objetivo de cubrir la necesidad de dar información sin verificar que esta sea altamente asimilable o utilizable.

Por esta razón, un recurso utilizable ha sido la implementación de materiales diseñados en otras ciudades o países que ha demostrado tener resultados que favorecen la adaptación emocional a los padecimientos, así como adherencia y calidad de vida. Para lograr el uso óptimo de materiales diseñados en otros grupos poblacionales no solo se parte de la confiabilidad y validez de estos, ya que se procede a realizar adaptaciones pertinentes al nuevo grupo a implementarse, haciendo necesario el uso de protocolos de adaptación.

Estos protocolos han sido establecidos a partir del desarrollo de la *Investigación Transcultural* cuyo principal objetivo es la comparación de diversos fenómenos entre poblaciones, ya sean dentro de un mismo país o entre distintos países, por esta razón existe un amplio repertorio de metodologías de adaptación y traducción principalmente de cuestionarios y encuestas de medición (Ember & Ember, 2009).

Si bien el objetivo principal de este tipo de investigación ha sido el proceso de comparación entre poblaciones y el análisis de resultados, en el cumplimiento de dicho objetivo: se ha enfocado en revisar y establecer los procesos para la adaptación y validación de materiales ya diseñados, que presentaron niveles de validez y confiabilidad aceptables en una población en específico.

Entre los protocolos expuestos para llevar a cabo en este proceso está el propuesto por Sousa y Rojjanasrirat (2011), quienes a partir de la revisión de diversos protocolos llevados a cabo dentro de la investigación transcultural identificaron siete pasos fundamentales en la traducción y adaptación de materiales:

- I. Traducción del instrumento original al idioma de destino: dos traductores o dos equipos de traductores bilingües y con experiencia en ambas culturas (la original y a la que se hará la traducción), de preferencia uno con experiencia en la jerga médica o salud y el otro no, esto con el objetivo de obtener una traducción lo más confiable y entendible.
- II. Comparación de las dos versiones traducidas del instrumento: a través de un tercer traductor bilingüe y bicultural se realiza una comparación entre las dos versiones de la traducción realizada en el primer paso y el material original, así mismo de ser

posible se integra un comité integrado por los tres traductores y demás integrantes de la investigación para revisar y resolver ambigüedades y discrepancias en la traducción final.

- III. Retrotraducción doble ciega: a partir de las dos versiones traducidas, nuevamente dos traductores o dos equipos bilingües y biculturales, cuya lengua madre es la del instrumento original, reescribe una de las versiones derivadas del primer paso, uno de los traductores tiene conocimiento del lenguaje de salud, mientras que el otro en la jerga común del idioma objetivo. Ninguno de los dos traductores tiene conocimiento previo del material original.
- IV. Comparación de las dos versiones retro traducidas: se establece un comité para comparar las dos versiones traducidas al idioma original con el material original. Se procura que dicho comité esté constituido por cuatro traductores bilingües y biculturales, expertos en el lenguaje en salud y coloquial, incluyendo integrantes de la investigación. En este proceso se revisa la concordancia de la retrotraducción y con la estructura original del material. En caso de discrepancias o ambigüedades, el proceso de traducción y retraducción se repite hasta clarificar todo el material.
- V. Prueba piloto en población objetivo: Se establecen dos grupos, quienes dominan únicamente el idioma objetivo, para la revisión de la versión final del material. El primer grupo de 10 a 40 personas que cumplen con las características de la población en la que se busca aplicar el material, cada participante evalúa la claridad y comprensión de cada elemento. Un segundo grupo de 6 a 10 expertos en el tema realiza también valoración de la claridad, comprensión del constructo y especificidades del material.

- VI. Prueba psicométrica preliminar de la versión preliminar del instrumento traducido con muestra bilingüe: Cuando se es posible, en un grupo de personas bilingües, se realiza una aplicación del material traducido y posteriormente del material original, con el objetivo de comparar las respuestas ante los mismos y verificar la equivalencia ante cada elemento. Usualmente cuando se aplica el material original, este tiene un orden distinto con el objetivo de evitar la respuesta por intuición. De no ser posible este paso, se recomienda pasar directamente al paso VII.
- VII. Prueba psicométrica completa de la versión preliminar del instrumento traducido en una muestra de la población objetivo: se realiza la aplicación del material en al menos 10 personas por cada elemento del material o 30-500 personas (para poder hacer el análisis factorial). Este grupo de personas deben de cumplir en su totalidad con las características de la población objetivo. Al finalizar la aplicación se realiza los análisis psicométricos correspondiente para establecer confiabilidad de consistencia interna (o sensibilidad y especificidad), confiabilidad de estabilidad, homogeneidad, validez relacionada con el constructo, validez relacionada con el criterio, estructura factorial y ajuste del modelo del material.

Los pasos descritos resumen diversos protocolos desarrollados que han permitido obtener materiales de suma funcionalidad en poblaciones diferentes, sin embargo, es como puede observarse la aplicabilidad de cada uno de ellos depende mucho de los recursos materiales, económicos, temporales y humanos que la investigación tenga.

El problema social de la comorbilidad entre diabetes mellitus, el desarrollo de síntomas de depresión y el resultado que implica la presencia de ambos padecimientos de

manera crónica precisa la elaboración o adaptación de materiales que sirvan a los profesionales de la salud mental que atiendan a el tratamiento de ambas problemáticas.

En la investigación mexicana uno de los protocolos con mayor representatividad por los años de aplicación y resultados es el desarrollado por la Doctora Reyes-Lagunes, aplicado en mayor medida a investigaciones universitarias en el área de la salud, específicamente psicológica. Dicho protocolo está compuesto por cinco fases (Lucio et al., 1994):

- I. Traducción del material: se realiza la traducción cuidadosa de cada elemento que compone el material, este proceso es realizado por investigador(es) y un traductor profesional.
- II. Evaluación por expertos: un grupo de 15 con al menos 10 años de experiencia en la información que aborda el material realiza la revisión de la propuesta de traducción dada en la fase uno, solicitando el 80% de concordancia mínima para cada elemento del material.
- III. Retraducción: la propuesta resultante de las modificaciones sugeridas en la fase II se retraduce al idioma de origen con el objetivo de verificar equivalencia en el lenguaje resultante.
- IV. Prueba piloto: En una muestra representativa de la población objetivo del material a utilizar se realiza la primera aplicación de éste.
- V. Análisis psicométricos: una vez obtenidos los datos se identifican y aplican las pruebas psicométricas correspondientes para obtener para establecer confiabilidad de consistencia interna, de estabilidad, homogeneidad, validez

relacionada con el constructo y criterio, estructura factorial y ajuste del modelo del material.

De este protocolo se han derivado diferentes modificaciones basadas en las particularidades de la investigación o los recursos de la misma, por ejemplo, la misma autora en colaboración con diversos autores, propone omitir la fase III conservando la confiabilidad del proceso con las fases restantes (García-Saisó et al., 2014).

Es posible visualizar que el uso de este tipo de protocolos estandarizados para la traducción y adaptación de materiales permite el día de hoy diversificar y complementar las opciones de tratamiento para los pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, como la diabetes, permitiendo un mayor acercamiento al objetivo general en cuanto a la disminución del desarrollo de las mismas y sus comorbilidades.

Partiendo de esta premisa, el objetivo del presente trabajo fue la adaptación y validación para población mexicana de un manual psicoeducativo y de trabajo para el desarrollo de habilidades en adherencia al tratamiento para Diabetes Mellitus tipo 2 y síntomas de depresión.

Método

Participantes

Participaron en el proceso de adaptación de un ejercicio de solución de problemas un total de 23 personas de manera voluntaria, de las cuales 10 constituyeron la primera ronda de jueceo y 13 en la segunda ronda. La primera ronda se integró por 5 mujeres y 5 hombres, mientras que la segunda por 6 hombres y 7 mujeres. Todos los participantes cumplían con la mayoría de edad y con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 durante un año como mínimo.

La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico intencional.

Instrumento

Se diseñaron cinco rúbricas para obtener la aprobación de la adaptación del manual. Las dos primeras se construyeron con el objetivo de validar mediante expertos la propuesta en español del ejercicio de solución de problemas presentada en el manual original. La primera rúbrica (anexo 1) se constituyó por un mensaje de introducción y justificación de la validación del ejercicio, seguida por el ejercicio original (AIM), la propuesta de traducción (META) y espacio para observaciones.

La segunda rúbrica (anexo 2) estuvo compuesta nuevamente por una introducción, justificación de la validación del ejercicio y el ejercicio original (AIM), sin embargo, en ésta se agregaron tres opciones de validación (META, PALA y DIA) y un espacio para anotar la opción aprobada.

Para la validación de este mismo ejercicio por pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 se diseñaron nuevamente dos rúbricas (anexo 3 y 4), ambas con la

explicación de la estrategia, la validación de cada paso del ejercicio y un espacio para escribir observaciones. La única diferencia entre ambos formatos fue la inclusión de una breve explicación sobre adherencia.

La validación de la traducción y adaptación de todo el manual se llevó a cabo con el uso de una rúbrica (anexo 5) conformada por 12 reactivos que evalúan tres criterios: formato, diseño y contenido; además de una breve introducción y registro de los datos de los evaluadores.

Procedimiento

El procedimiento de validación se basó en el propuesto por la Doctora Reyes-Lagunes (Lucio et al., 1994), con modificaciones realizadas con base a la naturaleza de la población y el contexto en el que fue desarrollado el estudio, quedando conformado por cuatro fases o etapas que se describen a continuación y se ilustran en la Figura 1.

Revisión bibliográfica

Se realizó una revisión acerca de las estrategias de construcción y adecuación de materiales de psicoeducación para pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, así como de los materiales ya realizados específicamente para el tratamiento del trastorno de depresión mayor y la adherencia al tratamiento en este tipo de padecimientos.

De esta forma se localizó el manual para profesionales y pacientes *Coping with Chronic Illness: A Cognitive-Behavioral Approach for Adherence and Depression* desarrollado por Safren et al. (2007) diseñado y utilizado en diversos tratamientos para la adherencia y síntomas de depresión en pacientes con diversos padecimientos (Safren et al., 2012; Safren et al., 2009; Safren et al., 2014).

Adaptación de Manual Psicoeducativo

Posterior a la revisión se estableció contacto con el autor principal del manual solicitando su autorización para la traducción y adaptación para su uso en pacientes mexicanos con diabetes tipo 2. Obtenida su autorización se procedió a la traducción y adecuación del manual, agregando información fundamental para la psicoeducación de diabetes tipo 2 como definición, tratamiento y comorbilidades, además de ilustraciones explicativas para facilitar la comprensión de la información.

El diseño de la adaptación del manual se realizó en el programa digital Canva, su contenido está compuesto por la presentación de éste, índice, psicoeducación sobre depresión y diabetes, un ejercicio de motivación, psicoeducación y ejercicios sobre reestructuración cognitiva, solución de problemas y estrategias de relación, agradecimientos al autor original y referencias complementarias.

Proceso de validación

Concluida la traducción y adaptación se procedió a la validación.

Se comenzó con la validación de la traducción de un acrónimo utilizado en la estrategia de solución de problemas en adherencia cuyo objetivo era facilitar la memorización de esta. El acrónimo original era AIM (por sus siglas en inglés) que hacen referencia a la siguiente estrategia:

The first step in AIM is to:

- **Articulate** the particular adherence goal.

The second step is to:

- **Identify** barriers to reaching the goal.

The final step is to:

- Make a plan to overcome the barriers, as well as to develop a backup plan.

La propuesta inicial fue la siguiente:

El método de **META** hace referencia a las iniciales de una serie de pasos:

- **M**arcar la meta particular de adherencia.
- **E**stablecer las barreras para alcanzar la meta.
- **T**rabajar en un plan para superar las barreras.
- **A**daptar un plan de respaldo.

Dicha propuesta fue enviada a cinco expertos en traducción y adaptación de material psicoeducativo anexo 1. A partir de las observaciones dadas por dichos expertos se elaboraron tres propuestas nuevas de traducción y adaptación, mismas que se validaron nuevamente con 10 expertos (anexo 2). Las tres nuevas propuestas se encuentran en la Tabla 1. Una vez obtenido el 80% de aprobación para uno de los acrónimos, se realizó un primer piloteo del ejercicio con 10 pacientes (anexo 3). Con base en las observaciones obtenidas se decidió incluir una breve explicación sobre adherencia en un segundo piloteo con 13 pacientes (anexo 4).

Para la validación del manual completo se diseñó una rúbrica (anexo 5) con base en criterios de formato, diseño y contenido, con 2, 3 y 7 reactivos con una escala dicotómica (cumple, no cumple).

Tabla 1

Propuestas de traducción y adaptación para el acrónimo AIM (por sus siglas en inglés)

Opción 1

El método **META** para solucionar problemas.

A continuación, revisaremos una lista de algunos de los problemas que se presentan en la adherencia al tratamiento para la diabetes y pondremos en práctica un método al que llamaremos **META** para la solución de dichos problemas.

El método de **META** hace referencia a las iniciales de una serie de pasos:

- **M**arcar la meta particular de adherencia.
- **E**stablecer las barreras para alcanzar la meta.
- **T**rabajar en un plan para superar las barreras.
- **A**daptar un plan de respaldo.

Opción 2

El método **PALA** para solucionar problemas.

A continuación, revisaremos una lista de algunos de los problemas que se presentan en la adherencia al tratamiento para la diabetes y pondremos en práctica un método al que llamaremos **PALA** para la solución de dichos problemas.

El método de **PALA** hace referencia a las iniciales de una serie de pasos:

- **P**oner la meta.
- **A**nalizar las dificultades.
- **L**impiar el camino.
- **A**daptar un plan de respaldo.

Opción 3

El método **DIA** para solucionar problemas.

A continuación, revisaremos una lista de algunos de los problemas que se presentan en la adherencia al tratamiento para la diabetes y pondremos en práctica un método al que llamaremos **DIA** para la solución de dichos problemas.

El método de **DIA** hace referencia a las iniciales de una serie de pasos:

- **D**eterminar un objetivo o meta particular de adherencia.
- **I**dentificar las barreras u obstáculos para alcanzarlo.
- **A**notar un plan para superar las barreras y hacer un plan de respaldo.

Nota. Propuestas de traducción elaboradas a partir de sugerencias dadas por jueces de validación.

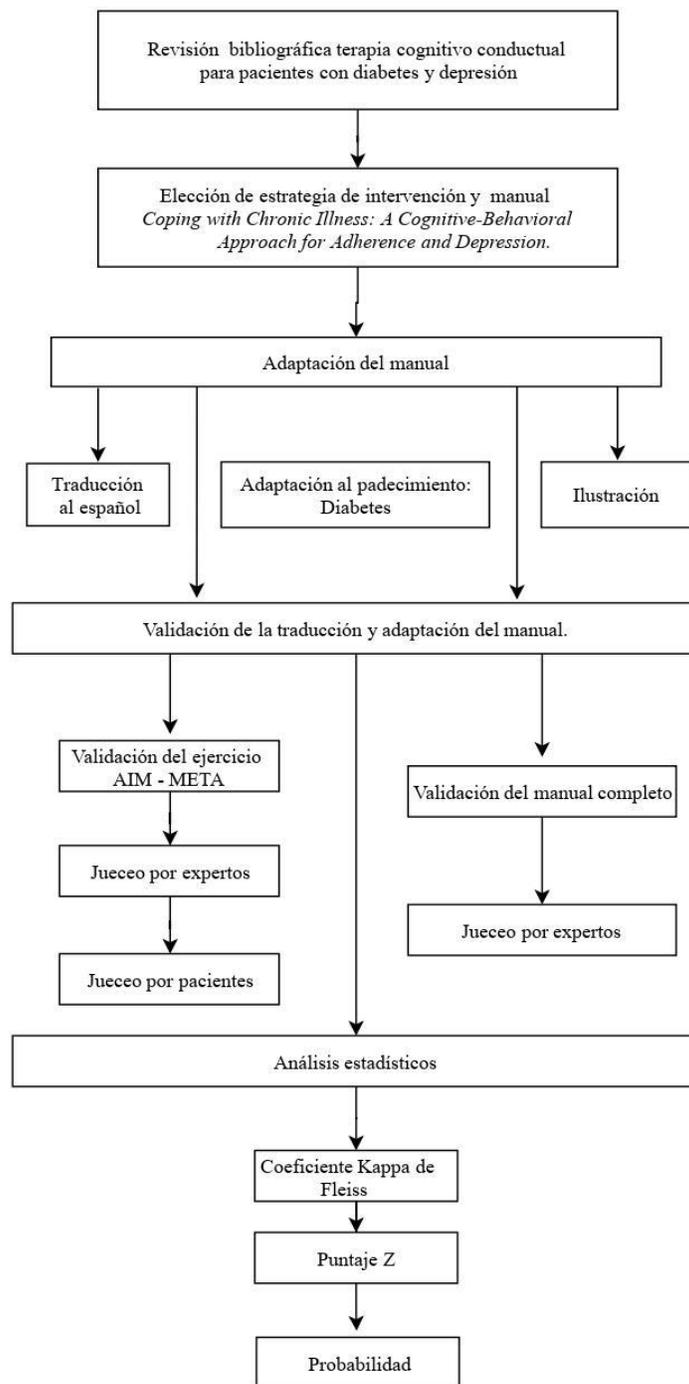


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de adaptación y validación del manual para el tratamiento de síntomas de depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes.

Fuente: Elaboración propia.

La primera ronda del jueceo se realizó con 13 psicólogos de la salud expertos en la elaboración de materiales psicoeducativos para pacientes con padecimientos crónicos, de los cuales se calculó el 80% de concordancia. A partir de sus observaciones se realizaron modificaciones en el manual para una segunda de jueceo con 10 expertos en psicología de la salud y elaboración de material psicoeducativo.

Análisis estadístico

Del resultado de la segunda ronda de jueceo se llevó a cabo el análisis estadístico mediante coeficiente Kappa de Fleiss (Fleiss & Cohen, 1973) para la obtención de la consistencia interna del manual, resultado del cual se calculó el puntaje Z con el objetivo de obtener subsecuentemente el valor de P (probabilidad) y así determinar el nivel de confianza para el uso del manual por personal de salud mental.

Resultados

Como resultado principal se obtuvo el manual *Hablando de Diabetes y Emociones - Manual de trabajo* (anexo 6), el cual quedó constituido por 64 páginas, 50 apoyos visuales, índice, presentación, contenido psicoeducativo sobre depresión, diabetes, comorbilidades y 16 actividades para los pacientes que abarcaban: modificación cognitiva, adherencia al tratamiento en diabetes, solución de problemas y estrategias de relajación. Además de referencias complementarias y una nota de agradecimiento al autor principal.

En la tabla 2 se presenta el porcentaje de aprobación para cada uno de los pasos que integraban la traducción y adaptación del ejercicio AIM en la estrategia META, el paso 1 fue el que mostró menos aceptación por los jueces, aunque ninguno de los demás pasos obtuvo un 80% de aceptación considerado como el mínimo indispensable.

Tabla 2
Porcentaje de aprobación de jueces expertos para cada uno de los pasos del Ejercicio META

Paso de la estrategia	% de aprobación
Paso 1: M odelar la meta particular de adherencia.	20
Paso 2: E stablecer las barreras para alcanzar la meta.	40
Paso 3: T rabajar en un plan para superar las barreras.	60
Paso 4: A daptar un plan de respaldo.	60

Nota. porcentaje calculado sobre 5 jueces.

A partir de las observaciones dadas por los jueces durante el primer jueceo (Tabla 3), se procedió a un segundo proceso de validación del ejercicio en el que se integró dos propuestas de acrónimos dadas por los jueces.

Tabla 3
Observaciones realizadas por los jueces para modificación en la traducción y adaptación del ejercicio AIM

Juez	Observaciones
1	Cambiar: R1- Modelar por Establecer. R2-Establecer por Identificar, R4-Adaptar por Apoyarte de otras estrategias.
2	Cambiar: R1- Modelar por Marcar Meta inicial.
4	Cambiar: R1- Modelar por Poner la meta, R2-Modelar por Analizar dificultades, R3-Trabajar por Limpiar el camino/ Acrónimo PALA
5	Considero que no se mantiene la esencia de la frase, modelar y establecer no son palabras adecuadas. Cambiar por el acrónimo por D (Determinar un objetivo o meta particular de adherencia), I (Identificar las barreras u obstáculos para alcanzarlo), A (Anotar un plan para superar las barreras y hacer un plan de respaldo): DIA

Nota. Observaciones obtenidas del primer ejercicio de jueceo.

Como resultado del segundo proceso de validación se obtuvo un porcentaje de aceptación considerablemente mayor para el ejercicio original META sobre las dos nuevas propuestas PALA y DIA; a pesar de que el porcentaje de aceptación para la propuesta META no cumplió con el 80%, se partió de la diferencia de más del triple con las otras dos opciones para continuar con el piloteo de este con pacientes diagnosticados con diabetes.

Tabla 4

Porcentaje de aprobación de las traducciones y adaptaciones propuestas para el ejercicio AIM por jueces expertos

Paso de la estrategia	% de aprobación
Opción 1: META	70
Opción 2: PALA	10
Opción 3: DIA	20

Nota. Porcentaje calculado sobre la evaluación de 10 expertos.

Durante el primer piloteo del ejercicio con pacientes el Paso 1 no cumplió con el porcentaje requerido, mientras los pasos restantes sí (Tabla 5). Durante el piloteo se tuvo la reiterada pregunta por parte de los pacientes acerca de la definición del concepto de adherencia, identificándose como palabra poco conocida y como la posible causa del bajo porcentaje obtenido en este paso de la estrategia. Con base en esta observación se realiza un segundo piloteo en el que previo a la evaluación de la estrategia META se introduce una breve explicación acerca del concepto de adherencia.

Tabla 5
Porcentaje de aprobación de pacientes con DM2 para cada uno de los pasos del Ejercicio META en la primera ronda

Paso de la estrategia	% de aprobación
Paso 1: M arcar la meta particular de adherencia.	70
Paso 2: E stablecer las barreras para alcanzar la meta.	80
Paso 3: T rabajar en un plan para superar las barreras.	100
Paso 4: A daptar un plan de respaldo.	90

Nota. Ejercicio de jueceo realizado con 10 pacientes con DM2.

En la Tabla 6 se muestran los porcentajes de aprobación por parte de los pacientes con diabetes durante el segundo piloteo de la estrategia META, como puede observarse cada uno de los pasos cumplió el porcentaje requerido para integrar el ejercicio al manual completo y continuar con la validación de éste.

Tabla 6
Porcentaje de aprobación de pacientes con DM2 para cada uno de los pasos del Ejercicio META en la segunda ronda

Paso de la estrategia	% de aprobación
Paso 1: M arcar la meta particular de adherencia.	80
Paso 2: E stablecer las barreras para alcanzar la meta.	80
Paso 3: T rabajar en un plan para superar las barreras.	90
Paso 4: A daptar un plan de respaldo.	80

Nota. Porcentaje derivado de la evaluación de 13 pacientes con DM2.

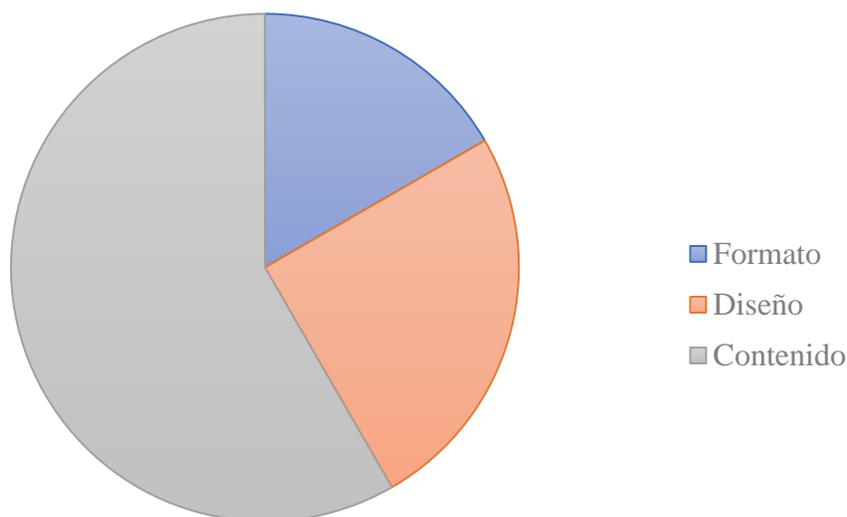


Figura 2. Distribución de reactivos por criterio de evaluación en la rúbrica para expertos.

Nota. Los datos que engloba el Formato están distribuidos en más de tres subgrupos.

Para la validación de la traducción y adaptación del manual completo se construyó una rúbrica en la que los reactivos estaban orientados a tres criterios de evaluación: formato, diseño y contenido. Como se muestra en la Figura 2 más de la mitad de la rúbrica estuvo constituida por reactivos para la valoración del contenido, seguida de la valoración del diseño y finalmente el formato. Esto se estructuró de dicha forma ya que dentro del criterio de contenido se incluyeron aspectos de secuencia de la información, comprensión de instrucciones y actividades, uso de ejemplos, entre otros, rubros que hicieron que dicho criterio fuese más extenso que los otros dos.

En la Tabla 7 se exponen los resultados de la primera ronda de jueceo para el manual completo. Si bien el porcentaje total de aceptación del manual fue de más del 80%

un reactivo de cada criterio no cumplió con este requerimiento. Dos de estos reactivos hacían referencia al uso adecuado del lenguaje y ejemplos que permitieran la comprensión de la información y actividades proporcionadas, por lo que se procedió a la modificación del manual partiendo de las observaciones dadas por los jueces, para continuar con una segunda ronda de jueceo.

Tabla 7

Porcentaje de aprobación por reactivo de cada criterio de evaluación en la ronda de jueceo 1

Criterio de evaluación	Criterios de evaluación	% de aprobación
Formato	1. Se incluyen título, índice y referencias complementarias.	100
	2. La compaginación (márgenes, espacios en blanco, encabezados, pies de página) del manual es correcta.	76.9
Diseño	3. La tipografía es adecuada.	100
	4. El lenguaje es comprensible hacia la población meta.	76.9
	5. Las imágenes utilizadas (ilustraciones, esquemas, gráficos y tablas) concuerdan y contribuyen al contenido textual.	100
Contenido	6. El índice muestra todos los temas a revisar.	100
	7. Contiene presentación y objetivos del manual.	100
	8. La redacción de objetivos es clara y congruente con el contenido del manual.	92.3
	9. La presentación de los temas sigue una secuencia lógica.	92.3
	10. El desarrollo de los temas es simple, incluye ejemplos y explicaciones suficientes para su comprensión.	53.8
	11. Incluye actividades e instrucciones para aplicación y práctica de contenido teórico.	92.3
	12. Contiene instrumentos y/o estrategias de evaluación para valoración de cumplimiento de objetivos.	84.6
Aprobación total del Manual		89

Nota. Se considera el porcentaje por reactivo independiente del total del manual para la aceptación del mismo.

En la segunda ronda de jueceo se obtuvo un 6% más de aprobación total del manual, además de un aumento en el porcentaje de aceptación en los reactivos identificados con bajos porcentajes durante el primero jueceo. Si bien, en el reactivo 10 perteneciente al criterio de Contenido no se obtuvo el 80% requerido, partiendo de un aumento del 16.2% se continuó con el análisis estadístico para obtener la consistencia interna y confianza para el uso del manual por profesionales de la salud mental.

Tabla 8

Porcentaje de aprobación por reactivo de cada criterio de evaluación en la ronda de jueceo 2

Criterio de evaluación	Criterios de evaluación	% de aprobación
Formato	1. Se incluyen título, índice y referencias complementarias.	100
	2. La compaginación (márgenes, espacios en blanco, encabezados, pies de página) del manual es correcta.	80
Diseño	3. La tipografía es adecuada.	100
	4. El lenguaje es comprensible hacia la población meta.	100
	5. Las imágenes utilizadas (ilustraciones, esquemas, gráficos y tablas) concuerdan y contribuyen al contenido textual.	100
Contenido	6. El índice muestra todos los temas a revisar.	100
	7. Contiene presentación y objetivos del manual.	100
	8. La redacción de objetivos es clara y congruente con el contenido del manual.	100
	9. La presentación de los temas sigue una secuencia lógica.	100
	10. El desarrollo de los temas es simple, incluye ejemplos y explicaciones suficientes para su comprensión.	70
	11. Incluye actividades e instrucciones para aplicación y práctica de contenido teórico.	100
	12. Contiene instrumentos y/o estrategias de evaluación para valoración de cumplimiento de objetivos.	90
		95
Aprobación total del Manual		

Nota. Se considera el porcentaje por reactivo independiente del total del manual para la aceptación del mismo

En la Tabla 9 se exponen los resultados de las pruebas estadísticas aplicadas a los datos obtenidos durante el segundo jueceo del manual completo. Como pueden observarse el índice Kappa muestra un valor <20 revelando una pobre fuerza de concordancia entre jueces si se toma el valor literal en su base descriptiva. Sin embargo, partiendo de que la rúbrica utilizada tiene un código de respuesta dicotómico se hace necesario complementar el análisis estadístico con la transformación de los resultados a puntuaciones Z con los cuales se obtiene un nivel de significancia α menor a 0.01, revelando así un nivel alto de confiabilidad del manual para su uso por profesionales de la salud con pacientes diagnosticados con diabetes y síntomas de depresión.

Tabla 9

Resultados del coeficiente Kappa y su conversión a puntaje Z

Kappa	0.120
Estandarización en unidades Z	3.664
Valor probabilístico (P).	0.000

Nota: valor de Alpha $p < 0.01$.

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue adaptar el manual *Coping with Chronic Illness: A Cognitive-Behavioral Approach for Adherence and Depression* desarrollado por Safren et al., (2007), para profesionales de la salud mental que incluye estrategias guía para el tratamiento de conductas de poca o nula adherencia al tratamiento, abarcando síntomas de depresión vinculados a estas conductas en personas con un diagnóstico, reciente o no, de diabetes mellitus tipo 2. La adaptación final llamada *Hablemos de diabetes y emociones, manual de trabajo* se encuentra en el anexo 7.

Los resultados obtenidos posterior a la traducción y adaptación del manual, la validación por expertos en la elaboración de materiales y atención basada en medicina conductual permiten considerar que el manual propuesto como una alternativa en cuanto a material de apoyo es confiable en el tratamiento para los padecimientos mencionados.

Como pudo observarse, la fase de validación estuvo dividida en dos subfases, la primera efectuada con un ejercicio específico del manual y la segunda al manual completo, dicho proceso se llevó a cabo de esta forma con la intención de corroborar que la traducción y adaptación del ejercicio (AIM), identificado con cierto grado de dificultad, fuera entendible y útil para la población meta y, así, ser integrado al manual completo para su validación y análisis estadístico.

Durante la primera validación del ejercicio META el paso número uno de la estrategia de solución de problemas no obtuvo el porcentaje mínimo de aceptación por los jueces debido a que las instrucciones fueron consideradas como poco funcionales o claras para el aprendizaje y ejecución de dicho ejercicio, por lo que se continuó modificando la traducción propuesta. Se retomaron las sugerencias de los jueces (DIA y PALA) como dos alternativas más y se continuó con un segundo proceso de validación en el cual la propuesta META modificada fue la seleccionada con un porcentaje de aceptación de más del triple en comparación con las otras dos propuestas.

En el piloteo del ejercicio con pacientes no hubo necesidad de cambiar la composición de alguno de los pasos de la estrategia META, sin embargo, en la parte instruccional de la rúbrica fue necesario insertar una descripción sobre adherencia para permitirle a los pacientes seguir los pasos de la estrategia de manera adecuada durante el segundo piloteo, donde cada uno obtuvo un porcentaje de aceptación mínimo del 80%.

La validación completa del manual se caracterizó por un porcentaje de adaptación total superior a lo requerido, sin embargo, algunos aspectos de lenguaje, uso efectivo de ejemplos y aspectos visuales no fueron validados por los jueces siendo la principal razón la falta en la adecuación para la comprensión y visualización de términos y/o procesos médicos. Estos aspectos son considerados fundamentales para la elaboración de materiales psicopedagógicos en el área de salud (Prieto, 2015; Saiz-Hontangas et al., 2016; Sand-Jecklin, 2007), razón por la cual retomando sus observaciones se realizaron las modificaciones necesarias.

En el segundo jueceo el porcentaje general de aceptación aumento, así como los requerimientos reevaluados, permitiendo así continuar con el análisis estadístico en el que a pesar de que el coeficiente Kappa pareciera indicar que los resultados no favorecían la confiabilidad del uso del manual con base en la interpretación propuesta por Landis y Koch (1977), al convertir el resultado a puntaje Z fue posible obtener el valor de la probabilidad en el que el resultado de Alpha fue menor a 0.01.

La adaptación de este material está enfocada en proveer un recurso a profesionales de la salud mental para su uso con pacientes diagnosticados y no para el uso de pacientes sin guía o supervisión, es imprescindible reconocer que una parte esencial del proceso de adaptación faltó: el piloteo o pretesteo (Beaton et al., 2000; Gjersing et al., 2010). Esta última parte permite identificar si el material en su totalidad aceptado por expertos es entendible y útil en la población meta para el que está diseñado. Es posible visualizar la importancia de esta parte del proceso en la fase de validación específicamente del ejercicio AIM a META por pacientes, donde se identificó que, a pesar de que el ejercicio ya había sido validado por expertos, para los pacientes existían palabras como *adherencia*, que eran

de difícil entendimiento o asimilación, por lo que se procedió a realizar ajustes y nuevamente pilotear con nuevos pacientes. Debido a esta razón, una parte complementaria a este trabajo podría ser el piloteo de este manual dirigido por profesionales de la salud mental con pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.

No obstante, también es importante reconocer que el trabajo con respecto a la validación con expertos no pierde valía en cuanto a la funcionalidad obtenida posterior a los análisis estadísticos realizados, ya que se espera que sean profesionales de la salud mental quienes le den uso al manual y exploten sus recursos con pacientes que carezcan de habilidades de adherencia al tratamiento asociadas a la presencia de síntomas de depresión.

Conclusiones

La elaboración de materiales psicoeducativos es fundamental en la educación de pacientes con padecimientos crónicos no transmisibles y transmisibles, es una herramienta que nos acerca a una de las metas primordiales en el área de la salud: el autocuidado.

Cuando hablamos de autocuidado son diversas las habilidades que las personas necesitan para llevarlo a cabo de manera satisfactoria, desde conocer y realizar actividades para la regulación de síntomas de malestar o indicadores de descontrol, hasta la modificación y mantenimiento de hábitos saludables acordados con el personal de salud, hasta desarrollar la capacidad de monitorizar el estado de bienestar de manera periódica (Riegel et al., 2012). Pretender que los pacientes adquieran dichas habilidades únicamente mediante consulta médica tiene como resultado que no podamos aspirar a resultados prometedores.

Cuando hablamos de autocuidado en diabetes, y sobre todo del tipo de autocuidado antes mencionado, el tema toma suma relevancia ya que la calidad de vida a través de los años de estos pacientes depende en gran medida de este factor, siendo el personal de salud el único dotado de las herramientas para enseñarlo (Shrivastava et al., 2013).

A lo largo del presente trabajo se ha hecho mención acerca de la relevancia de contemplar el bienestar en personas con enfermedades crónicas incluyendo aspectos de la salud mental o emocional, puesto que ésta también puede sufrir alteraciones hasta convertirse en un padecimiento crónico y/o acompañar a otros padecimientos, en este caso a la diabetes. La evidencia ha permitido identificar que la carencia en el autocuidado de pacientes con diabetes está altamente relacionada con la presencia de síntomas de depresión o trastornos de depresión mayor (Lin et al., 2004).

Este tipo de síntomas afectan de manera inmediata la motivación y la percepción de mejoría en las personas adentrándose en un efecto circular compuesto por un continuo malestar físico y descontrol, la percepción de deterioro y discapacidad de ser una propia fuente de bienestar físico y emocional (Gilsanz et al., 2018; González et al., 2007; Yates et al., 2019).

En la actualidad es difícil entender los padecimientos crónicos de una forma completamente aislada, con tratamientos focalizados a los síntomas específicos del mismo; es necesario conceptualizar el tratamiento de una forma integral que retome tantos factores como sea posible con el objetivo de alcanzar estándares de bienestar en toda la extensión de la palabra, por esta razón generar protocolos y herramientas de apoyo para los mismos es una pieza clave.

La adaptación y validación del manual retomado para el tratamiento de síntomas de depresión y conductas de adherencia al tratamiento es una invitación a comprometerse con

este tipo de tratamientos integrales, estandarizados y profesionales, haciendo uso de materiales que han demostrado tener efectividad o resultados favorables y evitar la sobre generación de recursos que en muchas ocasiones son olvidados.

Capítulo II

Reporte de experiencia Profesional

Marco teórico

Medicina Conductual

La disciplina conocida como Medicina Conductual es relativamente nueva, puesto que fue en los años 70's que tuvo origen como resultado de varias modificaciones sociales y científicas dadas. Una de ellas fue la integración de la intervención médica y psicológica que se hizo necesaria tras las consecuencias observadas en soldados sobrevivientes de guerra con relación a su salud mental, situación ante la cual la ciencia médica de manera independiente no estaba obteniendo resultados satisfactorios.

Otro factor representativo fue el avance y fortalecimiento de la psicología conductual como medio de modificación de estilos de vida y el perfeccionamiento de sus técnicas, como fue el caso del *biofeedback* (retroalimentación biológica). Finalmente, y tal vez uno de los elementos más representativos, fue el cambio surgido en la epidemiología en la población mundial de enfermedades de tipo infecciosas a tipo crónico-degenerativas (diabetes, cáncer, SIDA, enfermedades renales, etc.), hecho que resaltó la relación del comportamiento y el modo de vida con su aparición dando como resultado la necesidad de una intervención temprana o primaria, donde la psicología sería una pieza clave en su investigación e implementación (Reynoso, 2014).

Algunos años después de la creación de la OMS y el establecimiento de la salud como un derecho para todos, diversas ciencias biológicas y sociales decidieron revisar y

promover un nuevo tipo de atención para la salud. Rodríguez (2010) indica que la primera de estas organizaciones fue el *Special Interest Group about Behavioral Medicine* formado por la *Association for the Advancement of Behavior Therapy* en 1970 que se convertiría en la *Society of Medicine*, este hecho que sería seguido por la reunión en la *First Conference on Behavioral Medicine* organizada por la Universidad de Yale en 1977 (Schwartz & Weiss, 1978). Un año después tendría lugar la fundación de la *Academy of Behavioral Medicine Research* en 1978 (Institute of Medicine National Academy of Sciences, 1978), en Estados Unidos y tiempo después se formó la *International Society of Behavioral Medicine*, que en 1990 convocó al Primer Congreso Internacional sobre esta disciplina en Uppsala (ISBM, 2012).

De manera específica en México, de acuerdo con Rodríguez (2010), el desarrollo de esta disciplina puede comenzar a identificarse desde la introducción del modelo de modificación de conducta como altamente funcional para el tratamiento del consumo de drogas, afecciones en niños con enfermedades crónicas, migrañas, arritmias cardíacas, epilepsia, entre otros padecimientos a partir de los años 60's.

Sin embargo, esta misma autora menciona que fue a partir de la década de los ochenta que se pudo identificar un mayor avance con base a trabajos realizados de manera específica con pacientes con diabetes, enfermedades cardíacas, trasplantes, el impacto del ambiente hospitalario, etc., consolidándose la medicina conductual en 2001 con la creación de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, seguida por el primer Coloquio de Medicina Conductual en 2002 con la participación de la Facultad de Psicología y la Asociación para Evitar la Ceguera en México, la Primera Reunión Regional Latinoamericana y del Caribe de Medicina Conductual en la Ciudad de México en 2005, el

Coloquio de Medicina Conductual “Manejo de las enfermedades crónico degenerativas y emergentes: una visión hacia el futuro” en 2006 y, finalmente, el Coloquio de Medicina Conductual en donde participaron todas entidades de la República en 2009.

Desde el primer momento el objetivo de este abordaje se caracterizó por sostener que mediante la modificación de la conducta se tendrían cambios satisfactorios relacionados con el padecimiento y percepción de una enfermedad. A través de los años el concepto concreto de medicina conductual ha sido perfeccionado y actualmente ésta se entiende como:

“...el campo interdisciplinario de las ciencias conductual y biomédica que se ha desarrollado para entender la salud-enfermedad y aplicar los conocimientos y técnicas derivados del mismo en los distintos niveles de prevención. El sustento en que se fundamenta la Medicina Conductual como disciplina es que los cambios en la conducta pueden reducir la sintomatología en personas enfermas (Reynoso, 2014, pág. 15)”.

Bajo este objetivo el trabajo psicológico dentro de la atención médica ha logrado obtener la representatividad y reconocimiento como fundamental en el cambio de la realidad actual respecto prevención y atención de las enfermedades en los hospitales.

Actualmente en México la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Facultad de Psicología y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, se encarga de la instrucción de esta especialidad mediante el programa de maestría en psicología aplicada a la salud. Éste se realiza mediante un plan de residencias que se lleva a cabo en escenarios reales, bajo la supervisión de expertos en la disciplina.

Dicha residencia tiene como objetivo principal que los alumnos desarrollen capacidades para el ejercicio profesional con una perspectiva multidisciplinaria; que al egresar cuenten con conocimientos y competencias para prevenir y solucionar problemas mediante de aplicación de técnicas, métodos y procedimientos tanto a nivel individual como grupal, integrando actividades, docencia, servicio e investigación (Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, 2013).

Para llegar a este objetivo la residencia plantea como necesidades específicas que los alumnos tengan la capacidad de resolución de problemas psicológicos originados por problemas orgánicos, ofrecer educación para cambios en el estilo de vida que prevengan dichos problemas o sus complicaciones orgánicas, desarrollar intervenciones que favorezcan el cumplimiento del tratamiento, habilidades en asertividad, solución de problemas, autocontrol, entre otras. Del mismo modo, con familiares promover estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias para el mejoramiento o mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes, abarcando lo relativo a enfermedades terminales y muerte.

El plan de estudios se lleva a cabo en cuatro semestres de tiempo completo. En dicho tiempo los alumnos cumplen 336 horas de actividades académicas formales compuestas por 192 horas de tronco común y 144 horas de actividades específicas, además de 2032 horas de entrenamiento práctico en campo real (hospitales) supervisado por un experto. Las actividades académicas se agrupan en dos principales: cursos formales y actividades de residencia (Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, 2015).

Los cursos formales tienen como objetivo proporcionar una base científica para el ejercicio profesional y se dividen en tres: Métodos de investigación aplicada, Medición y evaluación y Teorías y modelos de intervención.

Con respecto a las actividades de la residencia, éstas se componen de la práctica de los alumnos en un escenario específico, incluyendo orientación y supervisión de la misma. En el caso de la residencia cursada en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala estas actividades se dividen en dos etapas (Residencia en Medicina Conductual, 2018).

La primera de ellas denominada de inducción en la que los alumnos reciben talleres breves acerca de estrategias de intervención y actividades hospitalarias con el objetivo de que para atender problemáticas como: preparación ante procedimientos invasivos y/o quirúrgicos, depresión y/o ansiedad ante estancia hospitalaria, presencia de dolor, respuestas de crisis ante diagnóstico o comunicación de malas noticias, así como déficits de comunicación con el personal de salud o en el cumplimiento del tratamiento. Durante la segunda etapa de trabajo se inicia formalmente la integración de los alumnos como residentes en el hospital sede (Hospital Juárez de México / Hospital General de Atizapán) en una especialidad (oncología, medicina interna, clínica del dolor, geriatría, hematología o trasplante).

Tras 20 años de labores las residencias han formado a 238 especialistas en Medicina Conductual con 160 graduados en México, siendo las primeras en Hispanoamérica con práctica supervisada por expertos y bajo el modelo de atención cognitivo-conductual (Residencia en Medicina Conductual, 2018).

Medicina Interna

Como se mencionó, una de las especialidades donde el trabajo del médico conductual ha tenido un amplio desarrollo ha sido el área de *Medicina Interna*. Ésta

comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX principalmente en Alemania y posteriormente se extendió en Estados Unidos donde se fundaron las dos principales revistas orientadas a ella: *Archives of Internal Medicine* y *Annals of Internal Medicine*; y finalmente durante las primeras décadas del siglo XX se comenzaron a desarrollar sus diversas especialidades (Reyes, 2006).

Actualmente esta especialidad es definida como:

“...una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención (Reyes, 2006, pág. 1338)”.

De acuerdo con Letelier et al. (2011), las características principales del *internista* incluyen la prevención, diagnóstico y aplicación de tratamientos de tipo no quirúrgicos de patologías crónicas o agudas, presentes en pacientes desde la edad adolescente hasta la senectud, desempeñándose tanto en atención ambulatoria como en el área intensiva. Con base en lo anterior Casariego (2016) indica que en la actualidad los objetivos primordiales de estos especialistas son:

El manejo integral del paciente crónico y/o adulto con un difícil diagnóstico sin una enfermedad orgánica específica que se encuentre hospitalizado de forma crítica o aguda.

El desarrollo de procesos que definan las funciones y estándares profesionales de manera organizada.

El impulso y estructuración de los procesos de formación e investigación del área.

Como resultado del aumento de tipologías en las enfermedades, su prevalencia y el desarrollo en sus tratamientos hoy por hoy las especialidades que derivan de la atención en *Medicina interna* de las instituciones de salud pública en México (Akaki & López, 2018; Ramiro-H et al. 2016) se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1

Subespecialidades de Medicina Interna en instituciones de salud pública en México

Alergia e Inmunología Clínica	Hematología
Biología de la reproducción humana	Infectología
Cardiología	Medicina del enfermo en estado crítico
Reumatología	
Dermatología	Nefrología
Endocrinología	Neumología
Gastroenterología	Neurología
Geriatría	Nutriología Clínica
Radio-Oncología	Oncología Médica

Características de la Sede



El edificio del Hospital Juárez de México (HJM) se encuentra ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Madalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07760, Ciudad de México.

Fundado el 23 de agosto de 1847 en el edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo, siendo su primer nombre Hospital de San Pablo, cambiando éste el 19 de 1872 a Hospital Juárez. Como consecuencia del fuerte sismo ocurrido en la Ciudad de México en el año de 1985 el hospital tuvo que ser remodelado, surgiendo en 1989 el nuevo HJM como hoy se conoce (Manrique, 2012).

De acuerdo con Manrique (2014), su misión es ofrecer asistencia médico-quirúrgica con calidad, seguridad, ética y humanismo; formar recursos humanos de excelencia y generar investigación científica alineada a las prioridades de salud nacional e internacional.

Por otro lado, su visión es ser el mejor hospital modelo y líder nacional en la gestión y aplicación del conocimiento médico, integrando la enseñanza y la investigación científica a la atención médica de vanguardia con reconocimiento internacional.

Actualmente cuenta con una dirección general y tres direcciones de área a saber: dirección de Investigación y Enseñanza; dirección Médica; y dirección Administrativa (Manrique, 2012).

Entre las funciones que engloba el servicio del hospital se incluye:

Atención médica de alta especialidad de la medicina de tercer nivel y en aquellas complementarias y de apoyo que determine su Estatuto Orgánico.

Fungir como Hospital Federal de referencia para efectos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos dentro del Sistema de Protección Social en Salud.

Diseñar y ejecutar programas y cursos de capacitación, enseñanza y especialización de personal profesional, técnico y auxiliar en su ámbito de responsabilidad.

En función de estas funciones, en la actualidad los servicios que ofrece el HJM se encuentran en la Tabla 2

Tabla 2
Servicios y Especialidades del HJM

División de Cirugía	División de Medicina	División de Pediatría	Gineco-Obstetricia	Diagnóstico y Tratamiento	Dirección Médica
Anestesiología	Alergia e Inmunología	Cirugía Pediátrica	Biología de la Reproducción	Anatomía Patológica	Homeopatía
Angiología	Cardiología	Neonatología	Ginecología	Banco de Sangre	Toxicología
Cirugía Cardiovascular	Dermatología	Pediatría Médica	Obstetricia	Laboratorio Clínico	Unidad de Vigilancia
Cirugía General	Endocrinología	Urgencias Pediatría			Epidemiológica - Infectología
Cirugía Maxilofacial	Gastroenterología				

Cirugía Plástica y Reconstructiva	Geriatría	Unidad de Terapia Intensiva	Medicina Nuclear
Endoscopia	Hematología	Pediátrica	Neurofisiología Clínica
Medicina Física y Rehabilitación	Medicina Interna		Radiología e Imagen
Neurocirugía	Nefrología		
Oftalmología	Neumología		
Oncología	Neurología		
Ortopedia	Preconsulta		
Otorrinolaringología	Psiquiatría		
Trasplantes	Reumatología		
Urología	Salud Mental Comunitaria		

Nota. Información obtenida del tablero de los servicios del HJM.

Estructura del Hospital Juárez de México.

Cada uno de los servicios anteriormente mencionados se encuentran distribuidos a través de los 7 edificios que componen la totalidad de la unidad médica que se describe a continuación (Melchi, 2015) y se representan en la Figura 1.

Edificio “A”, donde se encuentran ubicados las oficinas para solicitar informes, realizar los pagos de servicio y el departamento de archivo clínico. Asimismo, en las plantas altas se encuentran los 45 consultorios destinados para la consulta externa.

Edificio “B”, en el que se llevan a cabo los estudios de imagenología, se encuentra el banco de sangre, las oficinas de gobierno y órgano interno de control.

Edificio “C”, donde se ubican las salas de urgencias pediátricas, ginecológicas y de adultos, unidades de oncología, medicina nuclear, anatomía patológica, quirófanos y cirugías gineco-obstétricas (tococirugía).

Edificio “D”, donde se encuentran las salas de hospitalización para las diferentes especialidades, laboratorios de estudio, unidades administrativas y de trabajo social.

Edificio “E”, unidad de enseñanza e investigación del hospital, en la que se llevan a cabo las clases y desarrollo de investigación por parte de los estudiantes de medicina y enfermería y se encuentra la biblioteca.



Figura 1. Distribución de los servicios en el HJM.

Nota. Imagen obtenida del mapa de distribución del HJM.

Unidad de trabajo del Residente en Medicina Conductual

Servicio de Medicina Interna.

Especialidad que dentro del HJM está orientada a atender enfermedades como diabetes, presión alta, al igual que a pacientes que por su gravedad requieran internamiento previamente valorado por el equipo de urgencias o por los propios internistas. A su vez ésta se encuentra conformada por servicios de gastroenterología, cardiología, infectología, reumatología endocrinología, geriatría y nefrología, cada uno de ellos compuestos por especialistas independientes.

La atención brindada en el hospital a través de hospitalización y consulta externa. En el caso de hospitalización, ésta se encuentra ubicada en el tercer piso en el área norte y sur del edificio D, y se encuentra conformada por 36 camas distribuidas en 6 salas con 6 camas cada una. En el caso de consulta externa, ésta se ofrece en el edificio A, en el consultorio 45 del segundo piso, en el que dos de los médicos adscritos dan consulta diariamente (Melchi, 2015).

El equipo de servicio de Medicina Interna se encuentra compuesto actualmente por un jefe de servicio, cuatro médicos adscritos, dos jefes del servicio de enfermería, una trabajadora social, médicos residentes en sus distintos niveles (1, 2, 3 y 4), residentes en Medicina Conductual, médicos internos, estudiantes de medicina y finalmente los médicos que se encuentran en su servicio social. La organización jerárquica del personal descrito se encuentra representada en la Figura 2.

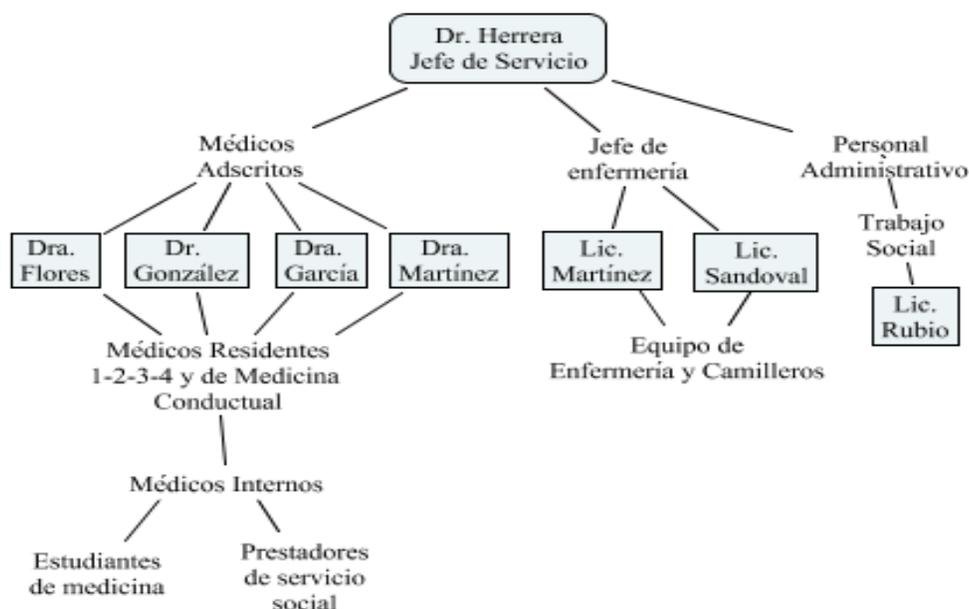


Figura 2. Organigrama del servicio de Medicina Interna.
Nota. Elaboración propia.

Actividades desarrolladas en la sede y servicio.

Las actividades que el residente en Medicina Conductual lleva a cabo dentro del hospital se engloban en dos tipos principalmente:

Académicas, aquellas que atienden exclusivamente a la formación teórica de los distintos tópicos englobados en Medicina Conductual relacionados con el servicio prestado en el hospital.

Revisión de casos clínicos de Medicina Conductual: exposición del diagnóstico y tratamiento llevado a cabo por uno de los médicos conductuales con un paciente de consulta externa u hospitalización. En dicha exposición se presenta de manera estructurada el caso en un tiempo no mayor a 20 min. y se continúa con la aclaración dudas u observaciones planteadas por el supervisor in situ, supervisores académicos y los compañeros residentes. Un ejemplo de los casos expuestos durante la residencia se encuentra en el anexo 6.

Revisión artículos de investigación: exposición y debate, con el grupo de residentes y el supervisor in situ, de un artículo científico reciente de temas relacionados con el servicio de cada uno de los residentes.

Supervisión académica: Revisión y discusión de casos clínicos relevantes por dificultad o resultados exitosos, revisión teórica de estrategias de intervención, protocolos de investigación, cambios en el servicio y otros temas de interés.

Asistenciales o prácticas, es decir, actividades de atención psicológica tanto en hospitalización como en consulta externa.

Dentro de las actividades asistenciales y con base en el Programa Operativo de la residencia en Medicina Conductual indica tareas tales como:

- Visita diaria a piso.
- Elaboración de notas clínicas en formato SOAP de cada uno de los pacientes que ingresan a hospitalización de cada servicio y son atendidos por el médico conductual.
- Actividades de consulta externa.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos con base en el esquema de servicio de la institución ofreciendo intervención cognitivo-conductual.
- Canalización o derivación a otros servicios (psiquiatría y salud mental) aquellos casos que no corresponden directamente al servicio de la residencia.

De manera específica dentro del servicio de Medicina Interna las tareas que se llevan a cabo son:

- Pase de visita e informe médico, el cual tiene una duración aproximada de hora y media o dos horas, iniciando a las 8:00 am. En este, el médico adscrito, sus residentes y el médico conductual pasan a dar el informe de estado de salud a cada uno de los pacientes y familiares a sus camas.
- Consulta externa de Medicina Interna, en la cual el médico conductual asiste al médico adscrito en el informe de diagnósticos o resultados de tratamiento en consulta externa y realiza el pase a consulta externa de Medicina Conductual a pacientes que reporten sintomatología de problemas psicológicos relacionados con la enfermedad o incumplimiento de tratamiento médico.

- Atención psicológica a pacientes hospitalizados, en ella se realiza el diagnóstico y tratamiento de problemáticas psicológicas en los pacientes que se encuentran internados y/o sus familiares.
- Atención psicológica a pacientes en consulta externa, en la que se lleva a cabo diagnóstico y tratamiento en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas que presenten sintomatología de problemas psicológicos y/o incumplimiento de tratamiento médico.

En la Tabla 3 se presenta el horario semanal que incluye tanto las actividades específicas del médico conductual en el servicio de Medicina Interna y dentro de la sede.

Tabla 3
Actividades diarias del residente en Medicina Conductual

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Pase de visita y entrega de informes 8:00 – 10:00	Pase de visita y entrega de informes 8:00 – 10:00	Sesión general de difusión médica 8:00 – 9:00	Pase de visita y entrega de informes 8:00 – 10:00	Pase de visita y entrega de informes 8:00 – 10:00
Consulta externa de Medicina Interna. 10:00 – 11:00	Clase con médicos adscritos y residentes de Medicina Interna. 10:00 – 11:00	Pase de visita y entrega de informe médico. 9:00 – 10:30	Atención psicológica a pacientes en hospitalización o consulta externa en consultorio. 10:00 – 14:00	Exposición de artículos bibliográficos. 11:00 – 12:00
Atención psicológica a pacientes en hospitalización o consulta externa en consultorio. 11:00 – 14:00	Atención psicológica a pacientes en hospitalización o consulta externa en consultorio. 11:00 – 14:00	Revisión de casos clínicos de Medicina Conductual. 10:30 a 12:00. Supervisión académica. 12:00 – 14:00		Atención psicológica a pacientes en hospitalización o consulta externa en consultorio. 12:00 – 14:00

Nota. Fuente: programa de residencia en medicina conductual.

Productividad

A partir de las actividades realizadas en la sede a continuación se presentan los resultados obtenidos dentro del servicio en el periodo de enero de 2017 a junio de 2018.

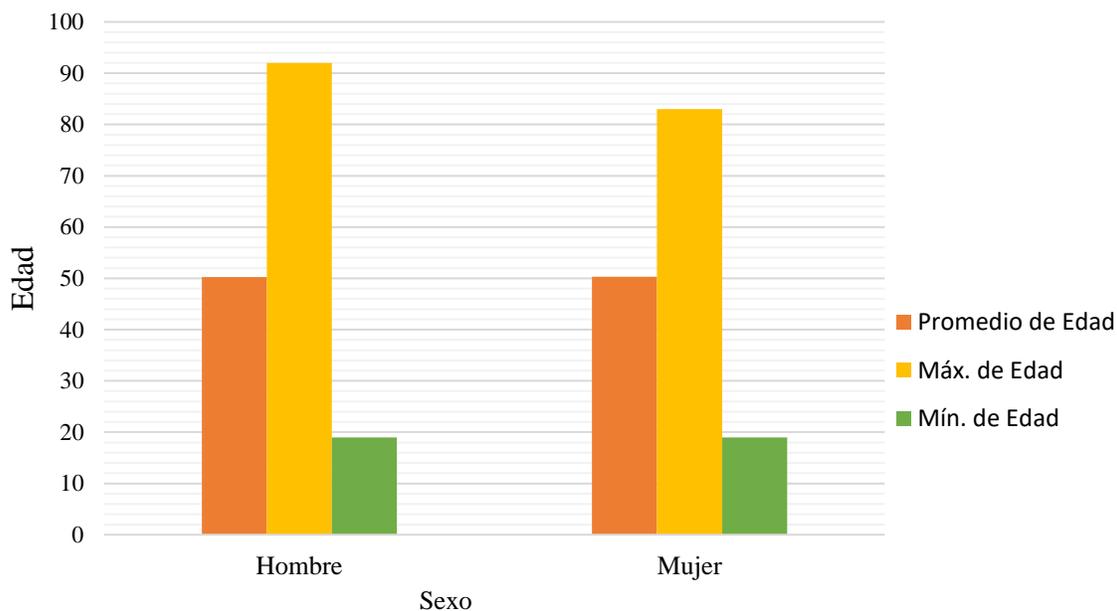


Figura 3. Edades de los pacientes atendidos en el servicio.

Nota. Los datos presentados fueron obtenidos en la productividad individual, por lo que no reflejan el total de pacientes atendidos por Medicina Conductual en el servicio de Medicina Interna.

Se atendió un total de 344 hombres y 602 mujeres, con un promedio de edad para ambos de 50 años, con una edad mínima de 19 y máxima arriba de 80 (Figura 3).

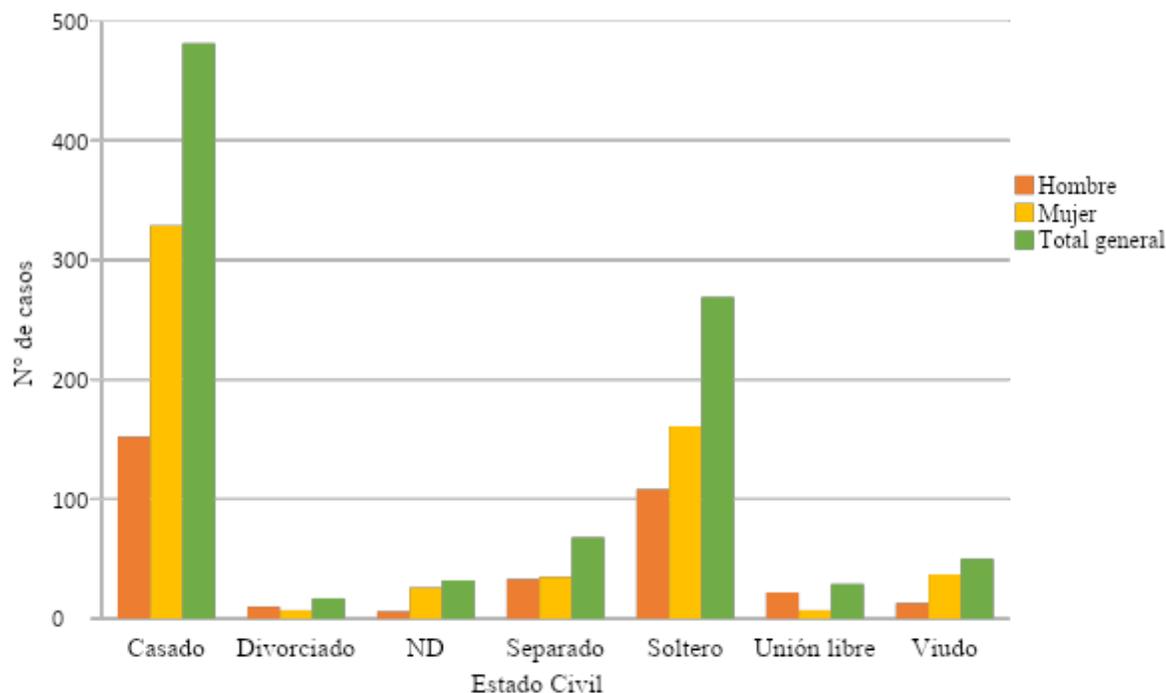


Figura 4. Estado civil de los pacientes atendidos.

Nota. ND: no determinado.

La distribución del estado civil se muestra en la Figura 4, el grueso de la población se caracterizó por estar casada o en unión libre, lo que permite identificar que más de la mitad de los pacientes contaba con un grupo primario de apoyo presente, aunque no necesariamente funcional. A pesar de que un número menor de 100 casos se encontraban separados o divorciados, éstos en su mayoría se caracterizaban por encontrarse en abandono o con un grupo primario de apoyo muy reducido.

En la Figura 5 se muestran los casos atendidos tanto en hospitalización como en consulta externa. El mayor número de casos atendidos fue dentro de hospitalización, tanto en primera vez como subsecuente. Esta diferencia refleja la demanda de atención

psicológica en los pacientes hospitalizados en Medicina Interna y el sentido de urgencia presente en todo momento.

Sin embargo, el número de casos atendidos en consulta externa también refleja otra realidad de los pacientes. Un número reducido de los pacientes que asisten a consulta externa en Medicina Interna tienen acceso al servicio de Medicina Conductual y de aquellos que tienen acceso, pocos deciden asistir o mantener su asistencia al servicio a pesar de la presencia de alteraciones emocionales asociadas al padecimiento de enfermedades crónicas.

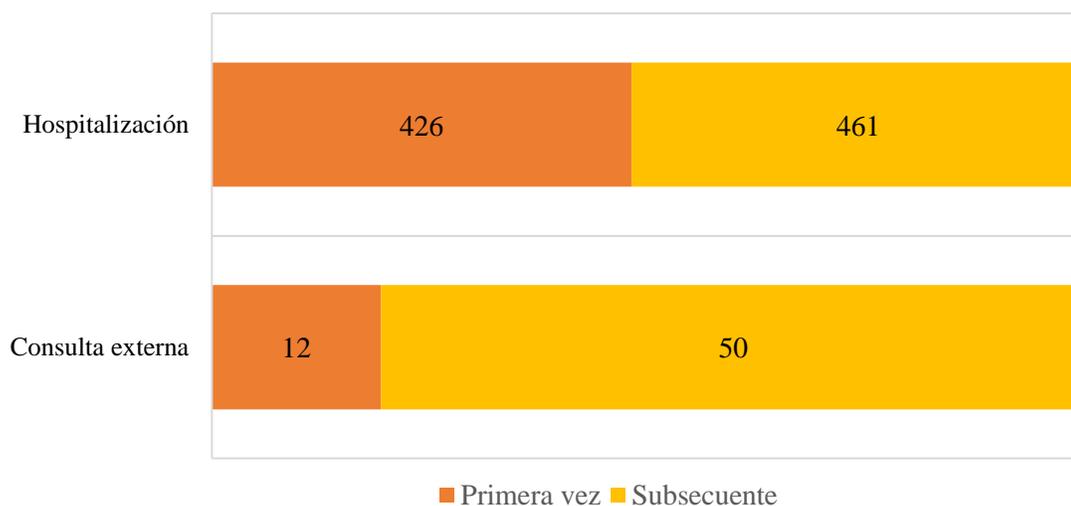


Figura 5. Casos atendidos en los dos tipos de consulta en cada área de atención.
Nota. El acceso al servicio de Medicina conductual en consulta externa está determinado por la canalización del servicio de Medicina Interna en hospitalización y consulta.

El tipo de intervención psicológica dentro de hospitalización y consulta externa es diversa, aunque se sigue un proceso y el objetivo es que todos los pacientes tengan acceso a todas o la mayoría de éstas, esto no es posible en muchos de los casos. Como puede observarse en la Figura 6 el tipo más frecuente es la Entrevista Inicial, en la que se presenta el servicio y se comienza a indagar sobre las posibles alteraciones emocionales presenten

en los pacientes. Ésta usualmente es llevada a cabo con los pacientes de manera individual, sin embargo, como puede observarse en muchas ocasiones también se lleva a cabo en conjunto con los familiares, puesto que al ser los encargados del cuidado de los pacientes son portadores de mucha información, fungiendo como medio de apoyo para la atención psicológica. Por otro lado, en diversas ocasiones este tipo de entrevistas también se llevan a cabo únicamente con los familiares de los pacientes, puesto que también es probable que comiencen a presentar alteraciones emocionales ante el desgaste que representa el ser responsable de un paciente con enfermedades crónicas de forma instrumental, económica y emocional.

En pocas ocasiones es posible tener disponible tiempo para profundizar acerca de la información obtenida en la Entrevista Inicial, razón por la cual se observan muy pocos casos en los que se utilizan las Entrevistas de Detección de Problemas y la Evaluación. De manera contraria, el Monitoreo y el Seguimiento son más usuales y al igual que en Entrevista Inicial estos se utilizan tanto con pacientes como con sus familiares, dependiendo de con quien se haya iniciado la atención.

El número de casos de Intervención en Crisis fue reducido, a pesar de que las reacciones de estrés y ansiedad son frecuentes ante los decesos, así como las malas noticias en relación con el diagnóstico, las respuestas exacerbadas se encontraron en menor número.

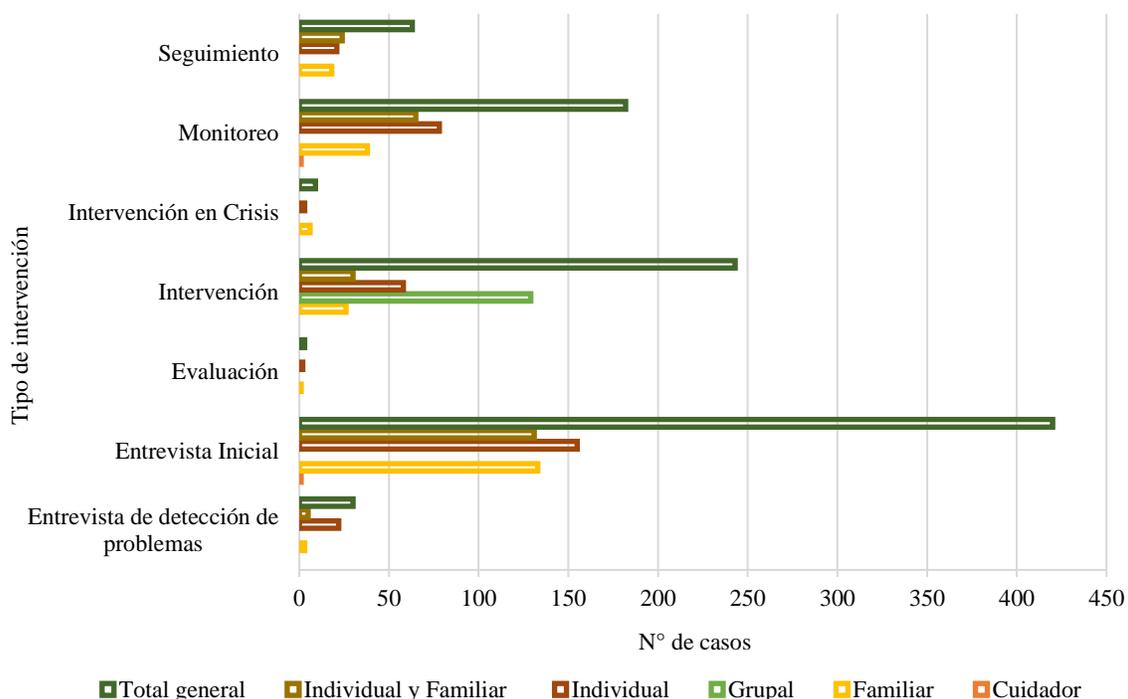


Figura 6. Distribución del tipo de atención dada a cada modalidad de atención.

En el servicio de Medicina Interna existe una gran diversidad de diagnósticos atendidos, partiendo del hecho de que al ser un servicio de diagnóstico muchas veces los pacientes ingresados se encuentran el protocolo de estudio sin una enfermedad identificada concretamente o con la complicación de una enfermedad crónica de base. En la Figura 7 se presentan los 11 diagnósticos principales por los que los pacientes fueron atendidos. Como puede observarse las enfermedades crónicas que reportaron un mayor porcentaje son DM2, Enfermedad Renal Crónica y EPOC.

Sin embargo, algunos de los demás diagnósticos presentes representan algunas de las enfermedades que justamente son secundarias a las enfermedades crónicas antes mencionadas, por ejemplo, la Infección de Tejidos Blandos, el Sangrado de Tubo

Digestivo, la Desarticulación de Miembro Pélvicos, la Infección de Vías Urinarias y el Síndrome Urinario son comorbilidades frecuentes de la DM2 y la Enfermedad Renal Crónica, por lo que dicho gráfico permite observar cómo las enfermedades crónicas por sí mismas pueden generar la necesidad de una hospitalización o provocar otros padecimientos que de igual forma la requieran y que ante la falta de un tratamiento oportuno puede tener como consecuencia final el deceso de los pacientes.

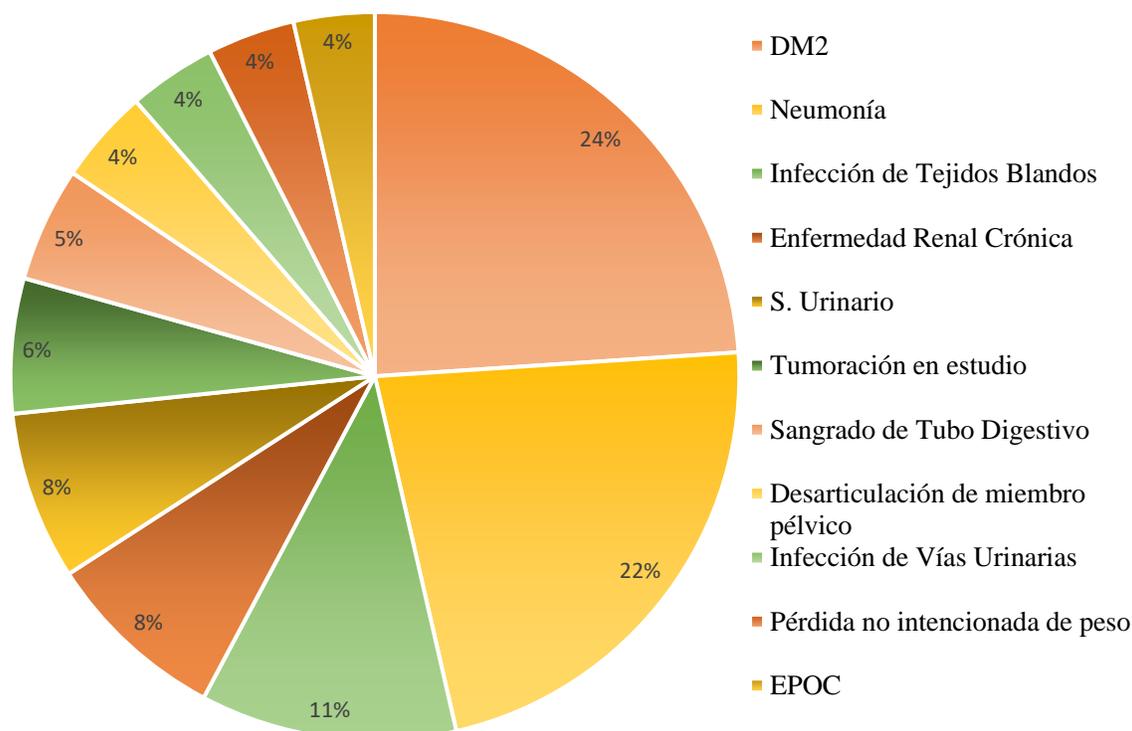


Figura 7. Porcentaje de diagnósticos médicos más frecuentes atendidos por el servicio de Medicina Conductual en Medicina Interna.

Nota. Diagnósticos identificados como principales al ser el motivo de consulta.

A partir de estos 11 diagnósticos presentados en la Figura 7, la Figura 8 rescata cuatro de éstos y expone los diagnósticos secundarios más frecuentes, es decir, las comorbilidades verificadas de los diagnósticos principales de atención médica en el HJM.

En el caso de la DM2, la principal comorbilidad identificada fue la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), seguida de la Presencia de Abscesos Abdominales, la Retinopatía, la Enfermedad Renal Crónica, la Artritis Reumatoide y finalmente, la Acidosis Metabólica. Si bien, algunos de estos diagnósticos secundarios son complicaciones agudas provocadas directamente por la DM2, como la Acidosis Metabólica y la presencia de Abscesos, en el caso de los otros diagnósticos es posible identificar enfermedades crónicas que están confluyendo al mismo tiempo en un paciente.

Lo mismo se observa con los demás diagnósticos principales, en los que es posible identificar como además de la complicación aguda que llevo a un paciente a ser hospitalizado, existen demás padecimientos que no pueden ser resueltos y requieren cuidados fuera del hospital.

Un dato relevante que se puede identificar es que, si bien varios pacientes fueron atendidos principalmente por un diagnóstico de DM2, éste en específico es también uno de los diagnósticos secundarios más recurrente, lo que refleja el impacto que actualmente dicho padecimiento está teniendo en la población mexicana adulta.

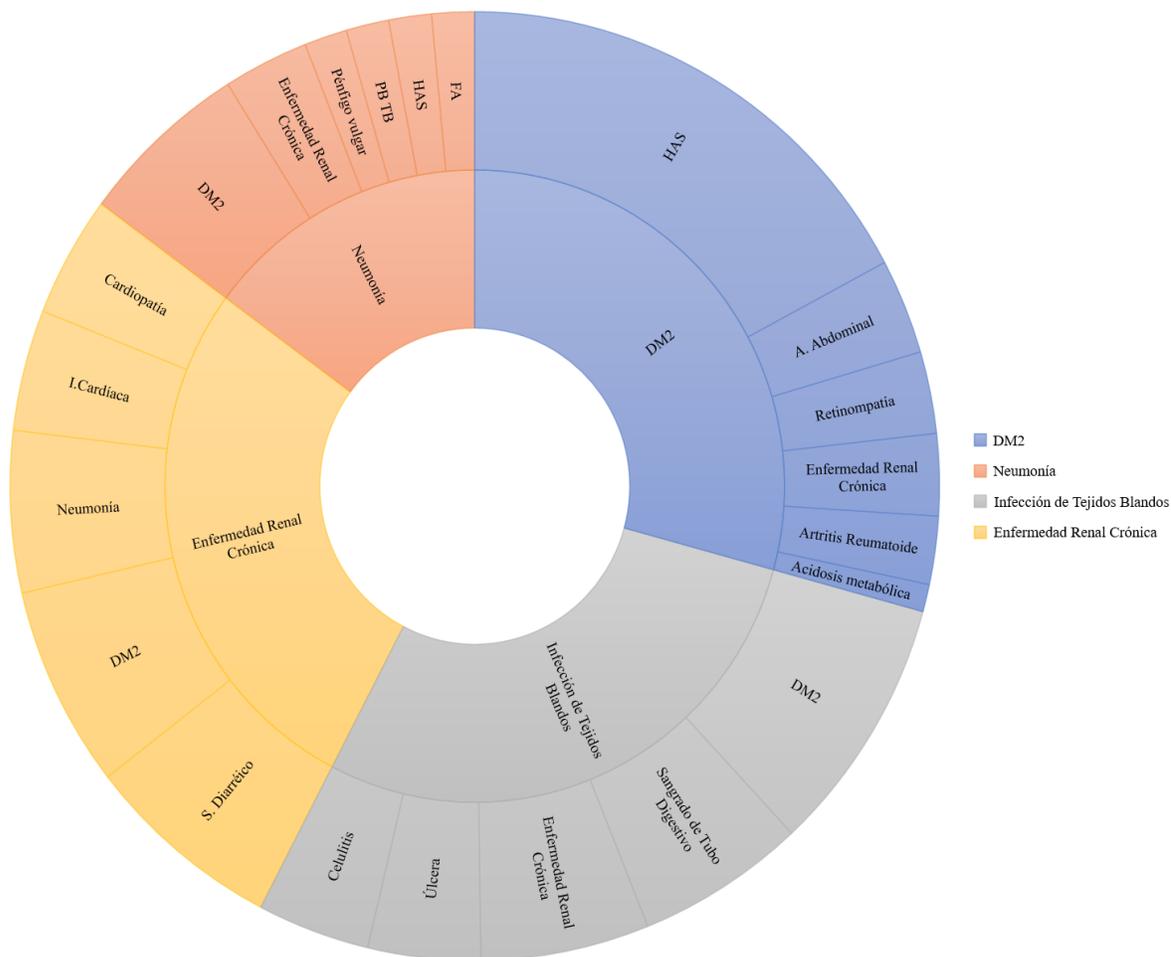


Figura 8. Comorbilidades más frecuentes de las enfermedades prevalentes en los pacientes atendidos en el HJM.

Nota. Se definió como diagnóstico principal el motivo de consulta u hospitalización, independientemente del diagnóstico de mayor temporalidad.

Las alteraciones emocionales y comportamentales que los pacientes presentaron se encuentran representados en la Figura 9. La alteración con mayor porcentaje fue la Reacción de Estrés Agudo, seguido de Síntomas de Ansiedad y, en tercer lugar, el Incumplimiento de Tratamiento Médico.

Es importante resaltar que, en diversas ocasiones, establecer un diagnóstico psicológico probable se tornaba complicado por la disponibilidad de tiempo y del propio

paciente para ser evaluado, por lo que otro un porcentaje presentó un Diagnóstico Aplazado o se identificó como No Valorable ante la gravedad de su salud física.

Un menor porcentaje se vio representado por el Estilo de Afrontamiento Evitativo, considerado como disfuncional en este caso al estar relacionado con la disminución en el autocuidado por parte de los pacientes, al igual que en la toma de decisiones necesarias para preservar su salud.

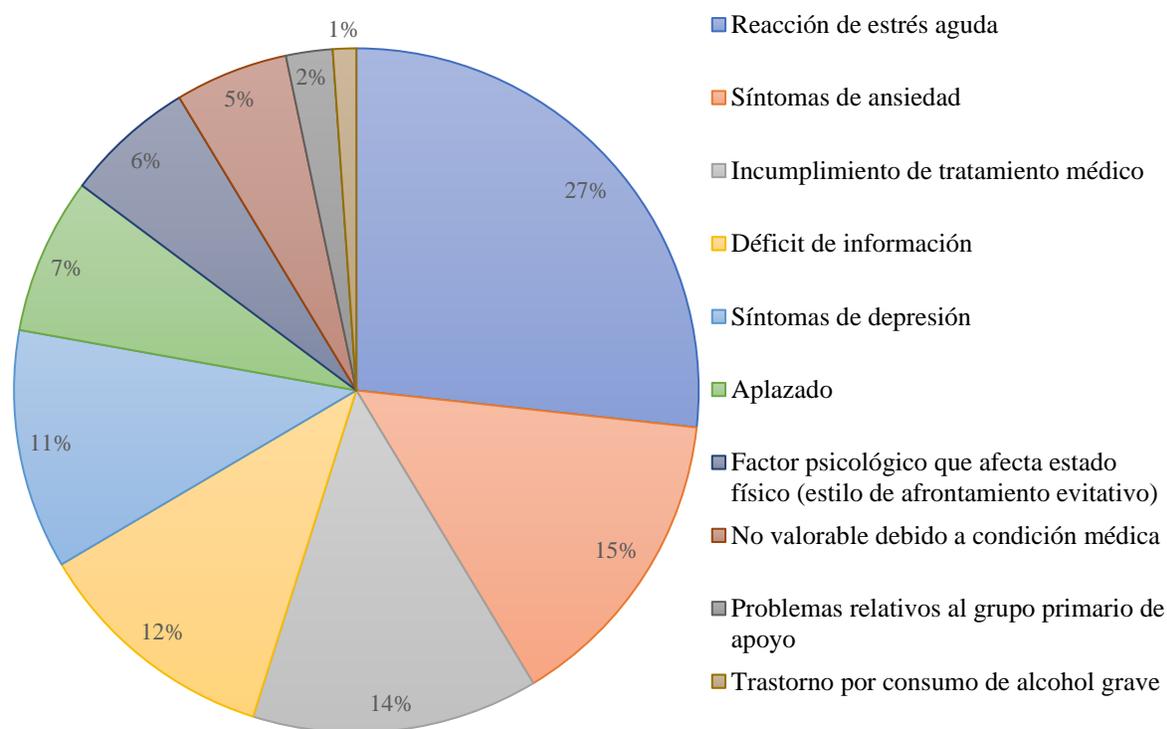


Figura 9. Porcentaje de casos de alteraciones psicológicas más frecuentes atendidas por el servicio de Medicina Conductual en Medicina Interna.

En la Figura 10 se muestra la diferencia entre hombres y mujeres de las alteraciones psicológicas mencionadas. Como puede observarse existen un mayor porcentaje de afectación en las mujeres con relación a los síntomas de ansiedad, estrés, depresión, del

mismo modo que en el incumplimiento del tratamiento médico de enfermedades. En el caso de los hombres los factores psicológicos que afectan su condición médica y la deficiencia en sus grupos primarios de apoyo fueron de sus principales problemáticas. Sin embargo, cabe destacar que, en el caso del Trastorno por Consumo de Alcohol, a pesar de que fueron pocos los casos atendidos como se vio en la Figura 10, los hombres fueron los únicos en presentarlo.

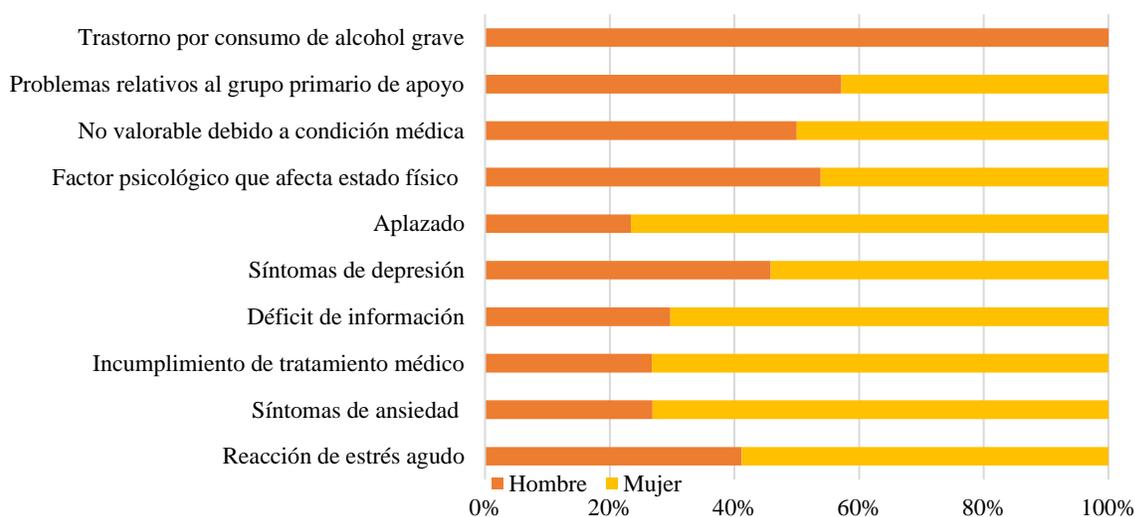


Figura 10. Porcentaje de hombres y mujeres con alteraciones psicológicas atendidas en el servicio.

Evaluación general de servicio.

El servicio de Medicina Interna del HJM se encuentra familiarizado con el trabajo del médico conductual en hospitalización y consulta externa, por lo que tanto el equipo

de médicos como el de enfermería se hallan en disposición de trabajar interdisciplinariamente y con el conocimiento para identificar a quienes se pueden beneficiar de atención psicológica, por ejemplo, pacientes o familiares en crisis por reciente

diagnóstico y fallecimiento respectivamente, pacientes con alteración en el estado de ánimo (síntomas de depresión, ansiedad o estrés), poco cooperadores con el personal o ante procedimientos médicos, con incumplimiento de tratamiento o las reglas hospitalarias. Aunque, el mayor porcentaje de personas atendidas corresponde a aquellas con dificultades en la adherencia en el tratamiento médico y ansiedad ante la estancia hospitalaria.

La demanda de este servicio exige un gran esfuerzo por parte del personal hospitalario cuyo objetivo es brindar atención pertinente a cada uno de los pacientes y sus familiares, aunque en ocasiones esto se vuelve complicado ante la falta del personal, instrumentación, áreas de atención, la coordinación en el tiempo de atención, entre otras cosas. Dichas situaciones tienen como efecto una sobrecarga en el trabajo médico y administrativo, al igual que el retraso en el diagnóstico, tratamiento y egreso oportuno de los pacientes, dando origen o exacerbando alteraciones en su estado de ánimo y su comportamiento, además de problemas económicos y los relativos al grupo primario de apoyo.

Ante estas circunstancias se resalta la necesidad de un personal de medicina conductual, con el objetivo de regular este tipo de respuesta en los pacientes y sus familiares, aunque por el tipo de intervención y las dificultades mencionadas en ocasiones los pacientes beneficiados por esta atención no siempre son todos los que ingresan.

Durante la rotación del 2016 al 2018 el servicio de Medicina Interna se benefició con el aumento del personal en medicina conductual, permitiendo incrementar el número de pacientes y familiares atendidos en hospitalización, al igual que el tiempo de atención brindada. Del mismo modo, fue posible incrementar el número de pacientes en consulta

externa, además de los atendidos mediante interconsultas de las especialidades del hospital que tienen conocimiento de la presencia del servicio y sus beneficios.

Dentro de hospitalización los pacientes comúnmente están de dos hasta ocho semanas, por lo que en algunas ocasiones la atención es muy breve y directiva y en otras es posible brindar una atención un tanto más amplia y con mayor estructura. No obstante, la atención frecuentemente se ve alterada por factores como complicaciones inesperadas en la salud de los pacientes, la intervención del personal médico o de enfermería para realizar procedimientos, la falta de disposición de los pacientes para el trabajo terapéutico por malestar físico o en otras ocasiones las altas inesperadas ya sea de manera voluntaria o por indicación médica.

Cabe destacar que, si bien las actividades del servicio de medicina conductual se remiten en mayor medida a la atención de pacientes en hospitalización, también es considerado una pieza clave en la prevención, evaluación, intervención y rehabilitación tanto de enfermedades crónico-degenerativas como mentales.

Diversos esfuerzos se realizan enfocados a estos objetivos, como la asistencia a consulta externa con los médicos adscritos del servicio, donde se puede identificar y canalizar pacientes con factores de riesgo para complicaciones médicas y del estado de ánimo, el diseño de protocolos de investigación relacionados con la enfermedad y sus factores psicosociales y la atención en consulta externa para la rehabilitación de pacientes. Sin embargo, el impacto generado en estas áreas aún es reducido ante la demanda presente en hospitalización, las características de los pacientes tanto individuales como sociales, la disponibilidad de espacios en el hospital confinados a la atención psicológica individual y grupal brindada por el servicio de medicina conductual, entre otras cosas.

Un aspecto que no se debe de perder de vista es que en varias ocasiones el médico conductual se enfrenta a problemáticas que pueden llegar a sobrepasar sus habilidades o generar la percepción de la falta de éstas, provocando frustración o desconcierto ante la estructuración de intervenciones terapéuticas o en ocasiones muy puntuales alteraciones en el estado de ánimo del propio terapeuta. Ante este tipo de situaciones existen factores fundamentales que permiten afrontarlas de manera oportuna, tales como la supervisión in situ y académica donde se discuten los diversos casos y problemáticas dentro del servicio; además del apoyo intragrupo brindada por los compañeros residentes, aunque esto no descarta la consideración de la atención terapéutica para el médico conductual.

Desarrollo de competencias.

Esperadas.

Con base en el perfil propuesto por el Programa de Residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (2018), al concluir los residentes contarán las competencias siguientes:

- Detectar problemas y necesidades psicológicas socialmente relevantes en el área de la salud.
- Evaluar y diagnosticar problemas de acuerdo con el modelo de evaluación conductual.
- Diseñar y/o adaptar instrumentos y técnicas de medición confiables y válidas para las poblaciones de interés.
- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para su intervención profesional.

- Integrar los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional en el área de la salud.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de la salud.
- Desarrollar materiales psicoeducativos con información verídica y válida.
- Refinar su intervención con base en los resultados de la evaluación, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del cliente y de la sociedad.
- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.
- Utilizar los principales enfoques metodológicos y estadísticos útiles en la práctica profesional.

Además, de acuerdo con el portal del Posgrado de Maestría y Doctorado en Psicología (2013), algunas competencias agregadas son:

- Selección, manejo, evaluación y aplicación de distintas técnicas, procedimientos y herramientas necesarias para la obtención de un diagnóstico preciso.
- Reconocimiento de la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional.
- Integración de los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional en el área de la salud.

- Manejo de diferentes enfoques metodológicos y estadísticos en la práctica profesional.
- Identificación, manejo y construcción de categorías que permitan la conceptualización de problemas a partir de conocimiento científico existente.
- Manejo, evaluación y aplicación de estrategias de trabajo multidisciplinario.
- Manejo de herramientas informáticas.

Competencias logradas.

Las competencias desarrolladas dentro de la residencia se pueden distribuir en tres tipos:

- Académicas: dentro de estas habilidades se pueden considerar como las más representativas la búsqueda de información científica en bases de datos, reciente y relevante para el desarrollo de marcos teóricos tanto para la justificación de problemáticas relevantes, estructuración de intervenciones y evaluación de resultados, así como la construcción de protocolos de investigación; el aumento en habilidades de redacción y presentación de dichos trabajos, expedientes clínicos y notas SOAP de los pacientes; la adquisición de conocimientos de análisis estadísticos propios de protocolos de intervención y; finalmente, la exposición y defensa de propuestas de abordaje psicológico frente a colegas.
- Clínicas o prácticas: en este caso las principales habilidades se relacionan con la ejecución de entrevistas a profundidad, uso de estrategias de intervención cognitivo conductuales con objetivos concretos en pacientes con problemas relacionados a enfermedades crónicas no transmisibles, todo esto con la característica principal de la optimización del tiempo, ante la demanda del servicio, las estancias hospitalarias

y las complicaciones en el estado de salud. Por otro lado, también se considera relevante el desarrollo de habilidades en la identificación de diagnósticos basados en manuales estandarizados y la canalización oportuna de pacientes al servicio de psiquiatría con base en los mismos. Finalmente, el desarrollo de competencias de comunicación y trabajo multidisciplinario con el personal médico con el objetivo de preservar el estado de salud del paciente y/o su calidad de vida.

- Personales: como habilidades propias se pueden identificar principalmente la tolerancia a la frustración, sobre todo en los casos cuyos resultados no fueron los esperados, la administración de tiempo para brindar atención de calidad y al mismo tiempo cumplir con las actividades académicas, la priorización de actividades, el control de los síntomas de estrés, el desarrollo de empática y desapego, pero sobre todo, el reconocimiento de las propias limitantes y la necesidad de apoyo tanto del propio equipo de trabajo, los superiores, considerando la atención terapéutica para el mismo residente en medicina conductual.

Conclusiones

La residencia en Medicina Conductual se mantiene en concordancia con los objetivos planteados por la misma en relación con la formación de profesionales de psicología enfocados a la atención a pacientes con diagnósticos de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, esto, bajo la enseñanza de teorías y estrategias de intervención basadas en evidencia científica. El seguimiento y asesoramiento dado por los profesores a cada uno de los residentes permite el desarrollo óptimo y esclarecimiento de dudas para lograr un desempeño altamente funcional ante cada requerimiento de los pacientes y la propia institución hospitalaria.

Los alcances de ésta a través de sus profesionales son significativos en cada sede, tanto en pacientes que se encuentran hospitalizados, como en aquellos que acuden a consulta externa y sus cuidadores primarios o círculos primarios de apoyo. La atención brindada permite atender alteraciones emocionales simultáneamente a la aplicación de pruebas diagnósticas y tratamientos, en coordinación con el equipo médico, trabajo social, entre otros servicios, favoreciendo la adaptación a una nueva condición de salud tanto para los pacientes como con sus familiares.

Por otro lado, el modo de trabajo de la residencia permite establecer un servicio de atención para el demás personal de salud, mismo que en el sistema de salud actual de México es poco común. De esta forma médicos, enfermeras, camilleros y personal administrativo tienen la oportunidad de recibir orientación y atención psicológica relacionada a su papel en el sector salud.

Entre los factores que en ocasiones afectan el funcionamiento de la residencia en relación con la implementación de protocolos se encuentran la dificultad para establecer contacto con los pacientes en fechas ajenas a sus consultas médicas y la dificultad en coordinar el apoyo necesario por parte de la institución hospitalaria para comunicar el funcionamiento del servicio en cada área de atención y los protocolos desarrollados por el mismo. Algunas estrategias que podrían regular estos factores sería generar calendarios de implementación de protocolos para favorecer la coordinación de la difusión y aceptación de cada servicio en el que se implementarán, permitiendo el contacto oportuno con los pacientes y sus cuidadores. Por otro lado, el coordinar protocolos que compartan algunos parámetros de medición, poblaciones meta o incluso estrategias de intervención, facilitaría la optimización de recursos económicos, materiales y humanos.

Referencias

- Abegunde, Mathers, C., Adam, T., Ortegon, M., & Strong, K. (2007). The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries, *Lancet*, 370, 1929-1938. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61696-1)
- Aguilera, A., Garza, M. J., & Muñoz, R. F. (2010). Group cognitive-behavioral therapy for depression in Spanish: culture-sensitive manualized treatment in practice. *Journal of Clinical Psychology*, 66(8), 857–867. <https://doi.org/10.1002/jclp.20706>
- Ajzen, I. & Gilbert, N. (2006). Attitudes and the prediction of behavior. En W. Crano & R. Prislin(eds.), *Attitudes and attitude change* (289-311). Nueva York: Psychology Press.
- Akaki, J. & López, J. (2018). Formación de médicos especialistas en México. *Educación Médica*, 19(S1), 36-42. <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-formacion-medicos-especialistas-mexico-S1575181318300299>
- Ali, S. Stone, M., Peters, J., Davies, M., & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 23(11), 1165-1173. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x>
- American Diabetes Association (2017). Classification and Diagnosis of Diabetes. En W. Cefalu (Ed.), *Standards of Medical Care in Diabetes – 2017* (S11- S25). Massachusetts: Diabetes Care. The Journal of Clinical and Applied Research and Education. https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf

- American Diabetes Association. (2018). Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes. En W. Cefalu (Ed.), *Standards of Medical Care in Diabetes – 2018* (S73- S85). Massachusetts: Diabetes Care. The Journal of Clinical and Applied Research and Education. <https://diabetesed.net/wp-content/uploads/2017/12/2018-ADA-Standards-of-Care.pdf>
- American Psychological Association. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 6(14), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychological Association. (2014). Manual *Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Quinta Edición. México: Panamericana.
- American Diabetes Association. (2021). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes* 44(1), S15–S33. <https://doi.org/10.2337/dc21-S002>
- American Diabetes Association. (2022). Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care* , 45(1), S125–S143. https://diabetesjournals.org/care/article/45/Supplement_1/S125/138908/9-Pharmacologic-Approaches-to-Glycemic-Treatment
- Andersohn, F., Schade, R., Suissa, S. & Garbe, E. (2009). Long-term use of antidepressants for depressive disorders and the risk of diabetes mellitus. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 591–8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08071065>
- Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R. & Lustman, P. (2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.6.1069>

- Barraza-Lloréns, M., Guajardo-Barrón, V., Picó, J., García, R., Hernández, C., Mora, F., Athié, J., Crable, E. & Urtiz, A. (2015). *Carga económica de la diabetes mellitus en México, 2013*. México: Funsalud. <https://funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/Carga-Economica-Diabetes-en-Mexico-2013.pdf>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Bosi, M. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE*, 25, 3186–3191. https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/Guidelines_for_the_Process_of_Cross_Cultural.14.aspx
- Beck, A., & Alford, B. (2009). Treatment of depression. In A. Beck & B., Alford, *Depression: Causes and treatment* (pp.265-324). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Rush, A. Shaw, B. & Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. 19 edición. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Blanco, E., Chavarría, G., & Gartía, Y. (2021). Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. *Revista Médica Sinergia*, 6(2). e639- e639. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.639>
- Blevins, L., Gonzalez, J., & Wagner, J. (2000). Depression and Anxiety in Adults with Diabetes. En A. Delamater & D. Marrero (Eds). *Behavioral Diabetes Social Ecological Perspectives for Pediatric and Adult Populations* (pp. 381-389). Suiza: Springer.
- Bravo, C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En L. Reynoso y L. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: teoría y práctica* (págs. 102-128). México: Qartuppi. <http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf>

- Buxton, T. (1999) Effective Ways to Improve Health Education Materials, *Journal of Health Education*, 30, 47-61. <https://doi.org/10.1080/10556699.1999.10628749>
- Capoccia, K., Odegard, P., & Letassy, N. (2016). Medication Adherence with Diabetes Medication A Systematic Review of the Literature. *The diabetes educator*, 42(1), 34-71. <https://doi.org/10.1177/0145721715619038>
- Casariego, E. (2016). El Servicio de Medicina Interna en el siglo XXI. *Memorias XXIV Congreso Colombiano de Medicina Interna, Barranquilla*, 24-28. <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2016/03S-2016-07.pdf>
- Castillo-Quan, J., Barrera-Buenfil, D., Pérez-Osorio, J. & Álvarez-Cervera, F. (2010). Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. *Revista de Neurología*, 51, 347-359. <https://doi.org/10.33588/rn.5106.2009398>
- Centers For Disease Control and Prevention. (2009). *Simply put: A guide for creating easy-to-understand materials*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2010). *Controle su diabetes*. 3ª edición. Atlanta: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América.
- Chambless, D., & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7–18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Cipriani A., Furukawa, T., Salanti, G., Geddes, J., Higgins, J., Churchill, R., Watanabe, N., Nakagawa, A., Omori, I., McGuire, H., Tansella, M. & Barbui, C. (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a

- multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 373, 746–758.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60046-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60046-5)
- Colberg, S., Sigal, R., Yardley, J., Riddell, M., Dunstan, D., Dempsey, Horton, E.,
Castorino, K., & Tate, D. (2016). Physical Activity/Exercise and Diabetes: A
Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39, 2065-
2079. <https://doi.org/10.2337/dc16-1728>
- Colunga-Rodríguez, C., García, J., Salazar-Estrada, J. & Ángel-González, M. (2008).
Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México, 2005, *Revista de salud
pública*, 10(1), 137-149. <https://www.redalyc.org/pdf/422/42210113.pdf>
- Constantino-Cerna, A., Bocanegra-Malca, M., León-Jiménez, F., & Díaz-Vélez, C. (2014).
Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un
hospital general de Chiclayo. *Revista Médica Herediana*, 25(4), 196-203.
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-
130X2014000400003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000400003&lng=es&tlng=es)
- Córdova-Villalobos, J., Barriguete- Meléndez, J., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-
Peralta, M., Hernández-Ávila, M., de León-May & Aguilar-Salinas, C. (2008). Las
enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y
prevención integral. *Salud Pública de México*, 50(5), 419-427.
<https://scielo.org.mx/pdf/spm/v50n5/a15v50n5.pdf>
- De Groot, M., Shubrook, J., Hornsby, G., Pillay, H., Mather, K., Fitzpatrick, K., Yangm Z.,
& Saha, C. (2019). Program ACTIVE II: Outcomes From a Randomized, Multistate
Community-Based Depression Treatment for Rural and Urban Adults With Type 2
Diabetes. *Diabetes Care*, 42(7), 1185 – 1193. <https://doi.org/10.2337/dc18-2400>

- De Maio, F. (2011). Understanding chronic non-communicable diseases in Latin America: towards an equity-based research agenda. *Globalization and Health*, 7(36), 1-8.
<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1744-8603-7-36.pdf>
- Di Cesare, D. (2015). *El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
<http://hdl.handle.net/11362/3852>
- Diabetes UK. (2010). *Diabetes in the UK 2010: Key statistics on diabetes*. London: Diabetes UK.
https://www.diabetes.org.uk/documents/reports/diabetes_in_the_uk_2010.pdf
- Ember, C. & Ember, M. (2009). *Cross-cultural Research Method*. Maryland: Altamira Press.
- Espinosa, A. (2016). La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Finlay*, 6(3), 236-238.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n3/rf06306.pdf>
- Fernández, B., Álvarez, C., Molina, V., Lara, A., Fuentes, L. & Barriguete, A. (2011). *Diabetes. Guía para pacientes*. 2ª Ed. México: CENAPRECE Secretaría de Salud.
- Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1973). The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 33, 613-619. <https://doi.org/10.1177/001316447303300309>
- Folkman, S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>

- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>
- Folkman, S. & Teddlie, J. (2000). Stress, Positive Emotion, and Coping. *Current Directions In Psychological Science*, 9(4), 115-118. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00073>
- Fortea, M. (2017). *Impacto de un programa educativo en el control de la diabetes mellitus tipo 2* [Tesis doctoral, Universitat Jaume I, España]. Repositorio Institucional UJI <http://dx.doi.org/10.6035/14032.2017.90216>
- García-Saisó, A., Ortega-Andeane, P., & Reyes-Lagunes, I. (2014). Adaptación y Validación Psicométrica de la Escala de Clima Social Organizacional (WES) de Moos en México. *Acta De Investigación Psicológica*, 4(1), 1370 - 1384. <https://www.redalyc.org/pdf/3589/358933346005.pdf>
- Gardner, C. L. (2014). Adherence: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 96–101. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12046>
- Gilsanz, P., Karter, A., Schnaider, M., Quesenberry, C. & Whitmer, R. (2018). The Bidirectional Association Between Depression and Severe Hypoglycemic and Hyperglycemic Events in Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 41(3), 446-452. <https://doi.org/10.2337/dc17-1566>
- Gjersing, L., Caplehorn, J., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>

- González, A., Pérez, J., Nieto, C., Vázquez, A. & Gaytán, E. (1986). Importancia de las enfermedades crónico-degenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México. *Prevención y control de enfermedades no transmisibles*, 28, 3-13.
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/384/373>
- González, J., Safren, S., Cagliero, E., Wexler, D., Delahanty, L., Wittenberg, E., Blais, M., Meigs, J. & Grant, E. (2007). Depression, Self-Care, and Medication Adherence in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 30(9), 2222-2227. <https://doi.org/10.2337/dc07-0158>
- Hain, T. (2002). Improving the quality of health information: the contribution of C-H-i-Q. *Health Expectations*, 5, 270–273.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060154/>
- Hevia, P. (2016). Educación en Diabetes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(2), 271-276. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300165>
- Ho, P. M., Rumsfeld, J. S., Masoudi, F. A., McClure, D. L., Plomondon, M. E., Steiner, J. F., & Magid, D. J. (2006). Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1836–1841.
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410956>
- Holmes, E., Hughes, D., & Morrison, V. (2014). Predicting Adherence to Medications Using Health Psychology Theories: A Systematic Review of 20 Years of Empirical Research. *Value in Health*, 17(8), 863 – 876.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S109830151404621X>

- Horne, R. & Weinman, J. (2002) Self-regulation and Self-management in Asthma: Exploring the Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs in Explaining Non-adherence to Preventer Medication, *Psychology & Health*, 17(1), 17-32.
<https://doi.org/10.1080/08870440290001502>
- Iglesias, E. (2005). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- International Diabetes Federation. (2015). *Atlas de la diabetes de la FID*. (7a ed. electrónica).
https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
- International Diabetes Federation. (2017). *Atlas de la diabetes de la FID*. (8a ed. electrónica). [http://diabetesatlas.org/IDF Diabetes Atlas 8e interactive ES/](http://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_ES/)
- International Society of Behavioral Medicine (ISBM) (2012). ISBM Activities.
<https://www.isbm.info/isbm-activities/>
- Institute of Medicine National Academy of Sciences. (1978). Academy of Behavioral Medicine Research. Steering Committee Meeting. <https://academyofbmr.org/who-we-are/history-of-abmr/?view=mobile>
- Kindig, D., Panzer, A., & Nielsen-Bohlman, L. (Eds.) (2004). *Health literacy: A prescription to end confusión*. Washington, DC: National Academies Press.
<https://doi.org/10.17226/10883>

- Korman, G. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145. <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630257005.pdf>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Nueva York: Springer.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. & Leventhal, E. (1992) Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163. <https://doi.org/10.1007/BF01173486>
- Letelier, L, Valdivieso, A., Gazitúa, R., Echávarri, S., & Armas, R. (2011). A consensus definition of internal medicine and the internist. *Revista médica de Chile*, 139(8), 1081-1088. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000800016>
- Lin, E., Katon, W., Rutter, C., Simon, G., Ludman, E., Von Korff, M., Young, B., Oliver, M., Ciechanowski, P., Kinder, L. & Walkwer, E. (2006). Effects of Enhanced Depression Treatment on Diabetes Self-Care. *Annals of Family Medicine*, 4(1), 46-53. <https://doi.org/10.1370/afm.423>
- Lin, E., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G., Oliver., M., Ciechanowski, P., Ludman, E., Bush, T. & Young, B. (2004). Relationship of Depression and Diabetes Self-Care, Medication Adherence, and Preventive Care. *Diabetes Care*, 27(29), 2154-2160. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.9.2154>

- López-Romero, L., Romero-Guevara, S., Parra, D., & Rojas-Sánchez, L. (2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 117-137. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
- Lu, X., Yang, D., Liang, J., Xie, G., Li, X., Xu, C., Liao, H., Zhou, H., Xu, Z., Ye, C., Chen, H., Liang, M., Shen, Q., Sun, T., Hu, Y., Zhang, W. & Ning, Y. (2021). Effectiveness of intervention program on the change of glycaemic control in diabetes with depression patients: A meta-analysis of randomized controlled studies. *Primary Care Diabetes*, 15, 428-434. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2021.01.006>
- Lucio, G., Reyes-Lagunes, I., & Scott, R. (1994). MMPI-2 for Mexico: Translation and Adaptation. *Journal of Personality Assessment*, 63(1), 105–116. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6301_9
- Luppino, F., de Wit, L., Bouvy, P., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B., & Zitman, M. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives Of General Psychiatry*. 67(3), 220–9. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/210608>
- Lutsman, P., Griffith, L., Freedland, K., Kissel, S., & Clouse, R. (1998). Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus. *Annals of Internal Medicine*, 129(8), 613-621 <https://doi.org/10.7326/0003-4819-129-8-199810150-00005>
- Malfante, P. (2014). La epidemia silenciosa. Una mirada a los números que nos enferman. *Revista del Hospital Privado de Comunidad*, 17, 10-19. <http://hpc.org.ar/wp-content/uploads/1016-02-MALFANTE.pdf>
- Manrique, A (Coord.). (2014). 1989-2014. *Hospital Juárez de México. La sede actual. El recuento de sus protagonistas*. México: Hospital Juárez de México.

- Manrique, A (Coord.). (2012). *Manual de organización específico del Hospital Juárez de México*. México: Secretaría de Salud Pública.
- Márquez, E. (2010). *Intervención psicológica dirigida a un grupo de mujeres adultas y adultas mayores con diabetes e hipertensión* [Tesis de grado Universidad de Sonora, México]. Repositorio Institucional USON <http://repositorioinstitucional.uson.mx/handle/unison/2230>
- Melchi, A. (2015). Adherencia a la dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: Un programa de intervención desde la Medicina Conductual (Tesis de Maestría inédita, Universidad Nacional Autónoma de México, México) Repositorio Institucional TESIUNAM <http://132.248.9.195/ptd2015/octubre/0737081/Index.html>
- Mocan, A., Iancu, S., Duma, L., Muresanu, C., & Baban, A. (2016). Depression in romanian patients with type 2 diabetes: prevalence and risk factors. *Clujul Medical*, 89(3), 371-377. <https://doi.org/10.15386/cjmed-641>
- Morales, A., Morejón, A., & González, M. (2018). Metas y brechas del Plan 25 x 25 vs enfermedades crónicas no transmisibles. *MediSur*, 16, 229-232. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3952/2544>
- Moreno, E. & Rosales-Nieto, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2013). 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles. http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Enfermedades no transmisibles. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades no transmisibles. Hechos clave. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva: OMS. http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Noncommunicable diseases progress monitor 2017. Suiza: OMS. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=909685C201512FEC070B8DE3608B3555?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Depresión. <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Orozco-Gómez, A. & Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80438019013.pdf>
- Petrak, F., Herpertz, S., Albus, C., Hermanns, N., Hiemke, C., Hiemke, W., Hiller, W., Kronfeld, K., Kruse, J., Kulzer, B., Ruckes, C., Zahn, D. & Muller, J. (2015). Cognitive Behavioral Therapy Versus Sertraline in Patients with Depression and Poorly Controlled Diabetes: The Diabetes and Depression (DAD) Study. *Diabetes Care*, 38(5), 767–775. <https://doi.org/10.2337/dc14-1599>

- Piterman, L. & Yang, H. (2018). Chronic non-communicable disease. *Family Medicine and Community Health*, 6(1), 1-2. <http://dx.doi.org/10.15212/FMCH.2017.0145>
- Prieto, J. (2015). Representación gráfica de conceptos médicos: estudio de caso de la guía para pacientes Efectos secundarios del Taxol ® (paclitaxel) [Tesis de posgrado, Universidad Jaime I, España]. Repositorio Institucional UJI <http://hdl.handle.net/10234/154205>
- Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. (2013). Perfil de Egreso Medicina Conductual (Iztacala). <http://psicologia.posgrado.unam.mx/perfil-egreso-medicina-conductual-iztacala/>
- Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. (2013). Residencia Medicina Conductual. <http://psicologia.posgrado.unam.mx/entrada-residencia-1/>
- Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. (2015). Plan de Estudios de la Maestría en Psicología. <http://psicologia.posgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2015/12/Plan-de-Estudios-Maestria-en-Psicologi%CC%81a.pdf>
- Ramiro-H, M., Casares-Queralt, S., Arévalo-Vargas, A., Juárez, Pons-Álvarez, O., & Castañeda-Del Toro, A. (2016). ¿Dónde trabajan los internistas? *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(4), 412-413. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457755024001>
- Residencia en Medicina Conductual. (2018). Egresados para mantenernos conectados. <https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org/egresados.html>
- Residencia en Medicina Conductual. (2018). Características Generales de la Residencia. <https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org/plan-de-estudios.html>

- Reyes, B. (2006) ¿Qué es Medicina Interna? *Revista médica de Chile*, 134, 1338-1344.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001000020>
- Reyes, F., Pérez, M., Figueredo, E., Ramírez, M. & Jiménez, Y. (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico*, 20(1), 98-121.
<http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v20n1/ccm09116.pdf>
- Reyes, L. (2007). La teoría de la acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación educativa*, 7, 66-77.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358919>
- Reyes, P. (2013). *Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles: el contexto para el programa Meta Salud en Sonora*. México: El colegio de Sonora.
https://www.colson.edu.mx/FrutosTrabajo/frutos_archivos/2013_Reyes_InformeSobreEnfermedades.pdf
- Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso y A. Becerra (Eds), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (págs. 11-27). México: Qartuppi.
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3),194–204. Doi:
[10.1097/ANS.0b013e318261b1ba](https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba)
- Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R., & Román-Álvarez, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17(1-2), 30-35.
<https://www.redalyc.org/pdf/487/48721182005.pdf>
- Rodríguez, A., Zúñiga, P., Contreras, K., Gana, S. & Fortunato, J. (2016). Revisión Teórica de las Estrategias de Afrontamiento (Coping) según el Modelo Transaccional de

- Estrés y Afrontamiento de Lazarus & Folkman en Pacientes Quirúrgicos Bariátricos, Lumbares y Plásticos. *Revista El Dolor*,25)(66), 14-23.
https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/59ca9b80918b5_Original_02_66.pdf
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1, 5-12.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283032589002>
- Rodríguez, J., Zapatero, A., & Martín, M. (2014). Prevalencia de la depresión en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Clínica Española*, 215(3), 156-164.
<https://doi.org/10.1016/j.rce.2014.10.010>
- Roopan, S. & Larsen, E. (2016). Use of antidepressants in patients with depression and comorbid diabetes mellitus: a systematic review. *Acta Neuropsychiatrica*, 29(3) 1-13.
Doi:[10.1017/neu.2016.54](https://doi.org/10.1017/neu.2016.54)
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rotella, F. & Mannuci, E. (2012). Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 99, 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2012.11.022>
- Safren, S., O'Leirigh, C., Bullis, J., Otto, M., Stein, M., & Pollack, M. (2012). Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(3), 404–415. <https://doi.org/10.1037/a0028208>

- Safren S., O'Cleirigh, C., Tan, J., Raminani, S., Reilly, L., Otto, M., & Mayer, K. (2009) A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. *Health Psychology Journal*, 28(1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/a0012715>
- Safren, S. González, J. & Soroudi, N. (2007). *Coping with Chronic Illness: A Cognitive-Behavioral Approach for Adherence and Depression*. Nueva York: Oxford University Press
- Safren, S., González, J., Wexler, D., Psaros, C., Delahanty, L., Blashill, A., Margolina, A. & Cagliero, E. (2014). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 37(3), 625-633. <https://doi.org/10.2337/dc13-0816>
- Saiz-Hontangas, P., Ezpeleta-Piorno, P. & Muñoz-Miquel, A. (2016). El uso de imágenes en guías para pacientes: una primera aproximación desde la perspectiva del nivel de activación del paciente. *Revisa Panacea*, 8(44), 99-110.
https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n44_tribuna-PSaiz-HontangasEtAl.pdf
- Sánchez. A. (2013). Psicofarmacología de la depresión. *CM de Psicobioquímica*, 2, 37-51.
http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer_depresion/001/04.pdf
- Sánchez, G. (2007). Historia de la Diabetes. *Gaceta Médica Bolivariana*, 30, 74-78.
<http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v30n2/a16.pdf>
- Sand-Jecklin, K. (2007) The Impact of Medical Terminology on Readability of Patient Education Materials, *Journal of Community Health Nursing*, 24(2), 119-129.
<https://doi.org/10.1080/07370010701316254>

- Sansom-Daly, U., Peate, M., Wakefield, C., Bryant, R., & Cohn, R. (2012). A systematic review of psychological interventions for adolescents and young adults living with chronic illness. *Health Psychology, 31*(3), 380–393.
<https://doi.org/10.1037/a0025977>
- Secretaria de Salud. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC). México: Informe final de resultados.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Semenkovich, K., Brown, M., Svrakic, D. & Lustman, P. (2015). Depression in Type 2 Diabetes Mellitus: Prevalence, Impact, and Treatment. *Drugs, 75*, 577–587.
<https://doi.org/10.1007/s40265-015-0347-4>
- Schwartz, G., & Weiss, S. (1978.). Yale Conference of Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine, 1*(1), 3-12. Doi: [10.1007/BF00846582](https://doi.org/10.1007/BF00846582).
- Shrivastava, S., Shrivastava, P., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders, 12*(1), 1-5.
<https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14>
- Snoek, F. & Menting, J. (2020). Individual-Level Intervention Approaches. En A. Delamater & D. Marrero (Eds). *Behavioral Diabetes Social Ecological Perspectives for Pediatric and Adult Populations* (pp. 381-389). Suiza: Springer.
- Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L. & Pahua, D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina, 59*(6), 8-22. <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n6/2448-4865-facmed-59-06-8.pdf>

- Sousa, V. & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Tattersall, R. (2016). The History of Diabetes Mellitus. En R. Holt, C. Cockram, A. Flyvbjerg & B. Goldstein. *Textbook of Diabetes* (pp. 1-22). New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Vázquez, F. Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Wilson, F. & McLemore, R. (1997). Patient Literacy Levels: A Consideration When Designing Patient Education Programs, *Rehabilitation Nursing Journal*, 22(6), 311-7. Doi: [10.1002/j.2048-7940.1997.tb02124.x](https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1997.tb02124.x).
- Yates, T., Gray, L., Henson, J., Edwardson, C., Khunti, K., & Davies, M. (2019). Impact of Depression and Anxiety on Change to Physical Activity Following a Pragmatic Diabetes Prevention Program Within Primary Care: Pooled Analysis from Two Randomized Controlled Trials. *Diabetes Care*, 42(10), 1847-1853.
<https://doi.org/10.2337/dc19-0400>
- Young-Hyman, D., de Groot, M., Hill-Briggs, F., González, F., Hood, K. & Peyrot, M. (2016). Psychosocial Care for People with Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association, *Diabetes Care*, 39(12), 2126–2140.
<https://doi.org/10.2337/dc16-2053>

Zarragoitía, A. (2010). Depresión: generalidades y particularidades. La Habana: Editorial

Ciencias Médicas. <http://newpsi.bvs->

[psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf)

Zhang, Y., Zw Ting, R., Yang, W., Jia, W., Li, W., Ji, L., Guo, X., Kong, A., Wing, Y-K.,

Luk, A., Sartorius, N., Morisky, D., Oldenburg, B., Weng, J. & Chan, J. (2015).

Depression in Chinese patients with type 2 diabetes: associations with hyperglycemia,

hypoglycemia, and poor treatment adherence. *Journal of Diabetes*, 7(6), 800-808.

<https://doi.org/10.1111/1753-0407.12238>

ANEXO 1



Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
Residencia en Medicina Conductual
Yadira Bravo



Traducción y adaptación de la estrategia Problem-Solving Steps: The AIM Method en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

En México las Enfermedades Crónicas No Transmisibles actualmente encabezan la lista de las principales causas de mortalidad, siendo la primera de ellas la Diabetes Mellitus (Soto-Estrada, Moreno-Altamirano y Pahua, 2016). Ésta se caracteriza por tener una progresión con el paso de los años que a su vez favorece la manifestación de diversas complicaciones de salud, como consecuencia de los diversos órganos y sistemas que se ven afectados por ella. Uno de los factores relacionados con la presencia de estas complicaciones es la falta de control de la enfermedad como consecuencia de la falta de adherencia al tratamiento médico: dieta, medicamentos y ejercicio físico (Diabetes UK, 2010). Por esta razón se hace necesario implementar estrategias que faciliten la modificación de las conductas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento.

A continuación, se presenta la propuesta de traducción y adaptación de la estrategia Problem-Solving Steps: The AIM Method retomada del manual Coping with Chronic Illness: Cognitive behavioral therapy for adherence and depression in individuals with chronic illness (Safren, Gonzalez y Soroudi, 2007). Ésta que tiene como objetivo proporcionar una estrategia para la resolución de problemas que se presentan cotidianamente en la adherencia al tratamiento médico en pacientes con enfermedades crónicas. Es importante resaltar que en la propuesta ha sido modificada con el objetivo de conservar el uso de la estrategia del acrónimo para facilitar el recuerdo de los pasos a utilizar. Por favor, lea la propuesta e indique si está de acuerdo colocando sobre la línea CORRECTO, si no está de acuerdo escriba sus observaciones.

Ejercicio Original

Problem-Solving Steps: The AIM Method.

We are now going to go through a checklist of problems that some people have with medical adherence. By completing the checklist, solving problems related to adherence, and continuing to practice, you can make successful adherence a part of your routine.

We Will use a technique called AIM to solve some of your adherence-related problems.

The first step in AIM is to

- Articulate the particular adherence goal.

The second step is to

- Identify barriers to reaching the goal.

The final step is to

- Make a plan to overcome the barriers, as well as to develop a backup plan.

Producción de traducción y adaptación

El método META para solucionar problemas

A continuación, revisaremos una lista de algunos de los problemas que se presentan en la adherencia al tratamiento para la diabetes y pondremos en práctica un método al que llamaremos META para la solución de dichos problemas.

El método de META hace referencia a las iniciales de una serie de pasos:

- **M**odelar la meta particular de adherencia.
- **E**stablecer las barreras para alcanzar la meta.
- **T**rabajar en un plan para superar las barreras.
- **A**daptar un plan de respaldo.

Escriba su opinión:

ANEXO 2



Universidad Nacional Autónoma de México.
 Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
 Residencia en Medicina Conductual
 Yadira Bravo



Traducción y adaptación de la estrategia Problem-Solving Steps: The AIM Method en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

La Diabetes Mellitus se caracteriza por ser una enfermedad progresiva que deteriora diversos órganos del cuerpo provocando otras enfermedades crónicas a largo plazo, como enfermedad renal, neuropatía, retinopatía, entre otras. Sin embargo, a corto plazo también es relacionada con complicaciones como cetoacidosis diabética, hipoglucemia, eventos vasculares, etcétera (UK, 2010). Si bien, la evolución natural de la enfermedad está relacionado con la aparición de estas complicaciones, el incumplimiento del tratamiento médico compuesto por la adherencia a la toma de medicamentos, la regulación en la ingesta de alimento y la actividad física constante. Diversas son las razones por las que las personas incumplen el tratamiento. Por esta razón se hace necesario implementar estrategias que favorezcan resolver los obstáculos que se encuentran cotidianamente para llevar el cuidado para la enfermedad.

A continuación, se presenta tres propuestas de traducción y adaptación de la estrategia Problem-Solving Steps: The AIM Method retomada del manual Coping with Chronic Illness: Cognitive behavioral therapy for adherence and depression in individuals with chronic illness (Safren, Gonzalez y Soroudi, 2007). Ésta tiene como objetivo proporcionar una estrategia para la resolución de problemas del incumplimiento de tratamiento médico. Es importante resaltar que estas propuestas han sido modificadas con el objetivo de conservar el uso de la estrategia del acrónimo para facilitar el recuerdo de los pasos a utilizar. Por favor, lea cada una e indique cuál de las tres considera más adecuada.

Ejercicio Original

Problem-Solving Steps: The AIM Method.

We are now going to go through a checklist of problems that some people have with medical adherence. By completing the checklist, solving problems related to adherence, and continuing to practice, you can make successful adherence a part of your routine.

We Will use a technique called AIM to solve some of your adherence-related problems.

The first step in AIM is to

- Articulate the particular adherence goal.

The second step is to

- Identify barriers to reaching the goal.

The final step is to

- Make a plan to overcome the barriers, as well as to develop a backup plan.

Opción 1

El método **META** para solucionar problemas.

A continuación, revisaremos una lista de algunos de los problemas que se presentan en la adherencia al tratamiento para la diabetes y pondremos en práctica un método al que llamaremos **META** para la solución de dichos problemas.

El método de **META** hace referencia a las iniciales de una serie de pasos:

- **M**acar la meta particular de adherencia.
- **E**stablecer las barreras para alcanzar la meta.
- **T**rabajar en un plan para superar las barreras.
- **A**daptar un plan de respaldo.

Opción 2

El método **PALA** para solucionar problemas.

A continuación, revisaremos una lista de algunos de los problemas que se presentan en la adherencia al tratamiento para la diabetes y pondremos en práctica un método al que llamaremos **PALA** para la solución de dichos problemas.

El método de **PALA** hace referencia a las iniciales de una serie de pasos:

- **P**oner la meta.
- **A**nalizar las dificultades.
- **L**impiar el camino.
- **A**daptar un plan de respaldo.

Opción 3

El método **DIA** para solucionar problemas.

A continuación, revisaremos una lista de algunos de los problemas que se presentan en la adherencia al tratamiento para la diabetes y pondremos en práctica un método al que llamaremos **DIA** para la solución de dichos problemas.

El método de **DIA** hace referencia a las iniciales de una serie de pasos:

- **D**eterminar un objetivo o meta particular de adherencia.
- **I**dentificar las barreras u obstáculos para alcanzarlo.
- **A**notar un plan para superar las barreras y hacer un plan de respaldo.

Opción aprobada: _____

ANEXO 3



Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
Residencia en Medicina Conductual



El método META para solucionar problemas

En México una de las principales causas de muerte es la Diabetes Mellitus. Ésta se caracteriza por tener una progresión con el paso de los años que a su vez favorece la manifestación de diversas complicaciones de salud, como el deterioro de diversos órganos y sistemas. Uno de los factores relacionados con la presencia de estas complicaciones es la falta de control de la enfermedad como consecuencia del incumplimiento del tratamiento médico: dieta, medicamentos y ejercicio físico (Diabetes UK, 2010). Por esta razón se hace necesario implementar estrategias que faciliten la modificación de las conductas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento.

A continuación, se presenta un ejercicio compuesto por cuatro **palabras clave** que tienen como objetivo facilitar el recuerdo de **CUATRO PASOS** para **SOLUCIONAR PROBLEMAS** frecuentes en la toma de medicamentos, el cumplimiento de la dieta y el ejercicio físico diario.

Por favor, lea detenidamente cada parte del ejercicio y señale con una **X** si cada paso se te hace fácil o difícil de entender, como se muestra en el ejemplo. Al final escriba sus comentarios sobre el ejercicio.

Ejemplo:

	Fácil de entender	Difícil de entender
La silla es de madera	X	

¡¡GRACIAS!!

El método **META** para solucionar problemas

A continuación, revisaremos una lista de algunos de los problemas que se presentan en la adherencia al tratamiento para la diabetes y pondremos en práctica un método al que llamaremos META para la solución de dichos problemas.

El método de META hace referencia a las iniciales de una serie de pasos:

	Fácil de entender	Difícil de entender
- Marcar la meta particular de adherencia.		
- Establecer las barreras para alcanzar la meta.		
- Trabajar en un plan para superar las barreras.		
- Adaptar un plan de respaldo.		

Escriba su opinión:

ANEXO 4



Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
Residencia en Medicina Conductual



El método **META** para solucionar problemas

En México la diabetes es una de las razones por las que más personas mueren al año. La diabetes es una enfermedad que no se cura y requiere mucho cuidado durante toda la vida, ya que con el paso del tiempo puede dañar otros órganos como el corazón, los riñones, los ojos, entre otros. Uno de los aspectos más importantes en el cuidado de la diabetes es la **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO**. La adherencia se refiere a seguir las recomendaciones del doctor en la dieta, en la toma de medicamentos y el ejercicio físico.

A continuación, se presenta un ejercicio compuesto por cuatro **palabras clave** que tienen como objetivo facilitar el recuerdo de **CUATRO PASOS** para **SOLUCIONAR PROBLEMAS** frecuentes en la toma de medicamentos, el cumplimiento de la dieta y el ejercicio físico diario.

Por favor, lee detenidamente cada parte del ejercicio y señala con una **X** si cada paso se te hace fácil o difícil, como se muestra en el ejemplo. Al final escribe tus comentarios sobre el ejercicio.

Ejemplo:

	Fácil de entender	Difícil de entender
La silla es de madera	X	

¡¡GRACIAS!!

El método **META** para solucionar problemas

El método de META hace referencia a las iniciales de una serie de pasos:

	Fácil de entender	Difícil de entender
- Marcar la meta particular de adherencia.		
- Establecer las barreras para alcanzar la meta.		
- Trabajar en un plan para superar las barreras.		
- Adaptar un plan de respaldo.		

Escriba su opinión:

ANEXO 5

Rúbrica Expertos:

Hablando de Diabetes y Emociones - Manual de Trabajo

A continuación, se solicita su apoyo para la evaluación del material educativo y de apoyo *Hablando de Diabetes y Emociones - Manual de trabajo* que será utilizado con pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 y síntomas de depresión durante un curso-taller: Hablando de Diabetes y Emociones. El manual tiene como objetivo proporcionar por escrito la información dada durante el curso-taller, así como guiar y registrar las actividades llevadas a cabo de manera individual y grupal durante el mismo. El objetivo general del curso-taller es proporcionar estrategias bajo el enfoque cognitivo-conductual que contribuyan a la disminución de síntomas de depresión y el aumento en la adherencia al tratamiento médico para diabetes.

Por favor, de la lista que se presenta indique con una **X** los criterios de elaboración de material didáctico que cumple y no cumple el manual.

Rubro	Criterios de evaluación	Cumple	No cumple
Formato	1. Se incluyen título, índice y referencias complementarias.		
	2. La compaginación (márgenes, espacios en blanco, encabezados, pies de página) del manual es correcta.		
Diseño	3. La tipografía es adecuada.		
	4. El lenguaje es comprensible hacia la población meta.		
	5. Las imágenes utilizadas (ilustraciones, esquemas, gráficos y tablas) concuerdan y contribuyen al contenido textual.		
Contenido	6. El índice muestra todos los temas a revisar.		
	7. Contiene presentación y objetivos del manual.		
	8. La redacción de objetivos es clara y congruente con el contenido del manual.		
	9. La presentación de los temas sigue una secuencia lógica.		
	10. El desarrollo de los temas es simple, incluye ejemplos y explicaciones suficientes para su comprensión.		
	11. Incluye actividades e instrucciones para aplicación y práctica de contenido teórico.		
	12. Contiene instrumentos y/o estrategias de evaluación para valoración de cumplimiento de objetivos.		
Criterios cumplidos			

Nombre del evaluador: _____ Sexo: H () M () Grado escolar:

_____ Especialidad: _____

Anexo 6



Hospital Juárez de México
Residencia en Medicina Conductual / Medicina Interna
R2 Yadira Bravo

Presentación del caso:

Nombre: Rosa (Nombre ficticio).

Edad: 45 años.

Sexo: Mujer.

Estado civil: casada

Escolaridad: secundaria.

Ocupación: empleada de abarrotes.

Religión: ninguna.

Lugar de origen: Estado de México.

Lugar de residencia: Acolman, Estado de México.

Diagnóstico médico: Diabetes Mellitus Tipo 2, hipertrigliceridemia, gastritis.

Selección del caso:

La presentación del caso tiene como objetivo ilustrar el efecto de una intervención cognitivo conductual en el incumplimiento de tratamiento médico para diabetes mellitus relacionado con alteraciones en el estado de ánimo.

Motivo de consulta:

La paciente acude por primera vez al servicio de Medicina Conductual al ser canalizada desde la consulta externa de Medicina Interna refiriendo “incumplimiento de tratamiento

médico, 508 de glucosa en ayuno”. La paciente refiere “el doctor me mandó aquí porque no logro bajar mi glucosa” (Sic.Pac.).

Antecedentes Heredofamiliares:

Padre: Diabetes Mellitus tipo 2.

Abuelo Materno: Diabetes Mellitus tipo 2.

Antecedentes personales no patológicos:

Paciente vive en casa propia construida de materiales perdurables, que cuenta con todos los servicios de urbanización: luz, agua, drenaje. Alimentación irregular en cantidad y calidad, hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diario.

Antecedentes personales patológicos:

-Crónico degenerativos: Diabetes Mellitus tipo 2 hace 13 años en descontrol con niveles de glucosa oscilantes entre 508 y 600, en tratamiento con NPH 20 u por la mañana y 10 u por la noche, metformina de 850mg (una pastilla antes de comer y cenar); hipertrigliceridemia, en tratamiento con atorvastatina 40 mg al día y aspirina protect (una tableta por día) y gastritis hace 4 años, en tratamiento con omeprazol a requerimiento.

- Infecto contagiosas: interrogados y negados.
- Antecedentes quirúrgicos: interrogado y negados.
- Toxicomanías: interrogadas y negadas.

Antecedentes psicológicos patológicos:

La paciente refiere haber comenzado con periodos de tristeza desde hace aproximadamente 13 años desde el cierre de su negocio (panadería), “me empecé a poner triste porque ya no tenía mis cosas que hacer”. Estos mismos han aumentado desde hace tres años por el incremento en el consumo de alcohol de su esposo y sus hijos, mismo que en diversas ocasiones han llegado hasta la embriaguez y la generación de diversas problemáticas, “yo siento que no me apoya, vivo preocupada, primero por mi esposo ahora por mis hijos” “me siento muy sola” (Sic.Pac.).

Dinámica familiar y familiograma:

Rosa es casada, madre de dos hijos varones de 25 y 17 años. Actualmente vive con su esposo, su hijo mayor, su nuera y su hijo menor. Los gastos de la casa son sustentados por ella y sus hijos mediante el negocio familiar, así como los quehaceres de casa.

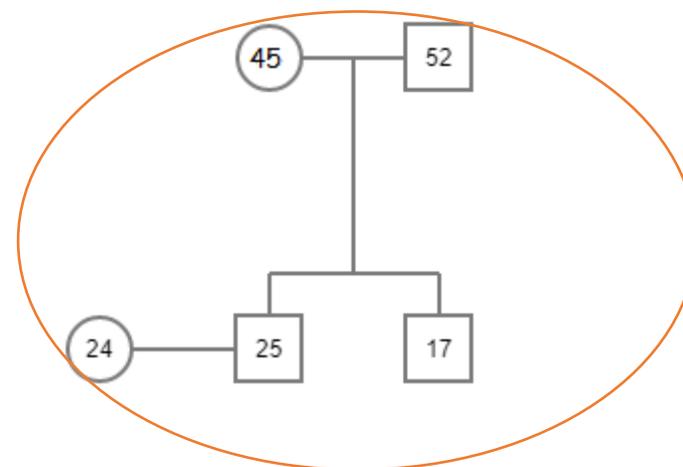


Figura 1. Familiograma de Rosa.

Historia del problema:

Médica:

Rosa fue diagnosticada con diabetes en 2005, iniciando tratamiento con base en medicamentos antidiabéticos. Sin embargo, las dosis de estos han sido modificados en repetidas ocasiones ante el constante descontrol, la última dosis designada se basa NPH 20 u por la mañana y 10 u por la noche, metformina de 850mg (una pastilla antes de comer y cenar).

Asimismo, durante la misma consulta se identificó que la paciente presentaba hipertrigliceridemia, la cual comenzó a ser tratada con atorvastatina 40 mg al día y aspirina protect (una tableta por día).

Por otro lado, Rosa ha presentado síntomas intermitentes de gastritis a partir del 2014, mismos que han sido tratados mediante omeprazol a requerimiento.

Psicológica:

Rosa indica no haber llevado tratamiento psicológico o psiquiátrico. Sin embargo, refiere que desde hace aproximadamente 15 años comenzó a notar cambios en su estado de ánimo ante el cierre del negocio de la familia (panadería), “ya no podía hacer mis cosas” “ya no teníamos dinero”. Posteriormente, comenta que dichos síntomas disminuyeron cuando retomó su actividad laboral hace cinco años, “cuando entré a trabajar de nuevo ya me sentía mejor, andaba más ocupada”.

Problemática actual:

Rosa acude al servicio de Medicina Conductual referida por médico adscrito para tratamiento de incumplimiento de tratamiento médico. Durante entrevista se detecta que este incumplimiento se caracteriza por ausencia de desayunos y cena, consumo frecuente de pan y refresco (anexo 1), comprar comida rápida y olvidar tomar sus medicamentos, lo que conduce a niveles de glucosa de 400. Por otro lado, se identifican síntomas de depresión caracterizados por pensamientos como “me siento sola” “nadie me apoya” “nunca estaré bien” “un día me va a pasar algo” “no tengo tiempo de nada” “no tengo ganas de nada” “tengo miedo”, así como llanto, insomnio y cansancio. Finalmente, refiere que durante los últimos tres años ha tenido diversos problemas familiares debido al consumo de alcohol de su esposo e hijos, mismos que la han hecho sentirse sola, disminuir su interés en realizar actividades diarias, sentirse presionada, estar cansada la mayor parte del día y llorar casi todos los días (5/7).

Impresión de actitud general

Paciente de complexión mesomórfica, con adecuadas de condiciones de higiene y aliño acordes a su edad. Al momento de la entrevista presenta llanto contingente al tema de los problemas familiares, así como inquietud motora (movimiento constante de manos). Se muestra interesada y cooperadora durante la entrevista.

Examen mental:

Paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica. Orientado en las cuatro esferas (T-P-E-C). Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente y congruente. Pensamiento funcional. Sin alteraciones en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Afecto hipotímico. Con noción enfermedad.

Personalidad previa:

Rosa se define como una persona trabajadora, dedicada a su familia.

Factores psicológicos:

Locus de control externo.

Estilo de afrontamiento dirigido a la emoción.

Redes de apoyo existentes y percibidas como disfuncionales en lo instrumental, económico y emocional.

Selección y aplicación de técnicas de evaluación.

- Entrevista conductual.
- Observación clínica.
- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

- Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE).
- Registro alimenticio.

Listado de conductas problema:

- Síntomas de depresión y ansiedad.
 - Llanto.
 - Disminución de actividades gratificantes.
 - Pensamientos negativos.
 - Dolor de cabeza.
 - Insomnio.
 - Cansancio.
 -
- Incumplimiento de tratamiento médico:
 - Ausencia de desayunos y cenas.
 - Consumo frecuente de pan, refresco.
 - Comprar comida rápida.
 - Olvidar toma de medicamentos.

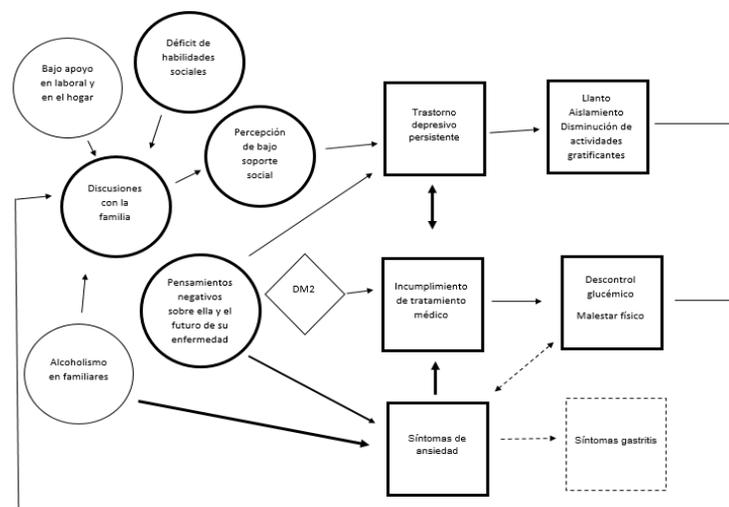


Figura 2. Diagrama analítico funcional del caso de Rosa

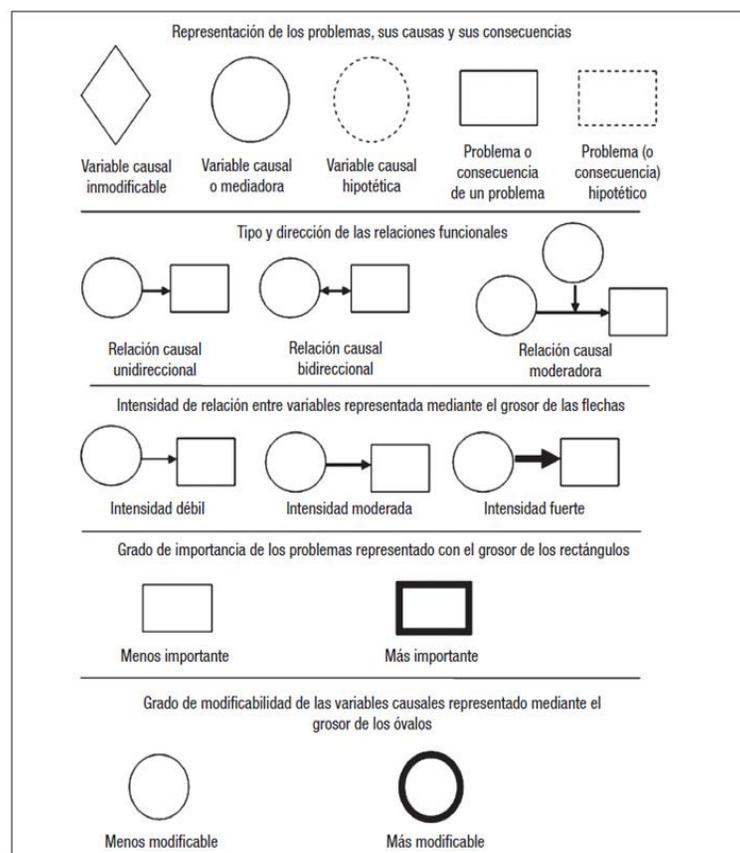


Figura 3. Símbolos utilizados en un diagrama analítico funcional (Keawe’aimoku Kaholokul, Godoy, O’Brien, Haynes y Gavino. 2013).

Análisis Funcional

Se presenta a consulta externa Rosa de 45 años de edad, casada, madre de dos hijos, con diagnóstico de DM2,

hipertrigliceridemia y gastritis intermitente. Acude al servicio de Medicina Conductual referida por el médico adscrito de Medicina Interna por “Incumplimiento de tratamiento médico de DM2”. Dicha problemática se caracteriza por olvido constante de la toma de medicamentos, falta de seguimiento en la recomendaciones alimenticias y abandono de actividad física. Se presume dicha problemática es secundaria a la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, compuestos a nivel motor por llanto, disminución de actividades gratificantes e incumplimiento terapéutico; a nivel fisiológico por dolor de cabeza, insomnio y cansancio; a nivel cognitivo por pensamientos como “me siento sola”, “nadie me apoya”, “nunca estaré bien”, “un día me va a pasar algo”, “no tengo tiempo de nada”, “no tengo ganas de nada”, “tengo miedo”, “un día le va a pasar algo a mis hijos” (Sic.Pac.).

La presencia de éstos deriva de las discusiones constantes con sus hijos y esposo a causa del consumo constante de alcohol por parte de ellos, la ausencia de apoyo en el negocio familiar y en las labores del hogar. Asimismo, se acompaña de pensamientos como “dónde andarán mis hijos...ya están tomando otra vez”, “no hay nada de comer y no tengo tiempo de hacer, nadie más hace” (Sic.Pac.).

Ante esto, Rosa presenta un descontrol glucémico constante, malestar físico y probablemente los síntomas de gastritis intermitentes, además de aislamiento, disminución de actividades gratificantes (practicar zumba, salir a pasear con su familia, ver tv, etc.) consecuencias que en conjunto se hipotetiza aumentan las discusiones familiares (regaños constantes de sus familiares por no cuidarse).

Finalmente, se identifica en Rosa un déficit en sus habilidades de comunicación asertiva, variable considerada como moderadora en la conducta problema ya que se presume regula la respuesta de Rosa durante las discusiones familiares y la solicitud de apoyo.

Con base en lo anterior, se propone una intervención cognitivo conductual dirigida inicialmente al control glucémico mediante la modificación de conductas asociadas a la ingesta de alimentos, la actividad física y la toma de medicamentos; así como en la regulación de síntomas de depresión mediante el uso de elementos de la terapia cognitiva.

Hipótesis funcional

Si la paciente recibe un tratamiento basado en psicoeducación acerca de diabetes y depresión, programación de actividades y elementos de la terapia cognitiva, entonces comenzará a disminuir los síntomas de depresión e incumplimiento terapéutico de DM2.

Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I: Z91.1 Incumplimiento terapéutico [V15.81]

F34.1 Trastorno distímico, inicio tardío [300.4]

Síntomas de ansiedad.

Eje II: Z03.2 No hay diagnóstico [V71.09]

Eje III: Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertrigliceridemia.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (alcoholismo).

Eje V: EEAG=61-70.

Diagnóstico DSM-V

[Z91.19] Incumplimiento de tratamiento médico + 300.4 [F34.11] Trastorno depresivo persistente, con ansiedad moderada, inicio tardío, con episodios de depresión mayor intermitentes, con episodio actual moderado + Diabetes Mellitus tipo 2+ Hipertrigliceridemia + 415.81 + Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario. WHODAS (Versión de 12 preguntas administradas por el entrevistador): 30.

OBJETIVO GENERAL

Rosa disminuirá los síntomas de depresión e incrementará conductas de adherencia al tratamiento para Diabetes tipo2.

Objetivos específicos.

Rosa identificará las características del padecimiento de diabetes (factores de riesgo, síntomas, tratamiento).

Rosa identificará los niveles de glucosa en sangre en ayuno y postprandial.

Rosa realizará planeación de alimentación diaria.

Rosa identificará las características de la depresión y del modelo cognitivo conductual de la misma.

Rosa identificará cinco actividades gratificantes que ha abandonado y programará la realización de las mismas.

Rosa identificará los pensamientos automáticos asociados a la alteración de su estado emocional.

Rosa identificará las distorsiones cognitivas presentes en los pensamientos negativos identificados.

Rosa generará pensamientos alternativos ante pensamientos negativos.

SELECCIÓN DE TÉCNICAS

Psicoeducación.

 Diabetes.

 Depresión.

Programación de actividades.

Identificación de pensamientos automáticos.

Entrenamiento en reconocimiento de distorsiones cognitivas.

Generación de pensamientos alternativos.

Tabla 1

Descripción de las sesiones.

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
SESIÓN 1	Presentación del servicio.	Se explica a la paciente el objetivo del servicio en Medicina Conductual, la dinámica de la sesión, horarios y que éste no tiene ningún costo.	
08/01/2018 Consulta externa	Entrevista Conductual.	Se comienza a indagar acerca del origen de la problemática y el motivo de interconsulta.	<p>Verbalizaciones:</p> <p>“el doctor me mandó aquí porque no controlo mi diabetes” “la verdad no me cuido, a veces no desayuno” “llego a comer a casa lo que hay porque solo voy una hora y regreso al trabajo” “a veces estoy muy presionada por el dinero y problemas de la familia” (Sic.Pac.).</p> <p>Descripción de incumplimiento terapéutico:</p> <p>Cognitivas:</p> <p>“no tengo tiempo para hacer de comer” “ya se me hizo tarde” “nadie me ayuda” “ando preocupada por otras cosas”</p> <p>Motor:</p>

Ausencia de desayunos y cenas constantes.

Olvido de toma de medicamentos.

Consumo de pan de dulce diario.

Mandar a comprar comida.

Fisiológico:

Dolor de cabeza.

Alteraciones en el sueño.

Identificación de estímulos y consecuentes

Estímulos: Llegar a casa y que no haya comida. No hay compañía para comer. Despertarse tarde. Conflictos familiares (por consumo de alcohol del esposo e hijos).

Consecuentes:

A corto plazo: no recordar que tiene diabetes, pensar en que no se siente mal. Regaños por parte sus familiares al ver que no se cuida.

A largo plazo: Síntomas de retinopatía y neuropatía diabética.

Aplicación de instrumentos de evaluación.

Aplicación de IDARE

Aplicación de CES-D

IDARE: Estado – 51, alto. Rasgo – 63, alto.

CES-D: 62, sintomatología depresiva de importancia clínica.

Se psicoeduca brevemente sobre

	Tarea para casa.	el uso de autorregistros y se solicita como tarea el registro de los alimentos ingeridos diariamente en cada comida (desayuno-comida-cena). Así como, el registro de la glucosa cada tercer día.	
Sesión 2 16/01/2018	Revisión de tarea en casa.	Se solicita el registro de alimentación y de glucosa en ayuno.	Rosa comenta haber realizado el registro diario, pero haberlo olvidado para la sesión. Sin embargo, refiere: “lo que sí recuerdo es que mi glucosa comenzó a bajar, el martes empecé con 467 y para el viernes tenía 210” “me enfoqué en tomarme mis medicamentos” “pero la verdad el sábado tuve muchos problemas que han durado hasta ayer, y ahora la traigo en 400 otra vez”.
	Entrevista de detección de problemas.	Se comienza a indagar acerca de las problemáticas comentadas por la paciente.	Verbalizaciones: “mi esposo y mis hijos comenzaron a beber desde el sábado otra vez” “mi hijo se ausentó casi todo el fin de semana y regresó ayer sin el coche” Síntomas agregados: Cognitivos: “ya chocó o atropelló a alguien” “ahora qué vamos a hacer” “nadie me apoya” “así nunca voy a estar bien” “estoy tan sola” “ya no puedo con esto” “tengo

miedo” “siento que algo malo me va a pasar con tantas cosas”.

Fisiológicos: sudoración, sensación de calor, temblor de manos, llanto, pérdida de fuerza en piernas, mareos.

Conductuales: discutir con su hijos y esposo, retirarse y medirse la glucosa (400).

Verbalizaciones:

“desde hace mucho tiempo que me siento muy triste” “me siento sola, sin ganas de hacer nada” “puedo estar acompañada por mi esposo y aun así me siento sola” “mis hijos no me entienden, me ayudan, pero ahora también beben” “vivo preocupada por ellos”.

Se detecta que este estado de ánimo comenzó hace aproximadamente 15 años desde la pérdida de un negocio familiar, exacerbándose hace tres años, desde que sus hijos comenzaron a beber. Rosa describe que desde ese tiempo ha comenzado a perder el interés en realizar cosas, está todo el tiempo cansada, olvida cosas (horarios de medicamentos), llora en repetidas ocasiones.

Verbalizaciones:

“yo creo que si lo necesito” “ya no puedo más”.

Devolución de resultados de instrumentos de evaluación. Devolución de puntajes con indicadores altos de sintomatología depresiva y ansiosa. Se complementa entrevista de detección de problemas con lo observado en dichos instrumentos.

Psicoeducación de tratamiento Se brinda psicoeducación sobre la función de medicamentos con el

	psiquiátrico.	objetivo de comenzar a tratar los síntomas que presenta. Se brinda pase a psiquiatría.	
	Tareas en casas	<p>Se solicita a Rosa que continúe el registro alimenticio, de glucosa y que agregue al mismo el registro del estado de ánimo diario (tristeza y ansiedad del 1 al 10).</p> <p>Por otro lado, se informa que la siguiente sesión se comenzará con la psicoeducación en diabetes y depresión y se sugiere la asistencia de su familia.</p>	<p>Verbalizaciones:</p> <p>“yo les comentaré de lo que me dice del apoyo familiar para mi diabetes y mi depresión” “yo creo que sí vienen”.</p>
Sesión 3 23/01/2018	Presentación al servicio al familiar y explicación del motivo de consulta con el familiar.	Se explica a la paciente y su familiar (Hijo) el objetivo del servicio en Medicina Conductual, así como el motivo por el que la paciente fue remitida al servicio.	<p>Asiste a consulta con la familiar su hijo menor.</p> <p>Verbalizaciones del familiar:</p> <p>“Sí, mi mamá me comentó que la mandaron aquí porque su azúcar está muy descontrolada” “también me dijo que es porque está deprimida y eso le afecta también”.</p>
	Aplicación de Cuestionario de		En ambos cuestionarios se observa una deficiencia

conocimientos sobre Diabetes Mellitus.	Se entrega un cuestionario al familiar y otro a Rosa con preguntas sobre conocimientos generales de la diabetes.	importante acerca de qué es la diabetes y como controlarla. Paciente: 7/11. Familiar: 5/10.
Psicoeducación		
Diabetes y depresión	Se psicoeduca con el apoyo de material visual lo siguientes temas:	Verbalizaciones del familiar: “mi mamá si está muy descontrolada” “ahora entiendo que cuando se preocupa se le sube más el azúcar y pues... nosotros la preocupamos mucho” “entiendo que tiene que cambiar varias cosas, como que no hace ejercicio y que no se toma sus medicamentos en tiempo y forma” “yo estoy dispuesto a apoyarla, pero pues no puedo hacer todo” “mi hermano y mi papá no quisieron venir y pues ahí no sé qué hacer” “me gustaría que como familia solucionaríamos esto y lo de mi papá (alcoholismo)”.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Definición de diabetes. ● Factores de riesgo. ● Síntomas ● Tratamiento. ● Comorbilidades. ● Relación del control de la diabetes con el control emocional. ● Definición de depresión. ● Síntomas. ● Apoyo social. 	Paciente “yo sabía que no me cuidaba mucho, pero no pensé que me descuidaba tanto” “ya me empiezan a doler mis piernas, mi brazo y ya no veo como antes” “si sigo así no acabaré nada bien” “pero si necesito que me apoyen”.
		Se rectifica la ausencia de desayunos y cenas, así como un

Revisión de tareas en casa	Se solicita el autorregistro de la paciente sobre glucosa, alimentación y estado de ánimo.	<p>alto consumo de refresco, pan de dulce y blanco.</p> <p>Promedio de glucosa en ayuno: 303.</p> <p>Rosa comenta olvidar reportar el estado de ánimo.</p>
Identificación de barreras de cumplimiento terapéutico	Se solicita a Rosa que identifique 5 barreras actuales para mantener el cuidado de la diabetes y escoja una de ellas para comenzar a trabajar en ella.	<p>Barreras:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los horarios de alimentación. ● Los horarios de medicación. ● No ponerme la insulina a la hora porque me levanto tarde. ● Comer cosas de la calle. ● Exceso de trabajo. <p>Barrera seleccionada: Los horarios de alimentación.</p>
Planeación de alimentación.	Se psicoeduca en la planeación de alimentación diaria y se solicita comenzar a implementarla y hacer registro. Se brinda material de apoyo para la misma (libro de dieta para personas con diabetes).	<p>Verbalizaciones:</p> <p>“entonces tengo que poner horario para mis comidas y poner que como en cada una” “con el libro espero sea más fácil”.</p>
Tareas para	También se solicita redactar cinco actividades gratificantes e indicar el dominio y agrado de cada una.	

Sesión 4 30/01/2018	casa. Entrevista conductual	Se indaga acerca del estado de ánimo de la paciente durante la semana, así como dudas u observaciones acerca de la sesión previa.	Verbalizaciones “mi hijo habló con su hermano y mi esposo de todo lo que platicamos aquí” “les comentó que estoy muy descontrolada y que tengo problemas de las emociones, que no son cosas mías” “ellos se quedaron callados, pero por lo menos ya lo saben” “también yo el fin de semana hablé con la familia de mi esposo de la situación de la familia y de que me habían mandado al psicólogo y psiquiatra... que va a empezar a haber cambios y tal vez necesite de su apoyo con lo de mi esposo” “ahora quisiera saber cómo empezar a solucionar lo de mi esposo, ya es un alcohólico y lo quiero internar... no sé si sea lo mejor”
	Psicoeducación en Trastorno por consumo del alcohol.	Se brinda información acerca del trastorno por consumo de alcohol: <ul style="list-style-type: none"> ● Patrones de consumo. ● Efectos psicosociales del consumo. ● Tratamiento. Se sugiere valoración psiquiátrica y psicológica del esposo de Rosa.	Verbalizaciones “entonces tal vez lo mejor antes es que lo valore un psiquiatra y un psicólogo y nos recomiende su tratamiento” “necesitamos hablar como familia con él de cómo nos sentimos y que es necesario buscar ayuda para todos”. Se identifica que la paciente incrementa sus comidas por día, de 2 en promedio a 5, incluyendo colaciones.

Revisión de tareas en casa.	Se realiza la revisión del registro alimenticio semanal y retroalimentación acerca de la misma.	Asimismo, se identifica la disminución de la ingesta de pan, de 14 por semana (pan blanco y de dulce) a 10 (7 de pan tostado) y eliminación de jugos.
	Asimismo, se revisan las cinco actividades gratificantes identificadas por Rosa.	Promedio de glucosa en ayuno: 260.
Programación de actividades.	Se psicoeduca acerca de la programación de actividades, se explica el objetivo de establecerlo con ella: poner a prueba los pensamientos no tengo tiempo de nada” “no tengo ganas de nada”; así valorar si disminuye la presencia de los demás pensamientos negativos.	Actividades gratificantes que se han dejado de realizar:
	Se revisa con Rosa sus actividades diarias y los horarios dedicados a ellas. Se analiza cada una de las actividades gratificantes identificadas y se seleccionan dos de ellas para incluir en el plan semanal. Asimismo, se incluye en el plan los horarios ya establecidos para la alimentación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zumba, A-10, D-10. 2. Tejer, A-8, D-10. 3. Ir a caminar al centro de la ciudad, A-10, D-7. 4. Ver documentales en TV, A-9, D-8. 5. Ir a visitar a mi mamá, A-10, D-6.
		Actividades seleccionadas:
		<ul style="list-style-type: none"> ● Zumba: de lunes a viernes de 6:00 a 7:00 pm. ● Ver la TV: lunes, miércoles y viernes de 8:00 a 9:00 pm. ● Alimentación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desayuno: 9:00 am. ○ Colación: 12:30 pm. ○ Comida: 4:00 pm. ○ Colación 6:30 pm. ○ Cena 10:00 pm.

	Tareas para casa.		Verbalizaciones <p>“recuerdo cuando hacía zumba, la verdad me gustaba mucho, pero se me fueron las ganas y cualquier pretexto fue bueno para dejarlo”</p> <p>“ponerme un horario para ver la tele está bien porque ni para eso me doy tiempo”.</p>
		Se solicita realizar registro alimenticio, así como de la programación de actividades. Además, se incluye un registro del estado de ánimo diario referente a preocupación y depresión, calificado de 1-10.	
Sesión 5 19/02/2018	Revisión de tarea Programación de alimentación Registro de glucosa Programación	Se solicita el registro de alimentación y de glucosa en ayuno.	Rosa muestra el registro de una semana de la programación de alimentación y de actividades, así como de glucosa. Se identifica que mantiene las 5 comidas por día. Del mismo modo se observa la disminución de la ingesta de pan (10-7, 4 pan blanco y 3 tostado). Sin embargo, indica no haber realizado el registro de la última semana como consecuencia de malestar físico general “me intoxicqué, no sé con qué” “me salieron muchas ronchas y moría de

de actividades Registro del estado de ánimo.	Se solicita el registro de programación de actividades.	comezón”. Rosalba comenta “y no hay zumba por mi casa, le he encargado a mi hijo que me ayude a buscar” “de todos modos hice hora de ejercicio”
Psicoeducación en modelo cognitivo conductual de las emociones y pensamientos automáticos.	Se solicita el registro del estado de ánimo. Se resaltan las altas puntuaciones de ansiedad sobre las de depresión.	Promedio de glucosa en ayuno: 195. Registro del estado emocional: A: L-9, M-8, M-10, J-8, V-5, S-9, D-10. D: L-5, M-4, M-3, J-4, V-4, S-3, D-5.
	Se brinda psicoeducación en la relación entre situación-pensamiento-emoción-conducta.	Verbalizaciones: “creo que he estado muy preocupada por mi hijo que se quiere ir a Estados Unidos para trabajar y yo no quiero”.
Tareas para casa.	Se solicita como tarea reanudar el registro alimenticio diario, de glucosas en ayuno, así como con la programación de actividades.	Verbalizaciones: “entonces tiene que ver lo que pienso cuando todo pasa” “por eso me siento mal cuando hay problemas”
	Además, se proporciona un registro de pensamientos automáticos.	

Resultados

En la Tabla 2 se muestran los resultados obtenidos de los instrumentos de evaluación, observándose sintomatología depresiva y ansiosa significativa en Rosa.

Tabla 2

Puntuaciones obtenidas en los instrumentos de evaluación.

Instrumento	Puntuación	Interpretación
IDARE día.	Estado – 51	Alto
	Rasgo – 63	Alto.
CES-D	62	Sintomatología depresiva de importancia clínica

En la Tabla 3 se presentan los cambios conductuales observados en Rosa hasta la sesión número cuatro. Se identifica una disminución en el consumo de pan, jugos y refresco. Por otro lado, se muestra el aumento en el número de comidas realizadas al día.

Tabla 3

Comparación del cambio conductual en el consumo de alimentos observado la línea base y la última sesión reportada.

Alimento o actividad	Línea base	Última sesión
Pan (pan blanco y pan de dulce) por día.	14	10
Fruta o jugo de frutas o refresco, por semana.	3	0
Comidas por día	2	5

En la Figura 4 se muestra la disminución de glucosa de Rosa a lo largo de las sesiones.

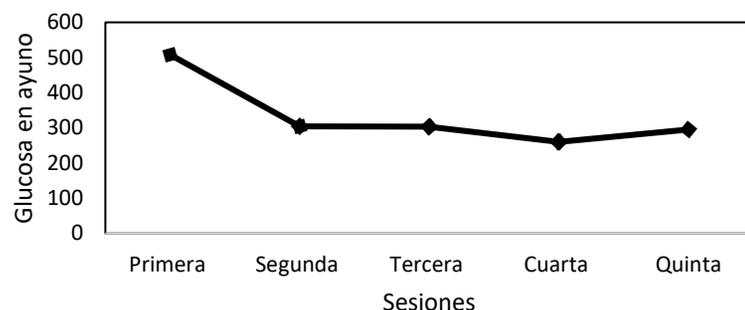


Figura 4. Nivel de glucosa inicial y promedio semanal de Rosa.

Discusión

En México se ha identificado que cerca del 50% de los pacientes diagnosticados con diabetes presentan sintomatología depresiva, siendo las mujeres las mayormente afectadas (Rivas-Acuña et al., 2011). De acuerdo a la literatura, estas alternaciones emocionales aumentan la probabilidad de la disminución en la interés y atención en la toma de medicamentos, llevar a cabo una actividad física, así como una alimentación recomendada, como consecuencia de la perspectiva de desesperanza, ausencia de motivación y el deterioro de la vida social característica en estos pacientes.

De manera muy específica con relación al deterioro de la vida social de los pacientes con depresión y diabetes, se ha observado que la familia funge como de los círculos determinantes en la evolución de los síntomas depresivos y

el incumplimiento terapéutico, ya que como menciona Dos Santos *et al* (2011) el mantenimiento en la comunicación funcional con su grupo primario de apoyo es un factor determinante en la adaptación emocional y conductual de los pacientes, la cual les permite especificar sus necesidades como pacientes con diabetes, pero también sus límites como integrantes de la familia.

El caso de Rosa permite evidenciar la relevancia de diversos factores que pueden influir en el mantenimiento del descontrol de la diabetes, más allá del incumplimiento de las recomendaciones médicas, como la alteración severa del estado emocional y problemas familiares severos, por ejemplo, una adicción en uno o más integrantes.

Los resultados observados en Rosa permiten identificar una mejora inicial en la intervención, evidenciada en los primeros cambios de conducta alimenticia y actividad física, pero también en la disposición de recobrar algunas de las actividades abandonadas y comenzar a retomar la comunicación con su grupo primario de apoyo.

Como bien menciona Lin et al (2006), Lustman, Griffith, Freedland, Kissel, y Clouse, (1998) y Safren et al (2014) quienes implementaron programas para la intervención con pacientes diagnosticados con diabetes y síntomas de depresión, uno de los componentes considerados como primer eslabón es la psicoeducación tanto de la enfermedad crónica como de la alteración emocional presente, en este caso la depresión; seguida del establecimiento de objetivos de adherencia al tratamiento y la programación de actividades gratificantes con el objetivo de aumentar la percepción de autocontrol y autoeficacia en el paciente.

Es importante puntualizar que, a pesar de que los resultados indican una respuesta inicial favorable en Rosa, es indispensable no perder de vista el efecto de la discapacidad social que es probable se presente durante las intervenciones como efecto de estar bajo observación y evaluación.

El presente caso muestra las primeras sesiones de una intervención enfocada a los cambios iniciales de dos problemáticas específicas. Sin embargo, queda pendiente la estructura de intervención enfocada a la modificación del contenido cognitivo caracterizado por la perspectiva de desesperanza, así como la adquisición de estrategias de afrontamiento útiles para la resolución de las problemáticas presentes en el entorno social de Rosa.

Referencias:

- Dos Santos, M., Pinheiro, R., Aparecido, V., Pimentel, C., de Souza, C., & Zanetti, M. (2011). Social representations of people with diabetes regarding their perception of family support for the treatment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 649-656.
- Keawe'aimoku Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S., y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24, 117-127.
- Lin, E., Katon, W., Rutter, C., Simon, G., Ludman, E., Von Korff, M... Walkwer, E. (2006). Effects of Enhanced Depression Treatment on Diabetes Self-Care. *Annals of Family Medicine*, 4(1), 46-

53.

- Lutsman, P., Griffith, L., Freedland, K., Kissel, S., & Clouse, R. (1998). Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus. *Annals of Internal Medicine*, 129, 613-621.
- Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R., & Román-Álvarez, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17(1-2), 30-35.
- Safren, S., González, J., Wexler, D., Psaros, C., Delahanty, L., Blashill, A... Cagliero, E. (2014). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBTAD) in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 31, 625-633.

Registros de alimentación

Registro alimenticio – Segunda sesión.

Horario de comida	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes
Desayuno 9:00 am	2 sándwiches de jamón y queso. 1 taza de avena. 1 chayote crudo en cuadritos.	2 sándwiches de huevo con jamón. 1 taza de avena. 1 jugo del valle.	1 pan de dulce. 1 vaso de té. Pepitas.	1 taza de té.			2 sándwiches de jamón con queso. 1 taza de chocolate con leche.
Colación							
Comida 1:00 pm	Pollo en salsa verde con arroz. 1 bolsa de cacahuates. 1 vaso de jugo.	Chilaquiles con crema y queso. 1 bolillo. 2 vasos de agua.	Caldo de pollo.	Caldo de pollo.	Carne de res enchilada y arroz. 1 plato de consomé.	1 plato de sopa. 2 quesadillas. 1 naranja.	2 huevos estrellados con pollo. 1 vaso de refresco.
Colación							
Cena 10:00 pm		1 pan de dulce. 1 vaso de té.	1 tamal. 1 vaso de atole.	Carne de res enchilada y arroz.			

Registro alimenticio – Tercera sesión.

Horario de comida	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes
Desayuno 9:00 am	1 telera con jamón y queso. 1 taza de té.		1 tamal. 1 taza de té.	1 sándwich de huevo. 1 taza de té.		2 tazas de té. 1 pan de dulce.
Colación						
Comida 1:00 pm	Caldo de pollo con arroz. 1 vaso de agua de Jamaica. 5 galletas.	Chicharrón en salsa verde con nopales. 1 vaso de jugo.	Sincronizada de jamón con queso Oaxaca y amarillo.	Pollo rostizado con aguacate.	Taco placero de chicharrón, con aguacate, queso, jamón y nopales.	Caldo de pancita. 1 vaso de jugo.
Colación						
Cena 10:00 pm		1 vaso de avena. 1 pan tostado.	2 tacos de bistec.	Carne de res enchilada y arroz.	2 tacos de suadero.	1 gordita de chicharrón.

Registro alimenticio – Cuarta sesión.

Horario de comida	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes
Desayuno 9:00 am	1 huevo cocido. Arroz. 1 tortilla	2 quesadillas de queso panela. 1 taza de avena.	1 torta de huevo. 1 taza de café.	Jamón con huevo. 1 taza de café con leche.	1 plato de cereales con leche. 1 plátano.	1 huevo duro con arroz. 1 taza de té.
Colación 12:30 pm	1 chayote con limón y sal.	1 plato de papaya.	1 plato de jícama picada.	1 plato de papaya picada.	1 manzana picada.	1 chayote con sal y limón.
Comida 4:00 pm	Pollo en salsa verde y frijoles.	1 pechuga asada con nopales y arroz.	1 pedazo de cecina con pepino, lechuga y frijoles.	2 tacos de bistec con papas.	1 plato de caldo de gallina.	1 mojarra empapelada. Sopa de verduras.
Colación 7:00 pm	1 manzana en cuadritos.	1 pera picada.	1 trozo de papaya picada.	1 chayote con limón y sal.	1 vaso de fruta picada.	2 jitomates con sal y limón.
Cena 10:00 pm	2 rebanadas de pan tostado. 1 taza de avena.	Liculado de fresa. 2 rebanadas de pan tostado.	1 taza de avena. 3 rebanadas de pan tostado.	Sopa de champiñones. Espagueti. Ensalada de manzana.	1 sándwich de queso panela y salchicha. 1 taza de café.	1 trozo de cecina con frijoles. 1 tortilla.

Anexo 7

HABLANDO DE DIABETES Y EMOCIONES

MANUAL DE TRABAJO

Lic. Psic. Yadira Bravo

*Residencia en Medicina Conductual
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México*



Elaborado por:

Lic. Psic. Xochitl Yadira Bravo Paz

Residencia en Medicina Conductual.

Posgrado en Psicología.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Universidad Nacional Autónoma de México.

Contacto: xyadirabp@gmail.com

Adaptación:

Coping with Chronic Illness. A Cognitive - Behavioral
Therapy Approach for Adherence and Depression.
Workbook.

Steven A. Safren.

Jeffrey S. Gonzalez.

Nafisseh Soroudi

Supervisado por:

Dra. Carolina Santillán Torres Torija.

Tutora Académica.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Universidad Nacional Autónoma de México.

Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo.

Supervisora Académica.

Residencia en Medicina Conductual.

Posgrado en Psicología.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Universidad Nacional Autónoma de México.

Contenido

Presentación 1

4

¿Qué es la depresión y
cómo funciona en mí?

Conociendo la Diabetes
Mellitus y sus cuidados 9

26

Mis motivos para cambiar

¿Cómo empezar a sentirme
mejor? 27

30

¿Qué me impide realizar lo
planeado?

¿Es lo que pasa o es lo que
siento? 32

Contenido

34 Los distintos lentes del mundo

Pensando diferente 39

44 ¿Qué es un problema?

¿Para qué relajarnos? 52

58 Hemos terminado

Nota 59

60 Referencias

Presentación

El presente cuaderno de trabajo tiene como objetivo describir y servir como material de apoyo a la Intervención grupal en el tratamiento para la depresión y adherencia al tratamiento médico en personas con Diabetes Mellitus tipo 2.

El enfoque en el que se basa la presente intervención grupal es la Terapia Cognitivo Conductual la cual ha demostrado evidencia consistente en la obtención de resultados favorables en diversos problemas psicológicos, entre ellos la depresión y la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas.

Este tipo de terapia se caracteriza por tener una corta duración, en la que se hace uso de un grupo de teorías y metodologías cognitivas, así como conductuales cuyo supuesto es que los pensamientos e ideas son mediadores en las respuestas que las personas dan ante las diversas situaciones a las que se enfrentan, por lo que al realizar cambios en dichos pensamientos e ideas se pueden obtener cambios terapéuticos en las emociones y el comportamiento que caracterizan los diversos problemas psicológicos que se pueden presentar.

El interés de implementar una intervención enfocada en el tratamiento de depresión en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 surge al identificar esta problemática psicológica como una de las más comunes en esta población, misma que se considera puede repercutir en la adherencia al tratamiento médico en cuanto a la toma de medicamentos con base en la prescripción médica, a la realización de actividad física y al apego a la dieta sugerida; y a largo plazo en las comorbilidades que se puedan desarrollar.

Por dichas razones, el presente programa de intervención grupal está compuesto por una serie de estrategias psicológicas que han demostrado un impacto favorable en la disminución de la sintomatología depresiva y un aumento en las conductas de adherencia en pacientes con enfermedades crónicas o también denominadas enfermedades epidemiológicas no transmisibles como la Diabetes Mellitus.

La intervención comienza con el establecimiento de reglas dentro del grupo en el que se desarrolla, para continuar con la presentación de cada uno de los integrantes del mismo. Posteriormente, se imparte psicoeducación acerca de la Depresión, es decir, su definición, síntomas y su impacto en el autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas. Asimismo, se lleva a cabo dicha estrategia para la exposición sobre Diabetes Mellitus, sus principales características, comorbilidades, así como su tratamiento y la importancia del seguimiento del mismo.

Se continúa con la identificación de las razones individuales para la búsqueda de cambio tanto de los síntomas de depresión como las conductas de incumplimiento terapéutico, mediante un ejercicio de entrevista motivacional. Identificadas dichas motivaciones, se propone el establecimiento de objetivos personales y la puesta en marcha de la estrategia de Pasos de vida, que busca el introducir a la resolución de problemáticas comunes para la adherencia al tratamiento.

A continuación, se presenta la propuesta del diseño de la Programación de Actividades Gratificantes considerada como el primer eslabón en el procedimiento de disminución de síntomas de depresión, para después iniciar con los ejercicios de Reestructuración Cognitiva que busca la modificación de ideas o pensamientos que probablemente estén relacionadas con el malestar emocional.

Se inicia con el Entrenamiento en Solución de Problemas, procedimiento enfocado no sólo a la solución de los problemas exclusivamente relacionados al manejo de la Diabetes Mellitus, sino a todos aquellos que puedan estar vinculados a un deterioro del estado de ánimo.

Finalmente, se realiza un breve entrenamiento en la autorregulación de la activación fisiológica característica de los síntomas de estrés o ansiedad que comúnmente se presentan en conjunto de los síntomas de depresión en personas con enfermedades crónicas.

Este manual de trabajo presenta el objetivo y características de cada una de las estrategias mencionadas, así como ejercicios a realizar en grupo y de forma individual con el objetivo de que cada persona que tenga acceso al mismo tenga la oportunidad de desarrollarlas.

Comencemos...

Establecimiento de reglas...

Comencemos proponiendo las reglas dentro del grupo con el objetivo de mantener un clima confortable y de confianza. Por favor escribe a continuación las reglas propuestas por ti y tus compañeros.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Recuerda estas reglas en la convivencia con tus compañeros

¿Qué es la Depresión y cómo funciona en mí?

No autorizado para su reproducción



Elaborado por pngtree.com

La depresión es entendida como un trastorno mental frecuente en el que se presentan síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer en actividades que se realizaban, sentimientos de culpa, alteraciones en el sueño y el apetito (aumento o disminución), agitación, sensación constante de cansancio, dificultad para concentrarse y en ocasiones pensamientos relacionados con el deseo de morir o desaparecer. Dichos síntomas tienen como consecuencia malestar o deterioro en las diversas áreas de desarrollo de las personas, es decir, su círculo social, laboral o escolar, familiar u otras áreas.

Existen diversas formas en las que se puede presentar la depresión, entre ellas se encuentran:

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: se caracteriza, además de los síntomas ya descritos, por momentos de cólera o enojo graves y desproporcionados a la situación en la que se presentan.

Trastorno de depresión mayor: compuesto por los síntomas de depresión mencionados con una duración aproximada de dos semanas, pudiéndose clasificar en leve, moderado o severo, con base en los síntomas presentes, así como en episodio único o recurrente.

Trastorno depresivo persistente o distimia: compuesto por síntomas depresivos con una duración aproximada de dos años, en los que no hubo una disminución de dichos síntomas por más de dos meses. Asimismo, se puede especificar el grado del mismo en leve, moderado o severo.

Trastorno disfórico premenstrual: se presenta usualmente una semana antes de la menstruación, caracterizándose, además de los síntomas principales de depresión, por ansiedad, irritabilidad, enfado y facilidad para el conflicto con su familia, amigos, pareja, etc.

No autorizado para su reproducción

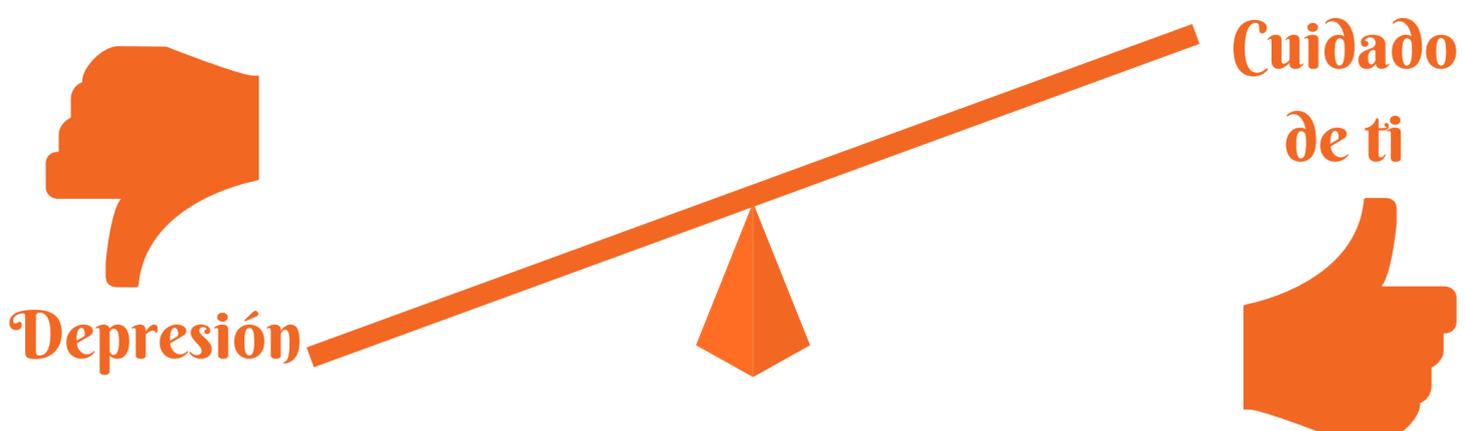
Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento: síntomas de depresión que se relacionan con la intoxicación o abstinencia hacia una sustancia específica consumible, inyectable o inhalante; comprobándose la presencia de la misma en el organismo mediante historia clínica, exploración física o análisis de laboratorio.

Trastorno depresivo inducido por una condición médica: período persistente de un estado de ánimo deprimido que se presenta como consecuencia de otra enfermedad médica comprobada mediante la historia clínica, exploración física o análisis de laboratorio.

Como podrás ver existen diversos tipos en los que se pueden presentar los síntomas de depresión. Sin embargo, este taller está dirigido a aquellas personas que se identifican con depresión unipolar, es decir, depresión mayor o distimia, así como aquellas en las que se identifiquen niveles bajos de depresión, pero que estos mismos puedan estar afectado el autocuidado y la adherencia al tratamiento médico.

Muchas personas que viven con diabetes también presentan síntomas de depresión, lo que aumenta la probabilidad de estrés, así como otros problemas médicos agregados consecuencia de la falta en el cumplimiento de las recomendaciones médicas, principalmente en la toma de medicamentos adecuada, el seguimiento de la dieta y la actividad física. De hecho, las personas con depresión son tres veces más propensas a no ser adherentes que aquellas que no tienen depresión.

Por esta razón, este taller está diseñado para disminuir tus síntomas de depresión y de esta forma aumentar tu capacidad para cuidarte mejor y controlar la diabetes.



¿De qué está hecha la Depresión?

Si bien ya se describieron los síntomas con los que se identifica a la depresión, existen tres componentes que nos permite describir su desarrollo individual y su relación con la depresión.

Componente Cognitivo: Consiste en aquellos pensamientos considerados como negativos que se presentan cuando estás triste. Cuando las personas están deprimidas, es común que se vean así mismas, al mundo y el futuro más negativamente que cuando no están deprimidas. Estos pensamientos negativos pueden convertirse en creencias sobre nuestra capacidad para enfrentar la vida y en este caso la diabetes, en culpabilidad excesiva sobre la misma, así como en otros pensamientos negativos acerca de nosotros mismos.

Componente Conductual: Éste se refiere a aquellas conductas o comportamientos que haces o dejas de hacer cuando estás triste, incluyendo cuando evitas hacer cosas que antes eran muy satisfactorias. Este tipo de comportamientos pueden aumentar tu depresión, disminuir tu motivación para cuidarte y seguir las recomendaciones médicas. Un aspecto importante del componente comportamental es que éste se encuentra sumamente relacionado con el cognitivo en el desarrollo de la depresión y en las personas con diabetes esta relación puede conducir a que dejen de realizar acciones para cuidarse al creer que no pueden hacerlo. Cuando estos pensamientos negativos determinan cómo nos comportamos pueden generar una “bola de nieve” que acumule más y más evidencia que compruebe la creencia de incapacidad y al mismo tiempo provoque tener una percepción del futuro pesimista. Usualmente, este tipo de pensamientos negativos al ser automáticos no permiten darse cuenta de su presencia ni de su efecto en el comportamiento, provocando un círculo vicioso.



Componente Fisiológico: Engloba aquellos cambios en el cuerpo que se generan ante un estado emocional, en este caso la depresión. Comúnmente ésta se caracteriza por cansancio, fatiga, poca energía, falta de apetito, problemas para dormir y falta de concentración. Sin embargo, cuando existen enfermedades que también puedan generar estos síntomas, como la diabetes, se vuelve complicado diferenciarlos de la depresión. Esto hace necesario evaluar la presencia de los otros componentes cognitivos y conductuales que conformen el círculo de la depresión, así como los efectos físicos que pueden generar las enfermedades como aumentar el malestar generado por los síntomas de depresión.

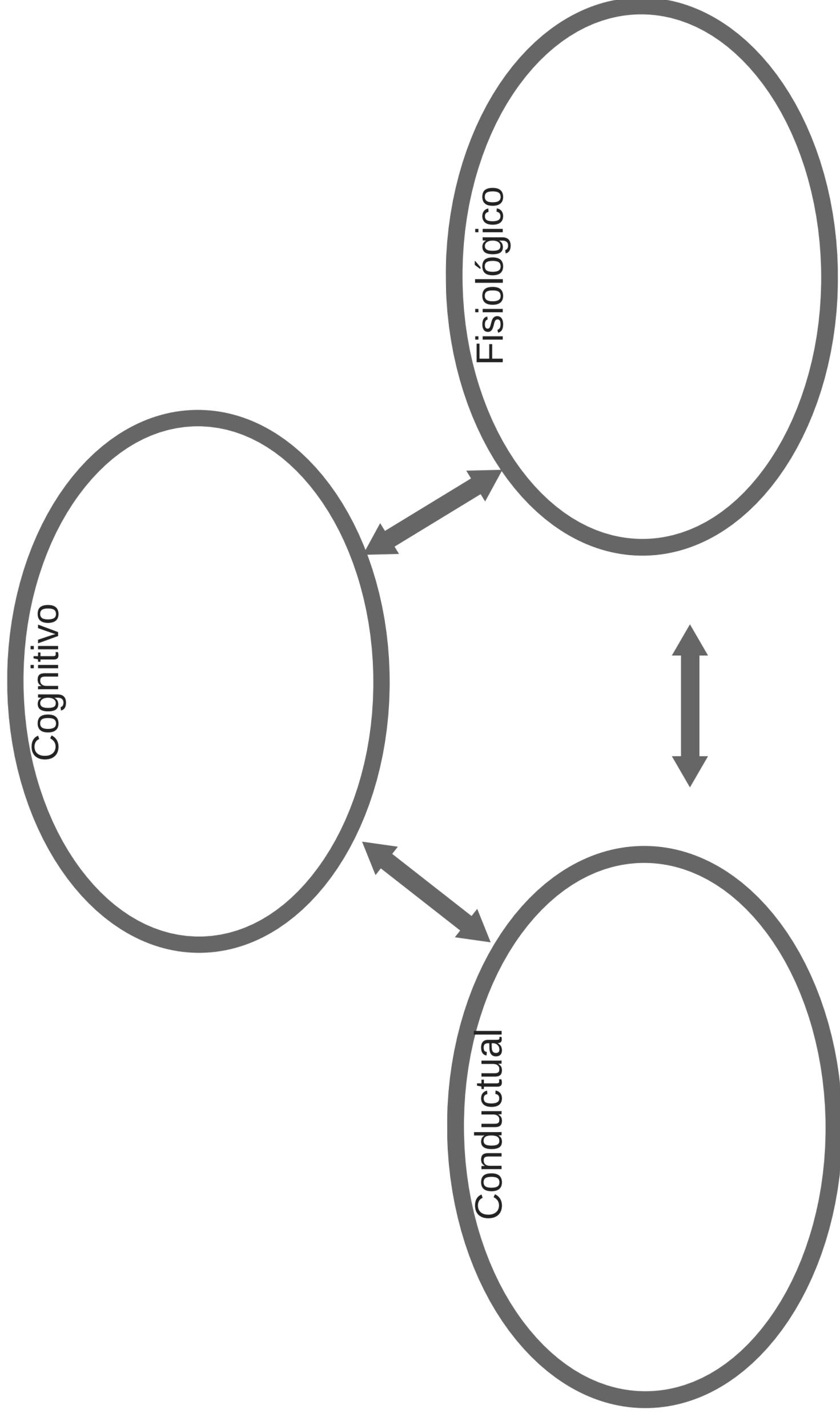


Editado de dreamstime.com

Ahora es momento de buscar cómo se expresa la depresión en ti. Después de los tres ejemplos revisados en grupo, rellena los tres componentes del modelo de depresión de la siguiente página de acuerdo a cómo te sientes tú.



Instrucciones: A continuación, se presentan tres globos cada uno con los componentes revisados sobre depresión. Por favor, escribe en cada uno los síntomas específicos que identificas en ti.



Actividad 1

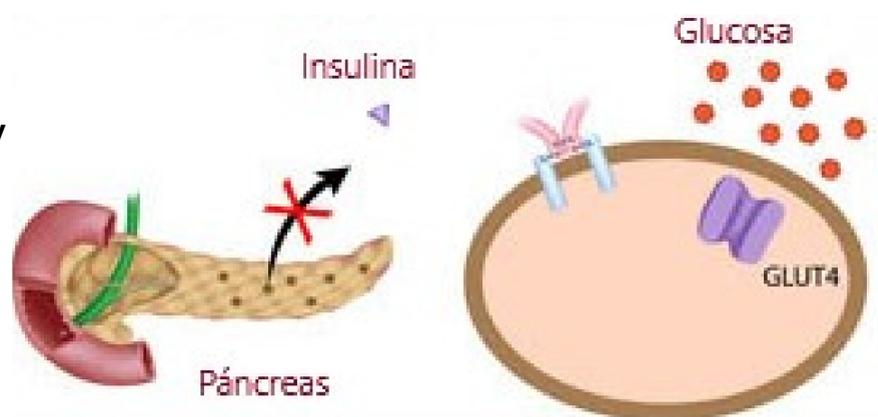
Conociendo la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidados.

Diabetes Mellitus

La diabetes es una enfermedad que surge cuando el páncreas no produce la cantidad necesaria de insulina que el cuerpo necesita o cuando el cuerpo no tiene la capacidad de utilizar la producida. La insulina es la hormona, producida por el páncreas, encargada de regular y procesar los niveles de glucosa que se adquieren mediante la alimentación, por lo que cuando dicha hormona está ausente o no es posible utilizarla se tiene como resultado el aumento en la cantidad de glucosa en la sangre, fenómeno que se denomina hiperglucemia.

TIPO 1

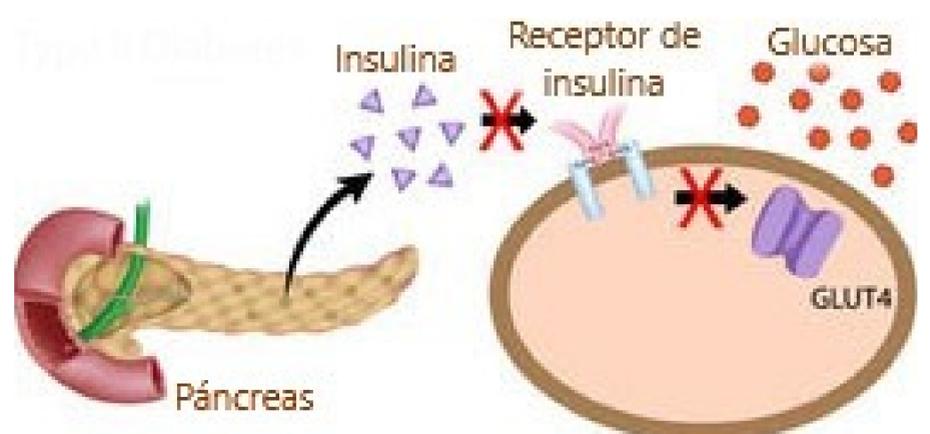
Se caracteriza por ser autoinmune y usualmente implica la falta absoluta de secreción de insulina como consecuencia de la destrucción de las células encargadas de su producción en el páncreas.



Editado de haro-david-dahe.blogspot.mx

TIPO 2

Ocurre cuando el páncreas no genera la suficiente cantidad de insulina y poco a poco produce menos o cuando la insulina producida no puede ser utilizada por el cuerpo a consecuencia de alteraciones en las células que la reciben y procesan, fenómeno denominado resistencia a la insulina.



Editado de haro-david-dahe.blogspot.mx



Editado de freepik.es

GESTACIONAL

Se presenta durante el segundo o tercer trimestre del embarazo sin algún precedente de diabetes tipo 1 ó 2. En algunas ocasiones, ésta se deriva de la incapacidad del organismo para producir insulina suficiente para las necesidades extra del embarazo. Sin embargo, si se presenta durante el primer trimestre existe alta probabilidad de que estuviese presente antes del embarazo.



Editado de halstedsurgery.org

OTRA CAUSA ESPECÍFICA

Ocasionada por otros factores como enfermedades del páncreas, inducida por toxicomanías, etcétera.

Factores de riesgo

Actualmente la diabetes se identifica como una enfermedad que se deriva de múltiples factores, entre ellos se encuentran:

 **Historia Familiar**
Abuelos
Padres
Hermanos

 **Grupo Étnico**
Nativos americanos
Afroamericanos
Latinos

 **Dieta poco saludable**
Alto consumo de carbohidratos.

 **Falta de actividad física**
Bajo consumo energético.

 **Obesidad**
Bajo consumo energético.

 **Edad**
Más de 60 años

Síntomas

Para cualquiera de los cuatro tipos de diabetes se ha identificado una serie de síntomas que indican la probabilidad de su padecimiento:



Mucha sed
(Polidipsia)



Muchas ganas
de orinar (Poliuria)



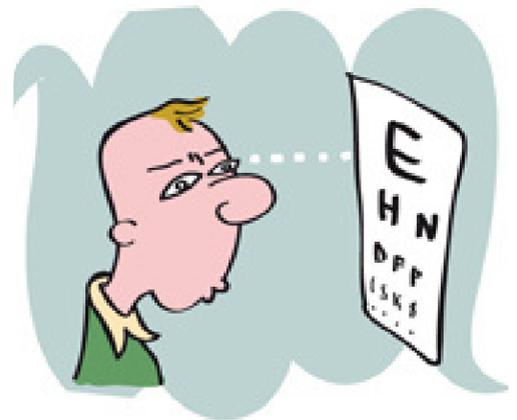
Mucha hambre
(Polifagia)



Agotamiento
(Astenia)



Pérdida de peso



Visión borrosa



Irritación en
la piel



Náuseas y
vómito

Editado de diabetesdietas.com

Adherencia

Grado en que el comportamiento de un paciente concuerda con las instrucciones y recomendaciones relacionadas con la salud, comúnmente sobre alimentación, uso de medicamentos, actividad física, etcétera. Una parte importante para la adherencia es que el paciente comprenda la función de dichas recomendaciones e instrucciones, con el objetivo de que tenga una participación activa en la decisión de realizarlas.

Tratamiento

La diabetes es una enfermedad que no tiene cura definitiva, por lo que en cuanto es diagnosticada se hace necesario seguir una serie de indicaciones médicas con el objetivo de mantenerla en control y evitar el surgimiento temprano de complicaciones. Este tratamiento está compuesto por tres bloques que únicamente tienen un efecto satisfactorio cuando se trabajan en conjunto.



Editado de es.123rf.com

Medicamentos



Editado de bahrainthisweek.com

Dieta



Editado de sciens.com.ar

30 min. de actividad física

Niveles de glucosa

El primer objetivo de cumplir con los medicamentos, la dieta y el ejercicio diariamente es mantener en control los niveles de glucosa en sangre y, de este modo, evitar complicaciones en otros órganos. La tabla siguiente describe los niveles esperados en personas sin diabetes y con diabetes en control.

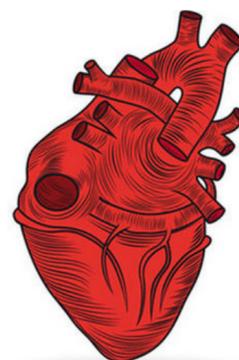
	Niveles de glucosa en personas SIN diabetes	Niveles de glucosa en personas CON diabetes
Ayuno (al despertar)	< 100	70-130
2 horas después de alimentos (desayuno-comida y cena)	< 110	<180
Hemoglobina Glucosilada (HbA1C)	<6%	<7%

Complicaciones en la diabetes

Existen varias complicaciones que pueden presentarse como consecuencia de la evolución de la diabetes. Sin embargo, la única forma de postergar su aparición es mediante el seguimiento del tratamiento para la misma. A continuación, se describen las principales complicaciones que se pueden desarrollar.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

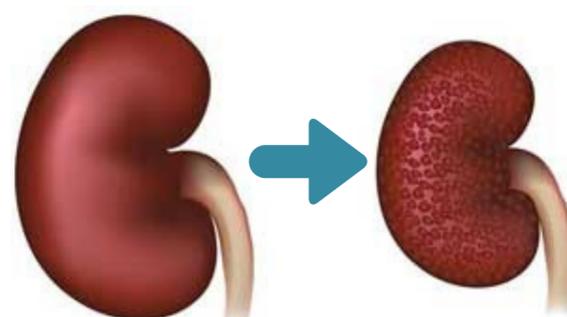
Enfermedades del corazón y circulación.
Evento vascular cerebral.
Enfermedad cardíaca.



Elaborado por colourbox.com

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

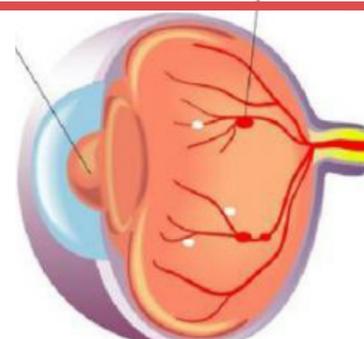
Daño paulatino en los vasos sanguíneos de los riñones que provoca la deficiencia en la filtración de sustancias importantes para el organismo.



Elaborado por vituus.cf

RETINOPATÍA

Edema, obstrucción y crecimiento anormal de los vasos sanguíneos del ojo que genera disminución de la visión.



Editado de wordpress.com

NEUROPATÍA

Daño en los nervios desde el cerebro hasta la médula espinal que puede generar deterioro en órganos internos, ardor y picazón en la piel, así como disfunción eréctil.



Elaborado por ehow.co.uk

PIE DIABÉTICO Y AMPUTACIONES

Daño en los músculos, circulación, nervios y susceptibilidad a infecciones que pueden provocar amputación de extremidades.



Elaborado por emaze.com

Actividad 2

Instrucciones: Por favor, escribe una lista de cinco objetivos de adherencia y autocuidado en los que tú quieres trabajar.

No autorizado para su reproducción

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

No autorizado para su reproducción

Pasos de vida para la adherencia y el autocuidado

Como ya revisamos, el ser una persona con diabetes significa una serie de cambios con el objetivo de mantener una buena calidad de vida, entre ellos se incluyen la toma o inyección de medicamentos, pero además la restricciones en la dieta, el incremento en la actividad física, así como el monitoreo constante de la glucosa en sangre.

En ocasiones llevar a cabo esta serie de cambios en la vida puede llegar a ser muy difícil, por lo que se hace necesario asegurarse de contar con las habilidades para controlar la diabetes. Esto por dos razones principales. Primero, porque asegurándonos de que se está haciendo todo lo que se puede para el control de la diabetes es la mejor forma para mantener una buena salud física. Segundo, de esta forma al sentirnos menos abrumados mediante un plan de autocuidado, es posible que los síntomas de depresión disminuyan.

De esta forma, es posible ver que gran parte del manejo de la diabetes se encuentra **bajo nuestro control**.

Si bien es cierto que al principio pueda parecer complejo seguir al pie de la letra las recomendaciones médicas, es importante resaltar que esta tarea como cualquier otra, por ejemplo cocinar o manejar, se basa en aprender una serie de pasos que en un principio nos exigirán mucha atención pero que con la práctica cada vez serán más fáciles.

La primera parte de esta serie de pasos es el uso de una breve estrategia en **solución de problemas** para aquellas dificultades que se presentan comúnmente cuando se comienza el cuidado de la diabetes. Una parte de esta estrategia es **definir el problema y establecer objetivos**.



Elaborado por timsterhowdarei.wordpress.com

Actividad 3

Instrucciones: Por favor, contesta las siguientes tres preguntas.

¿Qué pensamientos tienes con respecto a tu tratamiento para la diabetes?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

¿Qué puede interferir en la adherencia del tratamiento para la diabetes?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Cuando miras tus medicamentos y recomendaciones, ¿qué pasa por tu mente?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____



Elaborado por emaze.com

El método de META para solucionar problemas

A continuación, revisaremos una lista de algunos de los problemas que se presentan en la adherencia al tratamiento para la diabetes y pondremos en práctica un método al que llamaremos META para la solución de dichos problemas.

El método de META hace referencia a las iniciales de una serie de pasos:

- **M**encionar y escribir la meta particular de adherencia.
- **E**stablecer las barreras para alcanzar la meta.
- **T**rabajar en un plan para superar las barreras.
- **A**daptar un plan de respaldo.

Ahora, implementemos esta estrategia en la lista de problemas en la adherencia.

Actividad 4

I. Acudir a las citas médicas

Meta: Acudir a las citas médicas.

META

1. **M**enciona y escribe como meta de adherencia asistir a tus citas médicas. ¿Cada cuándo tienes citas médicas? ¿Dónde son éstas?

2. **E**stablece barreras potenciales. ¿Qué podría provocar que pierdas tus citas? ¿Tu horario de trabajo es un problema? ¿Vives lejos?

3. **T**rabaja un plan.

4. **A**dapta un plan de respaldo.

II. Comunicación con el personal de salud.

Meta: Hacer un plan que mejore la comunicación con el médico (hacer preguntas, disminuir olvidos de información).

META

1. **M**enciona y escribe las preguntas y comentarios que te gustaría hablar o discutir con tu médico. ¿Qué preguntas harías sobre tus síntomas, medicamentos, efectos secundarios, recomendaciones de autocuidado?

2. **E**stablece barreras potenciales para comunicarte con el médico. ¿Te sientes incómodo hablando con él o ella? ¿Piensas que está muy ocupado u ocupada para hablar contigo? ¿Se te olvida lo que quieres preguntar?

3. **T**rabaja un plan.

4. **A**dapta un plan de respaldo.

III. Afrontamiento de efectos secundarios

Meta: Identificar claramente efectos secundarios de los medicamentos que consideras más importantes y hacer un plan para hablar de ellos con tu médico.

META

1. **M**enciona y escribe cualquier problema de adherencia relacionado con los efectos secundarios de tus medicamentos. ¿Qué efectos secundarios has experimentado? ¿Qué medicamento o medicamentos piensas puedan estarlos provocando?

2. **E**stablece barreras potenciales para comunicarte con el médico. ¿Has experimentado los efectos secundarios después de tomar tus medicamentos? ¿Qué has hecho para disminuirlos? ¿Has sido capaz de hablar de ellos con tus médicos?

3. **T**rabaja un plan.

4. **A**dapta un plan de respaldo. _____

IV. Adquisición de Medicamentos.

Meta: Realizar un plan para la obtención de medicamentos.

META

1. **M**enciona y escribe como objetivo de adherencia siempre tener medicamentos y productos de autocuidado necesarios. ¿Dónde obtienes tus medicamentos y productos de autocuidado? ¿Cómo pagas por ellos? ¿Cómo te transportas a tu farmacia? ¿Alguna vez se terminaron tus medicamentos inesperadamente? ¿Cada cuándo compras o pides tus medicamentos? ¿Cada cuándo pides una nueva receta a tu médico?

2. **E**stablece barreras potenciales. ¿Qué podría provocar que te quedes sin medicamento?

3. **T**rabajar un plan.

4. **A**daptar un plan de respaldo. _____

V. Formulación de un horario diario de medicamentos.

Meta: Facilitar la toma o inyección de medicamentos. Puedes ayudarte del horario diario de medicamentos.

META

1. **M**enciona y escribe como objetivo recordar la toma de tus medicamentos de acuerdo con la indicación médica. ¿Cuándo tomas tus medicamentos? ¿Cómo recuerdas tomar tus medicamentos? ¿Con qué frecuencia necesitas hacer ejercicio? ¿Con qué frecuencia necesitas medir tu glucosa en sangre?

2. **E**stablece barreras potenciales. ¿Por qué razones olvidas tomar tus medicamentos? ¿Usualmente tomas tus medicamentos cuando estás haciendo algo más?

3. **T**rabaja un plan.

4. **A**dapta un plan de respaldo. _____

Horario Diario de Medicamentos

Día del a semana _____

Objetivos de adherencia _____

Horario	Actividades diarias	Objetivos de Adherencia
Mañana		
Tarde		
Noche		

No autorizado para su reproducción

No autorizado para su reproducción

VI. Cuidado de Medicamentos.

Meta: Planear estrategias para el uso y almacenamiento de medicamentos.

META

1. **M**enciona y escribe como objetivo guardar o almacenar tus medicamentos, incluso cuando no estás en casa. Cuando sales de casa ¿Llevas tus medicamentos si sabes que no regresarás a tiempo para tomarlos? ¿Cómo acostumbras llevar tus medicamentos cuando sales de casa?

2. **E**stablece barreras potenciales. ¿De qué forma proteges tus medicamentos cuando sales? ¿Alguno de tus medicamentos necesita refrigeración? Cuando estás fuera de casa ¿Cómo proteges o almacenas tus medicamentos?

3. **T**rabaja un plan.

4. **A**dapta un plan de respaldo. _____

VII. Estrategias de motivación para la toma de medicamentos

Meta: Diseñar estrategias para recordar y motivar la toma de medicamentos.

META

1. **M**enciona y escribe como objetivo utilizar estrategias para recordarte y motivarte a tomar tus medicamentos. Usualmente, ¿cómo te recuerdas tomar tus medicamentos? ¿Qué es lo que piensas cuando sabes que es momento de tomar tus medicamentos?

2. **E**stablece barreras potenciales. ¿Qué tan frecuentemente olvidas tomar tus medicamentos? ¿Haz hecho algo para tratar de recordar la toma de tus medicamentos?

3. **T**rabaja un plan.

4. **A**dapta un plan de respaldo. _____

VIII. Manejo de resbalones en la adherencia.

Meta: Recobrar el control cuando se deja pasar dosis de medicamentos, días sin hacer ejercicio o se rompe la dieta.

META

1. **M**enciona y escribe como objetivo comprender que hacer cambios toma tiempo y práctica, pudiendo presentarse olvidos. ¿Cómo te sientes cuando no tomas tus medicamentos un día, ya sea porque lo olvidaste o te sentías enfermo y sin ganas de tomarlos?

2. **E**stablece barreras potenciales. ¿Qué tipo de pensamientos crees que puedan ayudarte a retomar tus conductas de autocuidado si tienes un olvido?

3. **T**rabaja un plan.

4. **A**dapta un plan de respaldo.

Mis motivos para cambiar

Como podrás notar, hasta este momento el tratamiento para la depresión y la diabetes envuelve una serie de cambios en el comportamiento y en la forma en que pesamos, por lo que es importante entender y discutir los pros y contras de realizar esta serie de cambios, en otras palabras, encontrar la **motivación**.

Revisa nuevamente la lista de cinco objetivos para la adherencia al tratamiento y con base en ella realiza la siguiente actividad.



Editado de digitalmarketer.id

Actividad 5

Instrucciones: Por favor, escribe en la siguiente tabla las desventajas y ventajas de trabajar para disminuir la depresión (cambiar) y del mismo modo, las desventajas y ventajas de mantener las cosas como están (no cambiar). Finalmente, califica tu nivel de motivación para cambiar en una escala del 1 al 10, donde 1 es "baja motivación" y 10 "Alta motivación", en la regla que se encuentra debajo de la tabla.

No autorizado para su reproducción

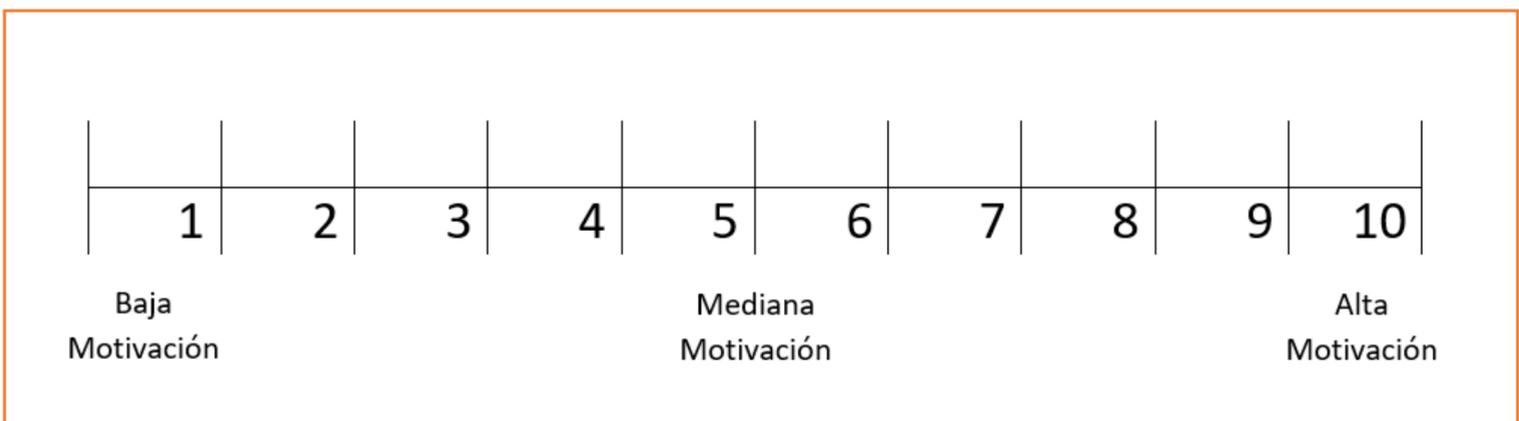
No autorizado para su reproducción

Desventajas

Ventajas

Cambiar
Trabajar para
disminuir la
depresión.

No cambiar
Mantener las
cosas como están.



¿Cómo empezar a sentirme mejor?

Como revisamos, uno de los componentes de la depresión es el conductual, que se refiere a aquellas actividades que dejamos de hacer al sentirnos deprimidos. Cuando dejamos de hacer cosas que nos generan placer o nos hacen sentir útiles es probable que la depresión aumente o no mejore. Por esta razón, uno de los primeros pasos para la disminución de los síntomas de depresión es recuperar o planificar actividades que nos sean gratificantes y aumenten nuestra percepción de utilidad.

A veces, es posible que no puedas realizar algunas actividades como consecuencia de algunos síntomas de la diabetes, como el cansancio o la neuropatía. No obstante, es importante generar una lluvia de ideas de todas las actividades posibles y valorar aquellas que sean más viables. Es necesario monitorear constantemente las dificultades que se puedan presentar, así como los momentos en que el malestar es menor, con el objetivo de aprovechar este tiempo para hacer aquello que nos gusta.

Usualmente es difícil recordar al final de la semana las actividades que realizamos, así como el estado de ánimo que tuvimos durante las mismas, además de que es muy probable que el estado de ánimo que tengamos al tratar de recordar lo que hicimos provoque que nuestros recuerdos sean totalmente agradables o desagradables, por lo que una estrategia para realizar este monitoreo es el uso de registros de actividades.

Estos registros pueden caracterizarse por anotar en cada día la actividad gratificante que realizamos y colocar nuestro estado de ánimo al realizarla. Sin embargo, en ocasiones nuestra rutina diaria puede disminuir la probabilidad de que llevemos a cabo las actividades deseadas, por lo que resulta muy útil planear anticipadamente, junto con nuestra rutina diaria, el horario en que realizaremos la actividad satisfactoria de nuestra elección.

Finalmente, otro aspecto importante acerca de este tipo de registros es la posibilidad de evaluar aquellas actividades que pueden hacerte sentir mejor o peor y justo mediante esta evaluación es como se adquiere la capacidad de reestructurar las actividades semanales para combatir la depresión.



Elaborado por wikihow.com

Actividad 6

Instrucciones: Por favor, escribe cinco actividades que anteriormente eran muy satisfactorias y/o gratificantes para ti y que actualmente has dejado de realizar.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Ahora, llena el horario de actividades de la siguiente página con tu rutina diaria y agrega una de las cinco actividades satisfactorias a cada día en un horario específico. Recuerda puntuar el estado de ánimo del 1 al 10 (mal humor= 0, buen humor=10) en cada una de las actividades programadas que realices.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana							
Tarde							
Noche							

¿Qué me impide realizar lo planeado?

Como comentamos, es muy probable que al intentar realizar aquellas actividades planeadas nos encontremos con varias situaciones que lo dificulte. Es muy importante identificar estas dificultades con el objetivo de buscar alternativas de solución y aumentar la probabilidad de llevar a cabo actividades que contribuyan a un buen estado de ánimo y a la disminución de episodios de tristeza.



Elaborado por pixabay.com

Actividad 7

Instrucciones: Por favor, anota las dificultades que se presentaron al intentar llevar a cabo las actividades satisfactorias escogidas en la sesión anterior y escribe las alternativas de solución. Posteriormente, en el horario de la siguiente página realiza las modificaciones necesarias del horario anterior.

Dificultades

Soluciones

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana							
Tarde							
Noche							

¿Es lo que pasa o es lo que pienso?

Cuando revisamos el modelo de depresión, hablamos de la importancia de los pensamientos o imágenes que aparecen cuando nos sentimos deprimidos. A dichos pensamientos se les denomina **pensamientos automáticos**, éstos hacen referencia al significado que le damos a una situación que genera una emoción específica, en este caso tristeza.

Comúnmente, estos pensamientos se presentan de forma inmediata, involuntaria y son exclusivos de cada persona, lo que significa que cada persona puede pensar diferente ante una misma situación o experiencia.

En ocasiones, estos pensamientos automáticos pueden ser extremistas, distorsionados o inútiles y pueden estar relacionados con el futuro, con nosotros mismos o con lo que nos rodea. Personas con depresión se caracterizan por tener este tipo de pensamientos negativos y más frecuentemente cuando existe una enfermedad crónica como diabetes.

Por estas razones una estrategia que se considera útil para disminuir el malestar que generan este tipo de pensamientos e imágenes es la **reestructuración cognitiva**, la cual inicia con la identificación de los pensamientos automáticos para posteriormente modificarlos.



Actividad 8

Instrucciones: Del mismo modo que con el ejercicio de los videos, identifica los pensamientos y la emoción que se presentaron durante la última situación desagradable que hayas experimentado en esta semana.

Registro de pensamientos automáticos		
Situación o Experiencia	Pensamiento automático (¿Qué pasaba por tu cabeza?)	Estado de ánimo (intensidad) Comportamiento
		Emoción (califica su intensidad del 1 al 10)
		Comportamiento

Los distintos lentes del mundo

No autorizado para su reproducción

Una gran parte de los pensamientos automáticos negativos que se presentan cuando nos sentimos deprimidos pertenecen a un patrón mayor de pensamientos que cumplen ciertas características en común, por lo que es posible agruparlos con base en las mismas. A este grupo de pensamientos se les denomina **distorsiones cognitivas** y hasta este momento se han reconocido las siguientes:

PENSAMIENTO DE TODO O NADA

Evaluación de las situaciones con base en categorías extremas, es decir, todo es blanco o todo es negro. Por ejemplo, “toda mi vida es terrible por la diabetes”, “todo está perdido desde que enfermé”, “nada volverá a ser igual en mi vida”, etcétera.

Tendencia a tomar una experiencia negativa como un hecho interminable. Por ejemplo: “nunca podré controlar mi diabetes”, “siempre será difícil para mí seguir la dieta”, “nunca podré ser el mismo”, etcétera.

SOBRE GENERALIZACIÓN

FILTRO MENTAL

Enfocar la atención a un detalle negativo de una situación, permitiendo que éste convierta toda la experiencia en algo negativo. Por ejemplo, “la doctora me dijo que estoy mejor, pero tardó demasiado en atenderme”, “logré controlar mi glucosa, pero aún no bajo de peso”, “sé que necesito inyectarme insulina, pero el dolor lo hace insoportable”, etcétera.

Atribuir consecuencias extremas y terribles a una situación. Por ejemplo: “ya rompí la dieta, me va a dar un coma diabético”, “ya me hicieron enojar, se me va a subir el azúcar”, “tengo una herida en mi pie, me lo van a amputar”, etcétera.

CATASTROFIZAR

No autorizado para su reproducción

DESCALIFICANDO LO POSITIVO

Rechazo de aspectos positivos de una experiencia cuando éstos no concuerdan con una creencia negativa, provocando la transformación de dicha experiencia en negativa. Por ejemplo, “los demás solo son amables al decirme que me veo mejor ahora que sigo la dieta”, “no importa si bajó mi glucosa, sigo enfermo”, “aunque baje de peso me veo mal”, etcétera.

Realizar interpretaciones o conclusiones negativas sobre una situación incluso cuando aún no tenemos alguna evidencia que los apoye. Existen dos tipos de esta distorsión:

SALTAR A CONCLUSIONES

LEER LA MENTE

Asegurar que los demás piensan y actúan de forma negativa hacia nosotros, sin intentar comprobarlo. Por ejemplo, “los médicos solo piensan que no me cuido”, “mi familia solo quiere molestarme diciéndome que me cuide”, “seguramente todos creen que soy un irresponsable con mi salud”, etcétera.

ERROR DEL ADIVINO

Suponer que en el futuro será desagradable o terrible y creer que esto será cien por ciento cierto a pesar de no tener evidencia. Por ejemplo, “seguiré teniendo sobrepeso toda mi vida”, “seguramente en la visita con el doctor me dirá que sigo muy mal”, “mi familia me abandonará al saber mi enfermedad”, etcétera.

MAGNIFICACIÓN/ MINIMIZACIÓN

Exagerar la importancia de ciertas cosas, por ejemplo, “la diabetes no me permite ni moverme” “ya rompí la dieta, es lo peor del mundo”, etcétera; disminuir la importancia de las cosas hasta hacerlas parecer insignificantes, por ejemplo, “220 de glucosa no es tanto”, “ni he de tener diabetes, no me siento mal”, etcétera.

Asegurar que nuestras emociones o pensamientos negativos son evidencia de lo que realmente está pasando, por ejemplo, “como no puedo seguir la dieta, soy un fracasado”, “soy culpable de lo que me pasa, por eso me lo merezco”, etcétera.

RAZONAMIENTO EMOCIONAL

YO DEBERÍA

Expresiones que comúnmente dictan aquello que se tiene o no se tiene que hacer, no necesariamente por deseo, sino por obligación, razón por la cual tienden a hacernos sentir presionados, desmotivados, frustrados o resentidos, ya que usualmente es complicado llegar a cumplir las expectativas. Por ejemplo, “yo debería de haber bajado de peso”, “mi familia debería de apoyar más”, “yo debería de ser mejor paciente”, “los médicos deberían de ayudarme en lugar de regañarme”.

Poner a otros o uno mismo etiquetas negativas con base en errores pasados, es decir, “una persona se define por sus errores”. Es un tipo de sobregeneralización extrema, por ejemplo, “soy un fracasado por no poder regular mi glucosa”, “olvidé mis medicamentos, soy un inútil”, etcétera.

ETIQUETACIÓN Y ETIQUETACIÓN ERRÓNEA

PENSAMIENTO MALADAPTATIVO

Enfocar la atención en un pensamiento que puede ser cierto, pero ante el cual no se tiene control. Tener un pensamiento excesivo de este tipo puede generar una fuerte autocrítica, distracción en una tarea importante o disminuir la motivación de desarrollar nuevas habilidades, por ejemplo, “cada vez puedo hacer menos cosas que me gustaban”, “me estoy volviendo un inútil”, “ya no puedo hacer nada”, etcétera.

PERSONALIZACIÓN

Asumir o atribuir toda la responsabilidad de una situación sin algún fundamento comprobable, por ejemplo, “es responsabilidad de mi familia que yo me pueda cuidar”, “es mi culpa que todo el tiempo esté enfermo”, “es responsabilidad de mi doctor controlar mi diabetes”, etcétera.

Suponer que cuando algo es difícil de soportar es totalmente intolerable, es decir, negando algún beneficio mayor a largo plazo, por ejemplo, “yo no aguanto la dieta, prefiero seguir comiendo igual”, “me duele todo el cuerpo cuando hago ejercicio, mejor no lo intento”, etcétera.

BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN



Editado de depositphotos.com

Actividad 9

Instrucciones: Del mismo modo que con el ejercicio de los videos, retoma los pensamientos descritos en la actividad anterior e identifica a qué tipo de distorsión pertenecen.

Pensamientos automáticos	Tipo de Distorsión cognitiva

No autorizado para su reproducción

No autorizado para su reproducción

Pensando diferente

Una vez que hemos aprendido a identificar los tipos de pensamiento que generan un estado de ánimo deprimido es momento de buscar opciones para comenzar a modificarlos con el objetivo de disminuir el malestar. Aprender a generar pensamientos alternativos a los pensamientos negativos es una estrategia que puede ayudar a sentirnos mejor ante situaciones difíciles o incómodas.

Contrario a los pensamientos negativos, los pensamientos alternativos se caracterizan por tener una visión más realista de lo que está sucediendo, desprendiéndose de la o las distorsiones cognitivas que puedan estar presentes. Es importante resaltar, que este tipo de pensamiento no es sinónimo de ver las cosas de color de rosa, sino de tener una percepción lo más cercana a la realidad posible y de esta forma comportarnos y sentirnos diferentes.

Para comenzar la generación de pensamientos alternativos es necesario examinar los pensamientos negativos con el objetivo de debilitar su fortaleza y veracidad. Algunas preguntas que pueden ayudar a realizar este examen son:

- ¿Puedo comprobar al 100% que mis pensamientos son ciertos?
- ¿Hay alguna otra posible explicación a lo que pasó?
- ¿Qué evidencia en contra tengo para estos pensamientos?
- ¿Qué efecto tiene en mi pensar así?
- ¿Las personas a quienes más respeto pensarían de la misma forma?
- ¿La preocupación que tengo sobre esta situación es excesiva?
- ¿Qué le diría yo a un amigo que esté pasando por esta misma situación?
- ¿He hecho todo lo posible para resolverlo?
- ¿Mi pensamiento es inflexible o flexible?



Elaborado por emaze.com

Es importante tratar de no responder solo sí o no a las preguntas, sino reflexionar sobre el contenido de los pensamientos que cuestionamos con la intención de disminuir su efecto en nuestro estado de ánimo.

Una vez que estos pensamientos negativos se encuentran debilitados es momento de generar pensamientos alternativos basados en una mayor evidencia, flexibles y no extremistas. Algunas preguntas que pueden ayudar para escribirlos son:

- ¿Existe una forma más útil de ver la situación? ¿Cuál?
- ¿Aconsejaría a mis seres queridos pensar de esta nueva forma?
- ¿Alguna vez mi experiencia me ha demostrado que las cosas pueden ser diferentes?
- ¿Qué necesito pensar para sentir y actuar distinto?
- ¿Qué diría una persona a la que admiras sobre esta situación?



Editado de por strapp.net

Es importante resaltar el hecho de que generar pensamientos alternativos ante negativos no es algo que se aprenda de un momento a otro, por lo que es necesario practicar tanto como sea posible, para que cada vez se tenga mayor dominio sobre esta habilidad.

Actividad 10

Instrucciones: Por favor, retoma los pensamientos negativos identificados en la actividad anterior, aplica las preguntas descritas en la estrategia de pensamientos alternativos y escribe uno nuevo para cada pensamiento negativo. Finalmente, escribe la emoción y comportamiento probables ante estos nuevos pensamientos.

Generación de pensamientos alternativos		
Pensamiento automático (¿Qué pasaba por tu cabeza?)	Pensamientos alternativos (Cuestiona cada pensamiento y escribe uno alternativo)	Efecto
		Emoción (califica su intensidad del 1 al 10)
		Comportamiento Alternativo

Actividad 11

Instrucciones: En una hoja en blanco escribe cinco cosas que consideres es importante recordar en el futuro sobre lo revisado en la sesión de hoy, posteriormente entrégala a la facilitadora para que se la de a otro de tus compañeros. Finalmente, pega la hoja que tu compañero escribió con las cinco cosas que consideró importante recordar en el futuro.

Actividad 12

Instrucciones: Completa las siguientes oraciones.

La sesión pasada aprendí...

Lo que aprendí es importante porque...

Lo que aprendí me sirve para...

¿Qué es un problema?

Se entiende como problema cualquier situación o tarea que demanda una respuesta para un funcionamiento adaptativo, sin embargo, no surge una solución considerada como efectiva o disponible por la persona ante la presencia de uno o más obstáculos. Estas demandas se originan del ambiente o dentro de la propia persona, principalmente de la diferencia entre la realidad de una situación y las metas deseadas.

Usualmente, cuando se hacen evidentes diversos obstáculos para dar solución a un problema se presentan conductas como la procrastinación o la evitación con el objetivo afrontar la situación, aunque esto no termine con ella.

En el caso de las personas con enfermedades crónicas, como la diabetes, estos obstáculos pueden estar relacionados con el tratamiento o diversas complicaciones de la propia enfermedad, que en ocasiones pueden parecer muy difícil de resolver. Además, cuando existen síntomas de depresión, éstos pueden dificultar la percepción de la problemática, así como la producción y selección de la solución más adecuada.



Editado de equanima.org

Con base a nuestra experiencia todos hemos desarrollado diversos métodos para solucionar los problemas que enfrentamos, mismos que hemos ido perfeccionando y perpetuando a partir de qué tan efectivos han resultado. Si embargo, en muchas ocasiones estos métodos no nos permiten tener la solución deseada en todos los aspectos, pero los seguimos ocupando al no tener otra opción inmediata.

Existe una estrategia llamada **solución de problemas** que se caracteriza por ampliar las opciones de solución a un problema con el objetivo de elegir aquella que sea más efectiva, pero que también esté a nuestro alcance. Este método se compone de cinco etapas que permiten delimitar un problema, elegir una solución y ponerla en práctica para evaluar su efectividad.

Existen dos habilidades importantes que facilitan el dominar la estrategia de solución de problemas:

DISEÑAR UN PLAN DE ACCIÓN.

DIVIDIR EN PASOS UNA TAREA QUE PAREZCA MUY COMPLEJA.

Definición del Problema

Cuando se habla de una situación problemática comúnmente se tiene una idea muy general de lo que está pasando, por ejemplo, "tengo nervios", "no tengo dinero", "no puedo seguir la dieta", etcétera y esto dificulta el dar una posible solución, ya que parecieran problemáticas demasiado grandes o complejas.

Por esta razón, se hace necesario como primer paso definir específicamente el problema. Una forma sencilla de comenzar a definir el problema es contestar preguntas como ¿quién?, ¿qué?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿cómo? Una vez que tenemos esta información, el siguiente paso es definir las metas o resultados deseados de la problemática, de igual manera, una forma de plantearlas es respondiendo qué se debe realizar o cómo se debe de realizar. De esta manera, tenemos definido el problema de una forma muy específica, eliminando información que sobra.

Actividad 13

Instrucciones: En grupo definan una problemática común a la que se enfrentan en el cumplimiento de su tratamiento para la diabetes y a partir de ésta, establezcan de tres a cinco metas a cumplir. Por favor, transcribe la problemática definida en grupo, así como las metas diseñadas para la misma.

Problemática:

Metas:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____



Lluvia de ideas

Ya definida la problemática, la siguiente etapa busca proponer tantas respuestas como sea posible. La característica principal de estas opciones es que deben de cumplir tres principios:

Cantidad

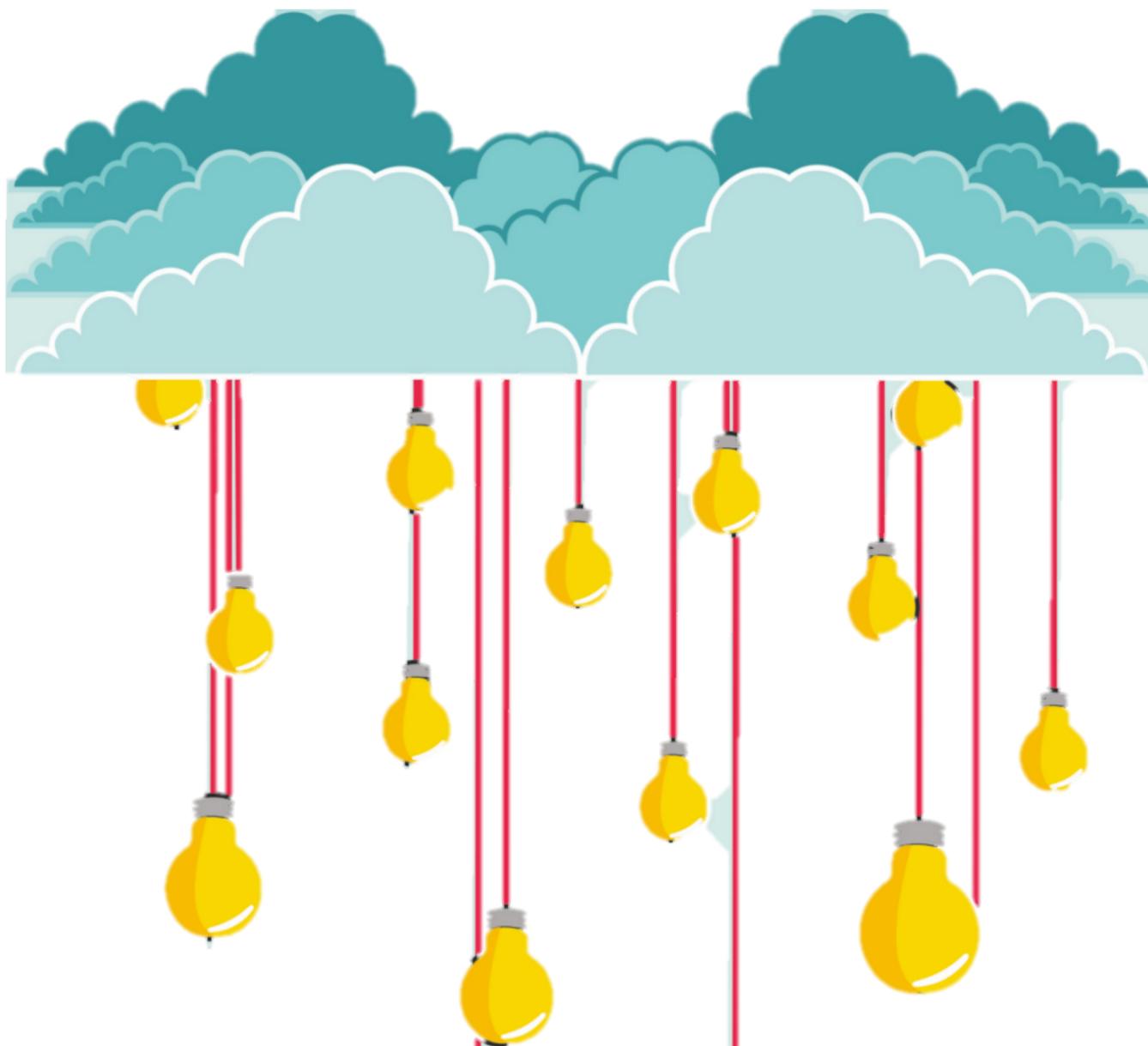
Mientras más soluciones se propongan, mayor es la calidad de las ideas que estarán disponibles y con más probabilidad se encontrará la mejor solución.

Aplazar el juicio

Evitar evaluar las soluciones que se están proponiendo, ya que el juicio tiende a inhibir las ideas.

Variedad

Cuanto mayor es la variedad de ideas de solución, más ideas de buena calidad serán descubiertas.



Editado de espaciolibros.com

Actividad 14

Instrucciones: En grupo propongan soluciones probables para la problemática definida en la actividad anterior, siguiendo los principios de variedad, cantidad y aplazamiento del juicio. Por favor, transcribe las opciones diseñadas en grupo.

Opciones de solución:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

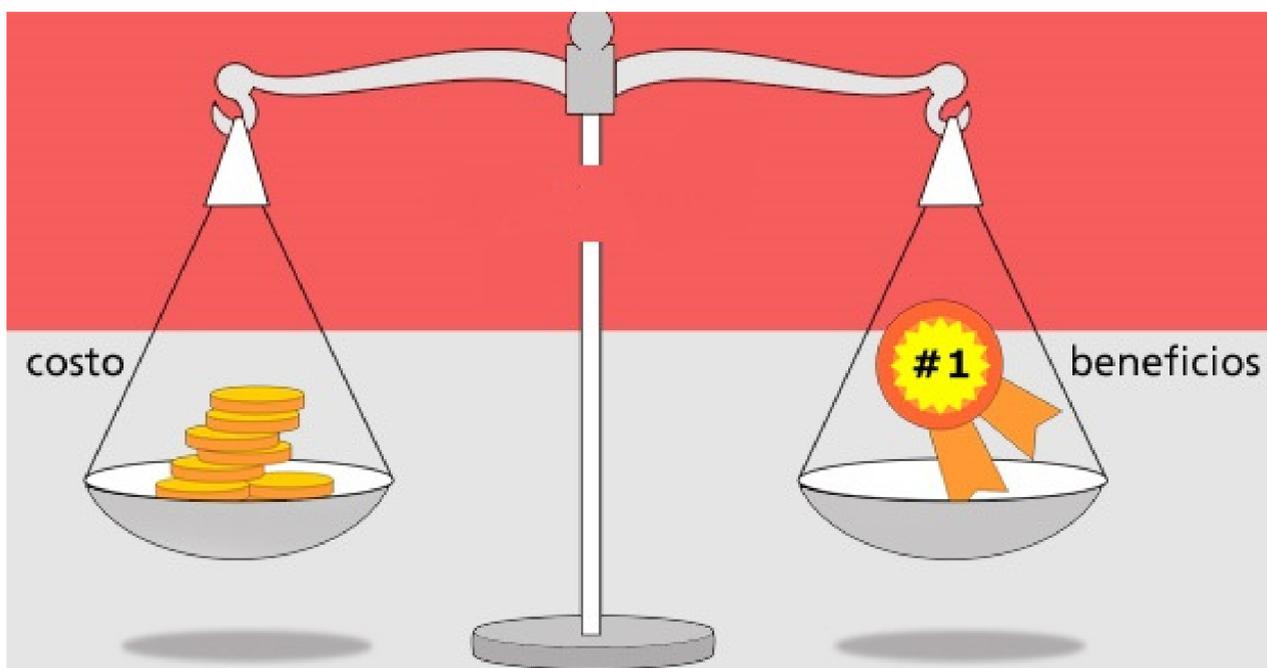
Cuánto me cuesta y cuánto puedo ganar

Con un grupo de ideas considerable (5 a 10) lo siguiente es analizar el costo y el beneficio de cada una de ellas. El objetivo de esta etapa es eliminar las alternativas de solución de baja calidad, probabilidad y facilidad, considerando los riesgos obvios e inaceptables, así como los obstáculos para llevarla a cabo.

Una vez eliminadas estas opciones, lo siguiente es analizar las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo de las alternativas restantes. Estas consecuencias se pueden clasificar en tres:



Terminando este análisis, un último paso en esta etapa es calificar cada una de las posibles soluciones del 1 al 10, identificando aquella o aquellas con mayor puntaje como la mejor opción posible.



Editado de indicadores360.blogspot.mx

Actividad 15

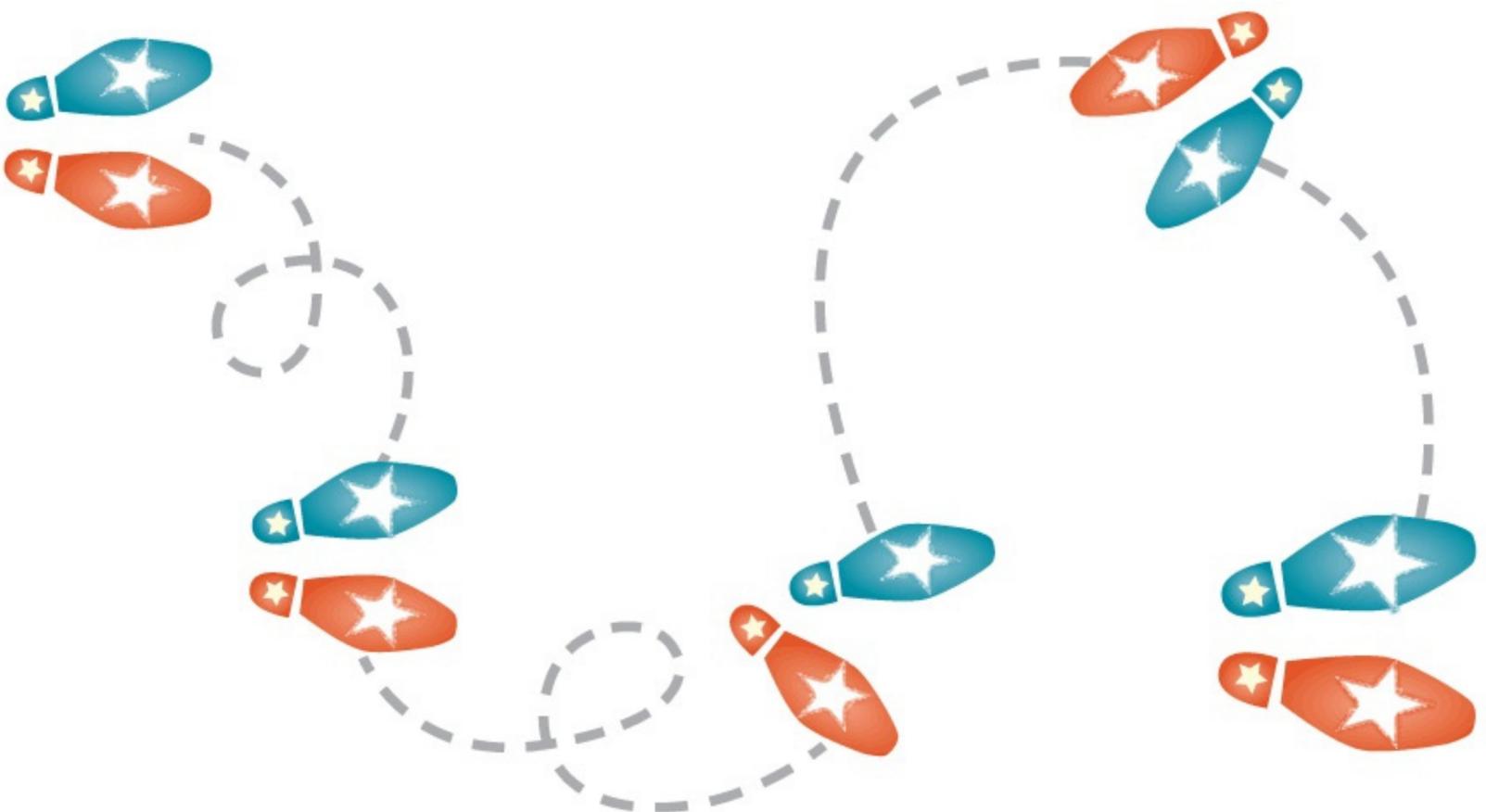
Instrucciones: Con tu equipo de trabajo realiza un análisis de las ganancias o inversión o pérdidas (dependiendo del equipo donde te encuentres) de las opciones de solución propuestas en la actividad anterior. Por favor, transcribe el análisis de costo - beneficio realizado en grupo de las posibles soluciones.

En marcha... paso a paso

La última etapa de esta estrategia es descomponer la solución elegida en una serie de pasos que nos permita llevarla cabo de una forma estructurada, pero al mismo tiempo más sencilla.

La forma más clara para realizar esta etapa es escribir los pasos generales para llevar a cabo la solución elegida y, después nuevamente, desglosar éstos en pasos más sencillos, de manera semejante a una lista de instrucciones. Teniendo estos últimos pasos, es necesario hacer una última evaluación de la solución para poder ponerla en práctica y valorar sus resultados. Ante cada uno de los pasos es conveniente preguntarse ¿esto es algo que pueda hacer realmente en un día?, ¿es algo que me gustaría hacer o dejar de hacer?

Contestadas estas preguntas, lo único que falta es poner a prueba la solución elegida. Es importante recalcar que, si bien esta estrategia busca ayudarnos elegir la mejor solución, no es un método infalible y es probable que en repetidas ocasiones tengamos que regresar sobre nuestros pasos para verificar qué falló si no se obtuvieron los resultados deseados. Sin embargo, un último beneficio, es que si una de las soluciones planteadas no funcionó, ya tenemos un grupo de otras probables soluciones que pueden ser utilizadas o contribuir a una nueva solución.



Editado de the2womancrusade.com

Actividad 16

Instrucciones: Con base en la actividad anterior, en grupo elijan la mejor opción para solucionar la problemática y desarrollen el proceso para llevarla a acabo. Por favor, transcribe el proceso y los pasos desarrollados en grupo de la solución elegida.

¿Para qué relajarnos?

Como hemos revisado, en muchas ocasiones nos enfrentamos ante situaciones que nos hacen sentir abrumados por lo difíciles que pueden llegar a ser. Algo que comúnmente sucede cuando nos sentimos de esta forma es que nuestro cuerpo comienza a responder con el objetivo de enfrentar la amenaza que está percibiendo ya sea luchando o huyendo de ella. Esta respuesta se caracteriza por la activación general de nuestro organismo, por ejemplo, la visión y audición se agudizan, los músculos se tensan, la frecuencia cardíaca y respiratoria aumenta, todo con el objetivo de eliminar la amenaza, ya que cuando ésta pasa, el cuerpo regresa a un estado de reposo.



Elaborado por freepik.com

Sin embargo, cuando el cuerpo no regresa a un estado de reposo entonces se comienza a tener un desgaste físico y pueden generarse ideas de ineficacia, consecuencias que se relacionan con el desarrollo de síntomas de depresión, así como el descontrol de glucosa en sangre.

Una estrategia que es útil en muchos casos es la relajación. Ésta tiene como objetivo disminuir la activación general del organismo y modificar las emociones y conductas asociadas a la misma. Existen diversos procedimientos para relajarnos, entre ellos se encuentran la **respiración diafragmática** y la **relajación muscular progresiva**.

Respiración diafragmática

La respiración es fundamental para vivir. Cuando nos encontramos ante una situación estresante ésta se caracteriza por ser rápida y poco profunda, por lo que para relajar nuestro cuerpo es necesario regularla, con un ritmo pausado e introduciendo una mayor cantidad de aire. Este tipo de respiración se basa en el uso de un músculo llamado diafragma, el cual se encuentra debajo de nuestros pulmones.

Los pasos para practicar este tipo de respiración son:

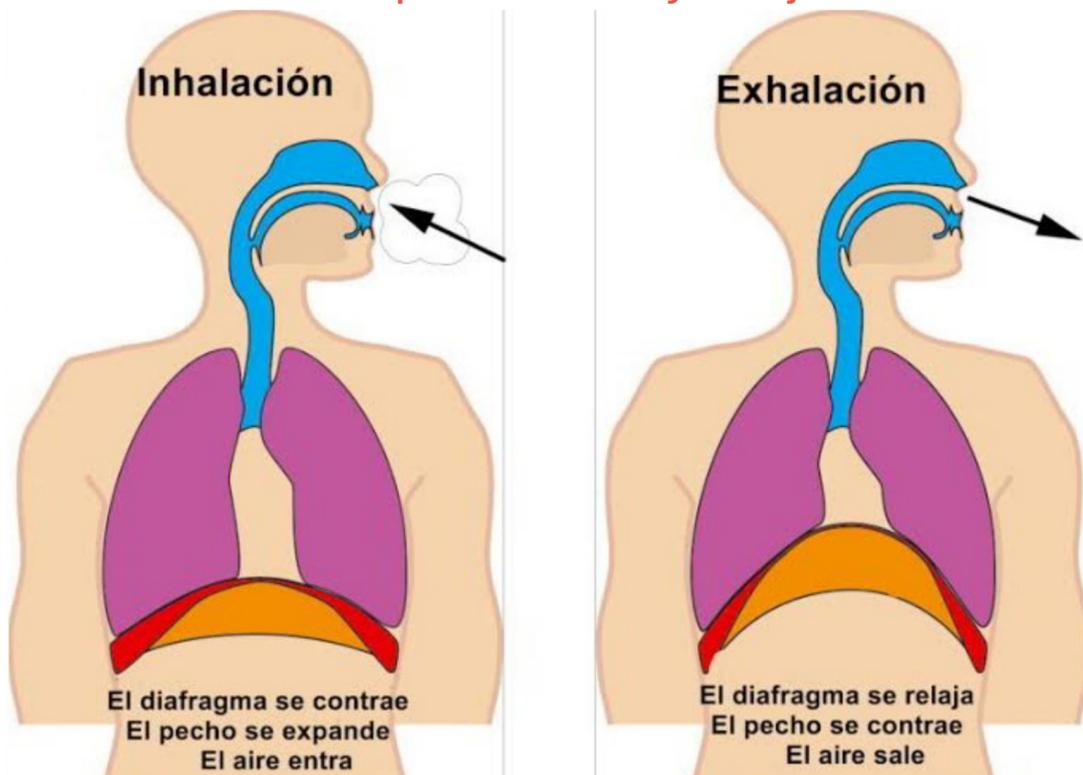
1. Colócate en una posición cómoda. Posteriormente, sobre tu estómago coloca tu mano izquierda y sobre tu pecho tu mano derecha.

2. Inhala a través de tu nariz, mientras lo haces cuenta lentamente hasta tres y siente con tu mano como tu estomago se infla.

3. Sostén la respiración durante uno o dos segundos.

4. Exhala lentamente mientras cuentas nuevamente hasta seis, siente como tu estómago se contrae y tu mano se sumerge en él.

Mientras inhalas piensa “inhala”, del mismo modo mientras exhalas piensa “estoy relajado”.



Elaborado por tuespaciointerior.es

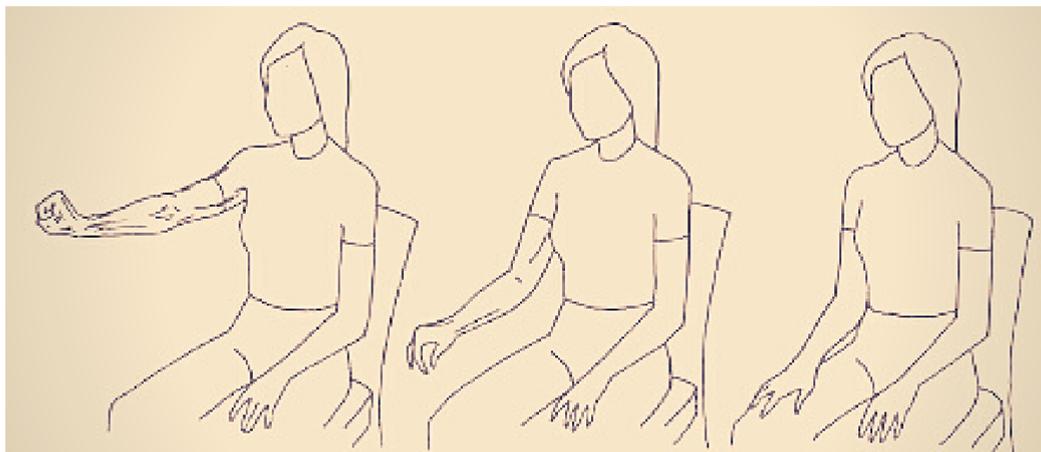
Relajación muscular progresiva

Este ejercicio tiene como objetivo ayudarnos a identificar la diferencia entre la tensión y la relajación muscular para desarrollar la habilidad de reducir la tensión muscular de manera intencional.

El procedimiento se compone esencialmente de la tensión y relajación de algunos grupos de músculos del cuerpo. A continuación, se describe cada grupo de músculos en el orden que deben de ser tensionados y relajados. Para cada grupo la instrucción es generar la tensión, mantenerla durante 10 segundos y posteriormente regresar cada músculo o músculos a su posición inicial de relajación, poniendo atención en todo momento a cada una de las sensaciones que se generan.

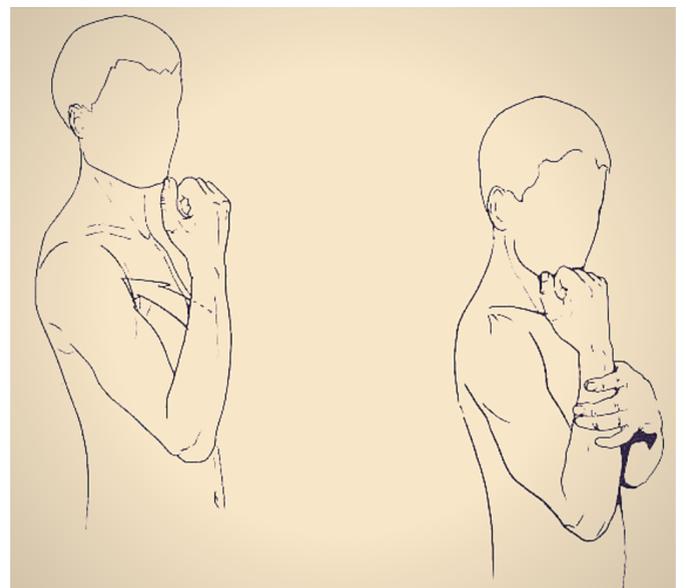
Comencemos...

Colócate en una posición cómoda y comienza a regular tu respiración, haciéndolo lento y profundamente con tu estómago. Si te sientes cómodo cierra tus ojos. Ahora extiende tu brazo derecho y cierra el puño lo más fuerte que puedas, poniendo atención en la presión que se genera en el puño, en el brazo y antebrazo. Mantén esta tensión y posteriormente regresa tu brazo a su postura inicial. Siente ahora la flacidez y compárala con la sensación que tenías hace unos segundos. Repite el mismo ejercicio con tu mano izquierda y posteriormente con ambos brazos al mismo tiempo.



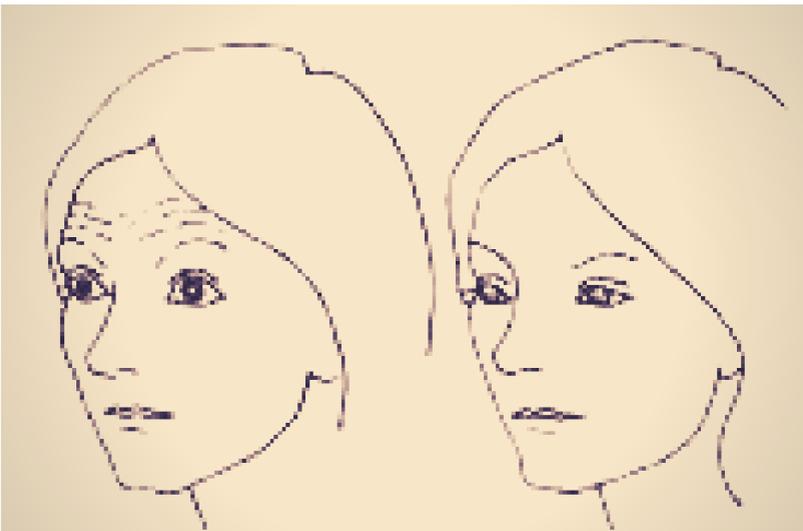
Editado de psicologosoviedo.com

Continúa doblando los codos, llevando tus puños a los hombros y tensa los bíceps. Mantén la tensión lo más fuerte posible, relaja los brazos estirándolos hacia enfrente y pon atención a la relajación de tus músculos. Repite nuevamente el ejercicio.

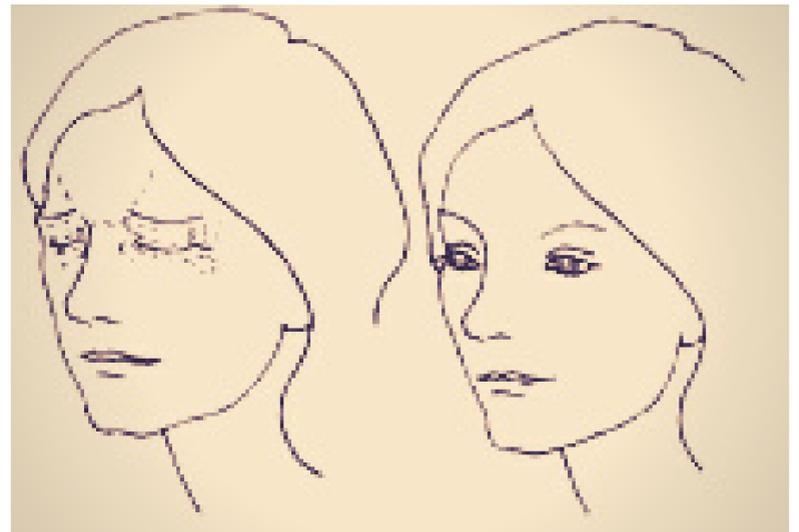


Editado de psicologosoviedo.com

Continuando con la cabeza, levanta las cejas tanto como te sea posible, mantenlas y relaja. Ahora frunce el entrecejo y siente como las venas de su frente se extienden, del mismo modo sostén y suelta. Continúa cerrando los ojos fuertemente, observa la tensión, mantenlos cerrados y posteriormente, siente como ambos ojos se relajan al soltarlos. Ahora, cierra con fuerza la mandíbula, como si mordieses algo muy duro, del mismo modo sostén unos segundos y suelta. Ahora, aprieta la lengua contra el paladar. Siente el dolor que se produce al sostener la tensión, mantén y suelta, siente como el dolor desaparece. Continúa apretando los labios haciendo una "O", sostén unos segundos y relaja.

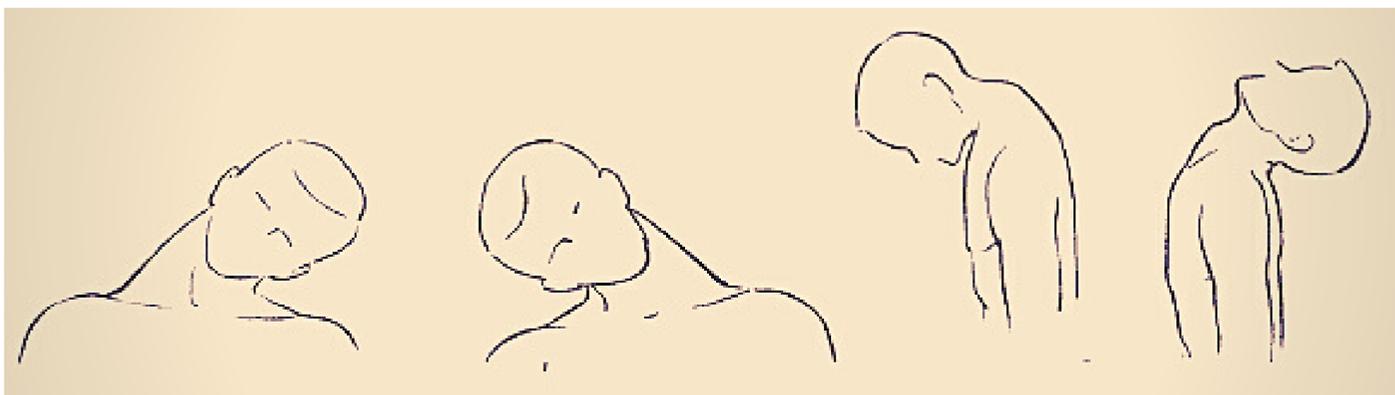


Editado de psicologosoviedo.com



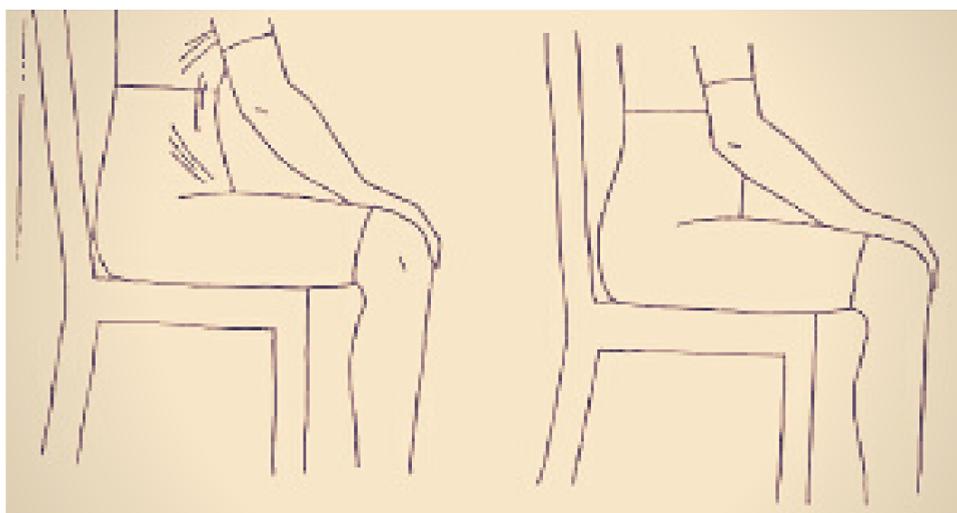
Editado de psicologosoviedo.com

Ahora, desplaza la cabeza hacia atrás tanto como te sea posible, identifica la tensión en el cuello, gira la cabeza hacia la derecha sostén cinco segundos y gira hacia la izquierda sosteniendo el mismo tiempo. Endereza la cabeza y muévela hacia adelante, apretando la barbilla contra el pecho, identifica la tensión, sostén unos segundos y regresa tu cabeza a su posición inicial. Ahora, encoge los hombros, hasta que la cabeza se hunda entre ellos, mantén esta posición y bájalos sintiendo la relajación que se genera.



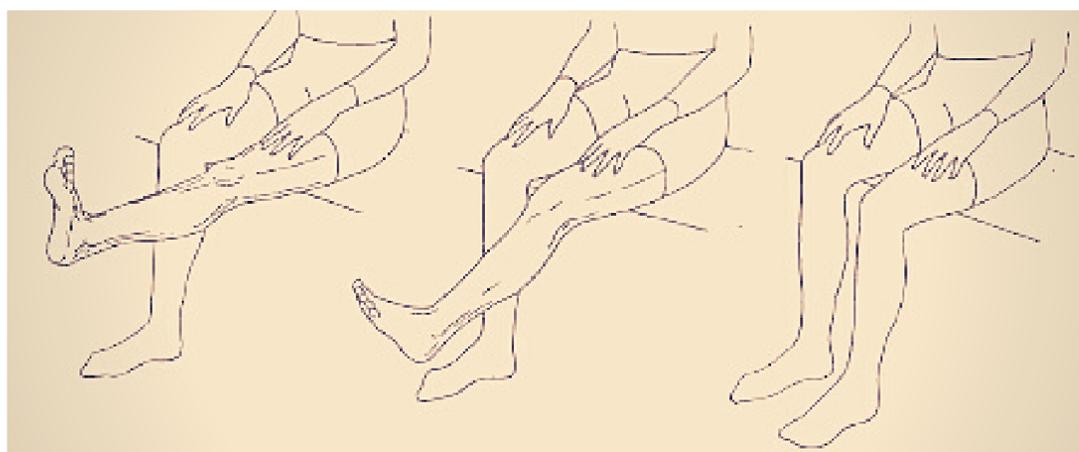
Editado de practo.com

Continúa respirando lenta y profundamente con el estómago. Ahora, coloca tu mano sobre tu estómago y empuja hacia dentro tensando el estómago tanto como te sea posible, sostén la respiración unos segundos y suelta el aire, siente como tus músculos se relajan. Continúa arqueando la espalda hacia atrás, tanto como te sea posible sin generar una lesión, siente la tensión que se genera en la espalda baja, sostén un momento y relaja.



Editado de psicologosoviedo.com

Ahora tensa los glúteos y los muslos de las piernas, empujando tus talones contra el suelo tan fuerte como puedas, mantén la tensión y suelta tus piernas y glúteos. Continúa empujando los dedos de tus pies hacia enfrente, tensando tus pantorrillas, mantén por unos segundos y suelta la tensión. Finalmente, extiende con fuerza los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, sintiendo como los músculos de las espinillas se tensan, mantén durante un momento y regresa tus piernas a su posición inicial.



Editado de psicologosoviedo.com

Continúa respirando lenta y profundamente con el estómago, piensa en lo relajado que ahora te sientes, como cada músculo de tu cuerpo ha liberado la tensión.

Hemos terminado

El objetivo de este manual es poner a tu disposición una serie de estrategias psicológicas que se han desarrollado para el tratamiento de los síntomas de depresión en personas con enfermedades crónicas como la diabetes, así como el cumplimiento para el tratamiento médico de ésta. Cada una de estas estrategias han demostrado tener una alta eficacia en el cumplimiento de este objetivo.

Es indispensable no olvidar que los beneficios de cada una de estas estrategias van a depender de cuánto sean practicadas, puesto que mientras más las utilices tus habilidades en cada una irán incrementando, los resultados cada vez serán más satisfactorios y el bienestar que percibas será mayor.

Si bien aquí termina el contenido de este manual, es importante considerar que este puede ser el comienzo de los cambios necesarios para llevar una mejor calidad de vida, con una mayor habilidad de afrontar las situaciones difíciles y de disfrutar los momentos gratificantes.



Elaborado por es.pngtree.com

NOTA

La estructura del presente manual se basa en el trabajo realizado por el Dr. en psicología Steven A. Safren quien actualmente se encuentra trabajando en el departamento de Psicología de la Universidad de Miami, con proyectos de investigación enfocados en el estudio y tratamiento de problemas psicosociales en personas diagnosticadas con VIH.



Elaborado por psy.miami.edu

El Dr. Safren es un psicólogo clínico enfocado en el comportamiento relacionado a la salud, fue el fundador del departamento de Medicina Conductual en la Universidad de Harvard, donde trabajó durante 18 años en la dirección de estudios relacionados con la prevención de VIH. Sin embargo, sus estudios no sólo se han enfocado exclusivamente en esta población, también ha desarrollado protocolos de investigación relacionados con problemas psicosociales en enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión o trastornos mentales como el TDAH principalmente en adultos.

Específicamente, el presente manual retoma el protocolo Coping with Chronic Illness: Cognitive behavioral therapy for adherence and depression in individuals with chronic illness (autorizado mediante comunicación personal con el autor), diseñado por Safren, Gonzalez y Soroudi en el 2007.

La adaptación de dicho manual tiene como objetivo académico poner en práctica habilidades y estrategias de intervención desarrolladas dentro del Programa de Posgrado de Psicología, Residencia en Medicina Conductual, Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México con pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Juárez de México, por lo que su reproducción para otros fines no está autorizada.

Referencias

Complementarias

Burns, D. (1995). *Sentirse Bien*. Barcelona: Altaya.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2010). *Controle su diabetes*. 3ª edición. Atlanta: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América.

Davis, M., McKay, M., & Eshelman, E. (2002). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.

Diabetes UK. (2010). *Diabetes in the UK 2010: Key statistics on diabetes*. Recuperado de https://www.diabetes.org.uk/documents/reports/diabetes_in_the_uk_2010.pdf

Nezu, A. (2004). Problem Solving and Behavior Therapy Revisited. *Behavior Therapy*, 35, 1-33.

Safren, S., Gonzalez, J., & Soroudi, N. (2007). *Coping with Chronic Illness: Cognitive behavioral therapy for adherence and depression in individuals with chronic illness*. New York: Oxford University Press, Inc.

Wenzel, A. (2013). Cognitive Reestructuring: Automatic Thoughts. In A. Wenzel, *Strategic Decision Making in Cognitive Behavioral Therapy* (83-104). Washington: American Psychological Association.

Willson, R. & Branch, R. (2006). *Cognitive Behavioral Therapy for Dummies*. England: John Wiley & Sons, Ltd.