

01985
12



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Mtra. Rebeca Robles García

TUTOR:

Dr. Juan José Sánchez Sosa

COMITÉ TUTORIAL:

Dr. Javier Aguilar Villalobos

Dra. Maria Elena Medina Mora Icaza

Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo

Dr. Humberto Nicolini Sánchez

SUPLENTE:

Dra. Graciela Rodríguez Ortega

Dr. Rogelio Apiquian Guitart



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

Este estudio se realizó con base en el financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, que otorgó una beca crédito a la que suscribe para cursar el Doctorado en Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Agradezco este apoyo para enriquecer mi formación académica, y aseguro a cambio, mi esfuerzo cotidiano y comprometido con la investigación, la docencia y la práctica clínica propias de mi que hacer profesional.

Mi gratitud también a mis profesores, por cuanto hacer para aprender y enseñar, y a Lucy Peña, Eva Franco y Carlos, por todos estos años de efectivo y cálido servicio administrativo; a Jacqueline, quien aplicó gran parte de los instrumentos para lograr la primera fase del estudio; y a Elba, Tania, César, Paloma y Mili, por su colaboración, sea como co-terapeutas, entrevistadores o revisores de la segunda fase del estudio.

Mi agradecimiento al Instituto Jalisciense de Salud Mental, de la Secretaria de Salud Jalisco, a la Asociación Mexicana de Diabetes de Jalisco, y a Laboratorios Elli Lilly de México, por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

Y por supuesto, ¡Gracias a todos y cada uno de los participantes de la intervención psicológica!

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo académico.

NOMBRE: Rebeca Robles
García

FECHA: 14-XI-02

FIRMA: P.A.

Marta García de R.

Dedicatoria

*Muy especialmente a mis padres,
cómplices de todo lo bueno...
Para Antonio: el esfuerzo
Para Martha: la esperanza*

*Para Toño y Liz,
mis mas files aliados:
Que bello que existen,
¡Como los amo!*

*Para Francisco,
de la alumna a la que mas paciencia le haz tenido.
Cada acierto te nombra también a ti. Gracias,
que "no todo fue naufragar..."*

*Para mis amigas y amigos,
las que "desde que era niña",
mis colegas, los de las instalaciones,
los de cabo, y el resto de mi familia:
¡Salud!*

Contenido

Resumen	09
Introducción	10
Marco teórico	13
Diabetes Mellitus	13
Definición.....	13
Complicaciones médicas relacionadas.....	14
Clasificación.....	15
Tabla 1. Clasificación general de diabetes y trastornos relacionados.....	16
Diagnóstico.....	17
Etiología y Tratamiento.....	18
Tabla 2. Modalidades de atención de la Diabetes.....	19
Epidemiología.....	20
Variables psicológicas y psiquiátricas relacionadas.....	21
Depresión y ansiedad.....	
Adherencia a tratamiento.....	
Calidad de Vida y Diabetes Mellitus	27
Calidad de vida: Definición.....	27
Evaluación de la Calidad de Vida.....	29
Evaluación de la Calidad de Vida en Diabetes Mellitus.....	30
Modificación de la Calidad de Vida en pacientes con Diabetes.....	31
Intervenciones psicológicas para personas con Diabetes	32
Aumento de adherencia a tratamiento.....	33
Tratamiento de problemas físicos.....	35
Auto monitoreo de glucosa.....	36
Control de emociones negativas.....	37

Intervenciones psicológicas para mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas.....	39
Intervención psicológica para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus : lineamientos generales.....	42
Psicoterapia grupal.....	43
Psicoterapia Breve.....	45
Psicoterapia Cognitivo Conductual.....	45
Justificación y Planteamiento del problema.....	47
Preguntas de Investigación.....	49

Primera Fase

Evaluación de la Calidad de Vida de personas con Diabetes Mellitus tipo II

Objetivos.....	51
Método.....	52
Tipo de estudio.....	52
Muestra.....	52
Variables e Instrumentos.....	52
Procedimiento.....	57
Análisis Estadístico.....	57

Resultados	58
Descripción de la muestra.....	58
Tabla 3. Puntuación promedio de las subescalas del DQOL y los totales de DQOL, BDI y BAI.....	59
Confiabilidad de la versión en español del DQOL.....	60
Tabla 4. Consistencia interna de subescalas y puntuación total del DQOL.....	61
Validez de la versión en español del DQOL.....	61
Validez Factorial.....	61
Tabla 5. Estructura Factorial del DQOL.....	62
Validez de Constructo.....	63
Tabla 6. Correlación entre DQOL e Inventarios de Depresión y Ansiedad.....	63
Discusión y Conclusiones	64

Segunda Fase

Modificación de Calidad de Vida de personas con Diabetes Mellitus Tipo II

Objetivos	67
Método	69
Tipo de estudio.....	69
Tipo y cálculo de muestra.....	69
Muestra.....	69
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	70
Variables e Instrumentos.....	70

Procedimiento.....	78
Tabla 7. Cronograma de evaluaciones basal, inicial, a lo largo de la intervención, final y a tres meses.....	83
Análisis Estadístico.....	83
Resultados	85
Descripción general de la muestra.....	85
Tabla 8 Descripción de la muestra: variables sociodemográficas, médicas, psicológicas y psiquiátricas.....	87
Efectividad de la intervención.....	88
Comparación de medidas de calidad de vida.....	88
Tabla 9. Comparación de Calidad de Vida Basal, Final y a Tres Meses de la Intervención.....	89
Variables relacionadas con la eficacia de la intervención.....	90
Hemoglobina glucosilada.....	90
Afectividad y sintomatología depresiva y ansiosa.....	91
Tabla 10. Comparación de puntuaciones iniciales, finales y a tres meses de sintomatología depresiva y ansiosa y afecto positivo y negativo.....	92
Adherencia a tratamiento.....	92
Diagnóstico Psiquiátrico.....	93
Tabla 11. Comparación de Calidad de Vida entre personas con y sin diagnóstico psiquiátrico.....	94
Variables que predicen la efectividad de la intervención	95
Variables relacionadas con la deserción de la intervención.....	96
Tabla 12. Descripción de participantes que desertaron de la intervención: variables sociodemográficas, médicas, psicológicas y psiquiátricas.....	97
Discusión y Conclusiones.....	98
Limitaciones y sugerencias.....	105
Consideraciones éticas.....	107

Bibliografía	108
---------------------------	-----

Anexos	121
---------------------	-----

1. Carta de Consentimiento Informado
2. Forma *ad hoc* de variables sociodemográficas, médicas y psicológicas.
3. Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, apartado de Depresión y de Ansiedad.
4. Examen Mental Breve
5. Evaluación de Calidad de vida general (PECVEC)
6. Evaluación de Calidad de vida específica (DQOL)
7. Inventario de Ansiedad de Beck
8. Inventario de Depresión de Beck
9. Escalas de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS)
10. Registro Diario de Adherencia a Tratamiento
11. Manual de Terapia Psicológica para mejorar la calidad de vida de Pacientes con Diabetes Mellitus: manual para el usuario.
12. Diaporama de "Intervención psicológica para mejorar la Calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus II.
13. "Buzón de dudas"

Resumen

La Diabetes Mellitus Tipo II (DM) es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia y su condición crónica y tratamiento pueden impactar de forma importante la calidad de vida de los sujetos que la padecen. Las intervenciones psicológicas Cognitivo Conductuales (ICC) han demostrado ser efectivas para disminuir síntomas de depresión y ansiedad y aumentar la adherencia a tratamiento y el control de la enfermedad; y se sugiere su uso para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. El presente estudio, dividido en dos fases, tuvo por objetivos generales: 1) Traducir al español y determinar las propiedades psicométricas de la medida de calidad de vida para DM "DQOL", 2) Determinar la efectividad de una ICC breve y grupal para aumentar la calidad de vida de pacientes con DM tipo II, y 3) Determinar la relación entre diferentes variables sociodemográficas, médicas, psicológicas y psiquiátricas y la eficacia de la ICC para aumentar la Calidad de Vida de pacientes con DM. En la primera fase del estudio y con base en una muestra de 152 pacientes con DM tipo II, se tradujo al español el DQOL y se evaluó su consistencia interna, validez factorial y validez de constructo con los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. La versión en español del DQOL resultó una medida válida y confiable para evaluar la calidad de vida de pacientes con DM tipo II en México. En la segunda fase del estudio, y con base en un muestreo no probabilístico por cuota se incluyeron a 25 pacientes con DM Tipo II, sin complicaciones médicas mayores y con al menos un año de diagnóstico de la enfermedad. Las variables sujetas a estudio se evaluaron en el total de la muestra con base en los siguientes instrumentos: 1) Forma *Ad hoc* para registro de variables clínicas y sociodemográficas, 2) Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta CIDI para el diagnóstico de Depresión Mayor y Trastornos de Ansiedad de acuerdo a los criterios del DSM IV, 3) Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck (BDI y BAI), 4) Cuestionario de Perfil de Calidad de Vida en enfermos crónicos (PECVEC), 5) Cuestionario de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL), 6) Escalas de Afectividad positiva y Negativa (PANAS) y 7) Prueba de Hemoglobina Glucosilada A1c. Los instrumentos se aplicaron a los participantes consecutivos que aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria e informada. Se aplicó la ICC durante ocho sesiones semanales, de dos horas cada. Los instrumentos volvieron a aplicarse al final y a los tres y seis meses de la intervención. Los resultados se capturaron y analizaron en el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 10.0, PC. Se describió a la muestra con media y desviación estándar para variables continuas y frecuencias para las categóricas. Como pruebas de hipótesis se compararon las medias antes, después y a los tres y seis meses con base en un análisis multivariado de varianza de medidas repetidas, y se efectuaron correlaciones de Pearson y una regresión lineal para determinar la relación entre las diferentes variables sociodemográficas, médicas, psicológicas y psiquiátricas y la efectividad de la intervención. Se encontró una diferencia clínica y estadísticamente significativa entre las puntuaciones iniciales y finales de calidad de vida específica para diabetes, calidad de vida general relacionada con la salud, sintomatología depresiva y ansiosa, afectividad positiva y negativa, adherencia a tratamiento y control metabólico de la enfermedad. La mejoría clínica se mantuvo a los tres y seis meses de la intervención. El diagnóstico psiquiátrico se relacionó con mayor deterioro basal en calidad de vida. Empero las personas con trastornos del estado del ánimo y/o de ansiedad no presentaron diferencias significativas en la calidad de vida al final de la intervención, en comparación con los participantes sin diagnóstico psiquiátrico. Estos hallazgos sugieren que la ICC resultó efectiva para mejorar la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Se discuten las implicaciones del presente estudio y se plantean sugerencias para investigaciones posteriores.

Introducción

La *Diabetes Mellitus (DM)* es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, lo que aunado al impacto que conlleva en la *calidad de vida* de los sujetos que la padecen, la define como un problema de salud pública cuyo estudio, prevención y tratamiento multidisciplinarios resultan de importancia fundamental. En esta dirección, el abordaje de la *Psicología de la Salud* ha sido especialmente alentador. Ello en tanto a que son muchas las razones por las cuales las contribuciones de la Psicología son necesarias y benéficas para estos pacientes. En primer lugar, el tratamiento médico de esta enfermedad es complicado y requiere de modificaciones sustanciales en el estilo de vida de quienes la padecen. Es decir, el control de la enfermedad depende en buena medida de la *conducta* del paciente. Además, la diabetes se encuentra estrechamente relacionada con cambios afectivos, entre los que destaca la *depresión y la ansiedad*.

Con base en una revisión extensa de la literatura, es posible concluir que, en términos generales, la intervención psicológica es útil para optimizar el control de la enfermedad. De entre estas intervenciones destacan, por su número y efectividad, las generadas desde la perspectiva conductual. Así por ejemplo, se ha demostrado la utilidad de programas conductuales para optimizar el monitoreo de niveles de glucosa en sangre, controlar el peso y tratar las disfunciones sexuales de estos pacientes (Bradley, 1997). Empero, aún y cuando es evidente que una de las metas del tratamiento médico y psicológico de la enfermedad es el control de la misma, el bienestar psicológico del paciente puede y debe ser atendido con el mismo interés.

Sin embargo, aún resultan escasos los estudios dirigidos a determinar la efectividad de intervenciones psicológicas específicas para disminuir los problemas emocionales del paciente con DM y aumentar su calidad de vida en general. Por el contrario, la calidad de vida en DM es un área de estudio relativamente reciente, y no ha sido observada como variable dependiente principal de una intervención psicológica, sino como una forma de comparar la efectividad de diferentes tipos de tratamientos médicos.

En esta dirección el presente trabajo tiene como objetivo principal evaluar la efectividad de una intervención grupal, breve, cognitivo conductual para aumentar la calidad de vida de pacientes con DM. De manera adicional se evaluará la relación entre variables sociodemográficas, clínico-médicas y clínico-psiquiátricas y psicológicas y la efectividad de la intervención psicológica.

Cabe señalar, que una de las medidas mas importantes de la eficacia de la intervención sujeta a estudio es sin duda, la medida de calidad de vida específica para DM "DQOL". Es por esta razón que en una primera fase del trabajo de investigación se llevó a cabo la traducción y el estudio de las propiedades psicométricas de la versión en español de este instrumento.

De esta manera, el presente estudio consta de dos fases. En la primera de ellas se evalúa la Calidad de Vida de pacientes con DM tipo II con base en la versión en español del la medida de Calidad de Vida específica para Diabetes DQOL, para determinar las propiedades psicométricas del instrumento y documentar la relación entre la sintomatología depresiva y ansiosa y el deterioro de la calidad de vida de estos pacientes. En la segunda fase del estudio se evalúa propiamente la efectividad de la intervención psicológica para mejorar la calidad de vida de pacientes con DM Tipo II, diseñada por la que suscribe, con base en una revisión extensa de la literatura al respecto. Esta intervención se caracteriza por ser de tipo grupal, breve, manualizada y cognitivo conductual, lo que presume una utilidad clínica a bajo costo y de sencilla implementación.

A continuación se presenta el marco teórico de referencia del estudio. Este se encuentra dividido en tres grandes rubros. En el primero de ellos se brinda una descripción de las características de la DM a fin de facilitar la apreciación de los factores psicológicos con los que se encuentra íntimamente relacionada, y que ameritan la atención de los profesionales de la salud mental. Posteriormente se presentan los estudios de DM y calidad de vida, así como las formas de evaluación de este constructo. Finalmente, se analizan las intervenciones psicológicas diseñadas para pacientes con DM y aquellas dirigidas a mejorar la calidad de vida de pacientes con otras enfermedades crónicas, como antecedentes directos del presente estudio.

Posteriormente se presentan los objetivos, método, resultados y conclusiones de la primera fase del estudio, intitulada: "Evaluación de la calidad de Vida"; y finalmente lo correspondiente a la segunda fase del estudio: "Modificación de la Calidad de Vida".

Por su parte, el apartado de anexos contiene todas y cada una de las medidas utilizadas en el estudio, incluyendo la versión en español de la escala de calidad de vida específica para DM "DQOL", que se tradujo y de la que se obtuvieron las propiedades psicométricas como parte de este trabajo. Además se presentan: 1) el "Manual de terapia psicológica para mejorar la calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II", que contiene la descripción detallada de las actividades y los materiales didácticos de cada una de las sesiones de terapia; el diaporama utilizado para impartir la intervención, y 2) el "buzón de dudas" con las interrogantes planteadas por los participantes acerca de la Diabetes y su tratamiento.

Antecedentes

Diabetes Mellitus: Definición

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad endocrina y metabólica de curso crónico, que se caracteriza por una producción insuficiente de insulina pancreática y/o insulina no efectiva (Pohl, Gonder-Federick y Cox, 1984), lo que resulta en una anormal elevación de azúcar en sangre o hiperglucemia. La hiperglucemia aguda a su vez se relaciona con deterioros visuales, cambios en el humor, y deshidratación (Pohl, Gonder-Federick y Cox, 1984). La hiperglicemia de larga duración está asociada con enfermedad vascular, neuropatía, disfunción renal, daño visual e hipertensión. El infarto al miocardio es la causa mas común de muerte en DM. El estado opuesto fisiológico, la hipoglucemia aguda (peligrosos índices bajos de azúcar en sangre), que puede presentarse ante el consumo inadecuado de hipoglucemiantes, por ejemplo, produce irritabilidad, episodios de ansiedad, desorientación y coma.

Así, las complicaciones médicas mayores más frecuentemente asociadas a la Diabetes Mellitus son: 1) Cetoacidosis diabética y estado hiperglicémico hiperosmolar, 2) anormalidades vasculares, 3) Trastorno ocular por diabetes, 4) Complicaciones cardiovasculares, 5) trastorno cerebro vascular, 6) Pie diabético, 7) Neuropatía, y 8) problemas de los huesos, tendones y/o músculos. Además, entre algunos de los problemas concomitantes destacan: 1) hipertensión, y 2) hiperlipidemia y aterosclerosis.

A continuación se ofrece una breve descripción de las complicaciones más frecuentemente asociadas a la Diabetes (para una explicación detallada se sugiere Davidson, 2000).

1) Cetoacidosis: Aumento de las hormonas contra reguladoras que bloquean la acción de la insulina que da por resultado hiperglucemia, eliminación de glucosa por la orina, y deshidratación con pérdida de algunas sales (sodio y potasio). Generalmente se presenta con niveles de glucosa superiores a 250 mg/dl y se caracteriza por la aparición de cuerpos cetónicos (ácidos tóxicos) en sangre y orina. Los síntomas iniciales son: Poliuria (mucho orina), polidipsia (mucho sed), pérdida de peso, aliento cetónico (a frutas o vinagre), náuseas, vómito, dolor abdominal, deshidratación (boca y piel secas), respiración rápida y profunda, somnolencia y pérdida de conciencia.

2) Síndrome Hiperosmolar No cetónico: Complicación asociada con la presencia de una infección, la suspensión de tratamiento médico, traumatismos (accidentes, cirugías), trastornos emocionales, o por no continuar con el plan de alimentación. Los síntomas esenciales son: Poliuria, polidipsia, pérdida de peso, cansancio, glucosa superior a 600 mg/dl y deshidratación grave.

3) Neuropatía: Daño a sistema nervioso central que puede ocasionar problemas al corazón (taquicardias, presión arterial baja o infarto), estómago (problemas para vacío), intestino (diarrea, estreñimiento), vejiga (problemas para vacío), sexuales (impotencia), defectos en sudoración (nada o mucho). Los síntomas son: hormigueo, adormecimiento, sensación de frío o calor, dolor quemante o "punzante", disminución de sed y pérdida de la sensibilidad al dolor.

4) Pie diabético: Complicación debida a la mala circulación ante la incapacidad para defenderse contra las infecciones y por pérdida de sensibilidad.

5) Retinopatía: Daño en la retina por el exceso de glucosa en la sangre.

6) Nefropatía: Lesión de los pequeños vasos sanguíneos de los riñones y alteración de la capacidad para filtrar los desechos del organismo que provoca

insuficiencia renal. Puede llegar a necesitarse diálisis, que es una forma mecánica externa de ayudar a los riñones a eliminar las toxinas.

De acuerdo a Davidson (2000), el 30% de los pacientes con diabetes presentan complicaciones vasculares específicas como retinopatía o neuropatía.

Además, la prevalencia e incidencia de complicaciones crónicas es mayor en adultos mayores, en personas con sobrepeso y en aquellas con una historia familiar de Diabetes Mellitus (Davidson, 2000).

Finalmente, es importante señalar que el riesgo a presentar la enfermedad incrementa hasta en un 25% en personas con historia familiar de Diabetes, por lo que la prevención de la misma parte sin duda, entre otras cosas, de fomentar la evaluación temprana de los niveles de glucosa en sangre y la inclusión de un plan alimenticio y de ejercicio en el estilo de vida de los familiares de personas que padecen esta enfermedad.

Diabetes Mellitus: Clasificación

El término Diabetes Mellitus comprende un grupo de trastornos metabólicos que dan por resultado hiperglucemia.

Estos trastornos tienen diferentes etiologías, pero su manifestación común, la hiperglucemia, se asocia con complicaciones agudas y crónicas, independientemente de la etiología de base (Dagogo-Jack, S., 2001).

En la siguiente tabla se presenta la clasificación actual de Diabetes Mellitus y trastornos relacionados (Comité de Expertos en Diagnóstico y Clasificación de Diabetes de la Asociación Americana de Diabetes, 2000) (Para una revisión detallada de los tipos específicos de diabetes que se mencionan en la tabla se sugiere: Burger, H y cols, 2001).

Por su parte, la intolerancia a la glucosa se define como una glucemia mayor de 140 mg/dl, pero menor de 200 mg/dl, a las dos horas de la prueba de tolerancia oral a la glucosa; y la alteración de la glucemia en ayunas se define como una glucemia en ayunas de 110 mg/dl, pero menor de 126 mg/dl.

El Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes (1997) además de recomendar la modificación de la clasificación de esta enfermedad, sugirió también el cambio en los criterios diagnósticos de la misma. De acuerdo a Dinneen, S y Rizza, R (2001) la mayor diferencia entre los nuevos y antiguos criterios diagnósticos es la disminución en el punto de corte de glucosa para diagnosticar la enfermedad y el énfasis en evaluar la glucosa en plasma y no la tolerancia a glucosa oral. El nivel de glucosa en sangre requerido para el diagnóstico se redujo de 140 mg/dl a 126 mg/dl.

Diabetes Mellitus: Etiología y Tratamiento

La etiología de este padecimiento es multifactorial, y difiere sustancialmente entre los diferentes tipos de diabetes (Robbins y Kumar, 1987). Así por ejemplo, en la DM "tipo I" o "Insulino dependiente" el páncreas no produce insulina, probablemente debido a un proceso autoinmune (American Diabetes Association, ADA, 1996). En la DM "Tipo II" o "no insulino dependiente", que está asociada a la obesidad y a factores genéticos, el cuerpo se vuelve resistente a la insulina, y la producción de insulina es insuficiente para cubrir sus requerimientos (Pohl y cols, 1984; American Diabetes Association, 1996).

En términos generales, los objetivos del tratamiento médico de la DM son: aliviar los síntomas, lograr control metabólico y prevenir las complicaciones agudas y a largo plazo de la enfermedad.

El objetivo de control glucémico es el mismo para la Diabetes Tipo I y Tipo II: valores de glucemia preprnadal de 80-120 mg/dl, glucemia al acostarse de 100-140 mg/dl y hemoglobina A1c del 7% o menor. Este grado de control glucémico se ha asociado con el mínimo riesgo de complicaciones a largo plazo en personas con diabetes tipo I y II (Comité de Expertos en Diagnóstico y Clasificación de Diabetes de la Asociación Americana de Diabetes, 2000).

Para ello es necesario un plan integral de atención. De acuerdo a Dagogo-Jack (2001) puede usarse una regla mnemotécnica SEDEM para recordar las modalidades de atención de la Diabetes.

En la siguiente tabla se describen brevemente cada uno de estos elementos del tratamiento de la DM. Como puede observarse, el tratamiento de la DM incluye un gran repertorio de conductas, lo que implica un cambio substancial en el estilo de vida de quienes la padecen.

En términos generales, las conductas que debe llevar a cabo el paciente con DM incluyen:

- 1) Seguir una dieta estricta y cuidar su peso corporal,
- 2) Auto monitorear sus niveles de glucosa en sangre y/o en orina,
- 3) Hacer ejercicio,
- 4) Cumplir con las indicaciones farmacológicas correspondientes, y
- 5) Realizar visitas a diferentes especialistas de la salud.

Tabla 2. Modalidades de atención de la DM.

<p>Seguimiento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Hemoglobina A1c es un parámetro integrado del perfil de glucemia en los 2-3 meses precedentes. Se debe determinar aproximadamente cada 3 meses. 2. El control de glucemia por el propio paciente es un instrumento importante del manejo de la diabetes y se recomienda en todos los casos. 3. La glucosuria se correlaciona mal con la glucemia, depende del umbral renal de glucosa, y solo se debe utilizar para controlar el tratamiento de la diabetes si no es práctico el control de glucemia por el propio paciente. 4. La cetonuria refleja la cetonemia y debe controlarse con tiras o tabletas reactivas durante enfermedades febriles o hiperglucemia persistente, o al aparecer signos de cetoacidosis diabéticas inminente (p.ej., náuseas, vómito, dolor abdominal).
<p>Educación</p>	<p>La educación del paciente es básica para el manejo exitoso de la diabetes. Se debe reforzar la educación en Diabetes en toda oportunidad, sobre todo durante la hospitalización por complicaciones relacionadas.</p>
<p>Dieta</p>	<p>Es conveniente una dieta balanceada que brinde nutrición adecuada y mantenga un peso saludable. Se recomienda restringir las calorías a las personas con sobrepeso. Es apropiado un aporte del 10-20% de la ingestión calórica total como proteínas y menos del 30% como grasas totales (con menos del 10% de grasas saturadas) Por lo general se autoriza una ingestión de proteínas de 0.8 g/kg/día a los pacientes con nefropatía diabética. Algunas veces se puede considerar una restricción aún mayor de la ingesta proteica (0.6 g/kg/día) a medida que se deteriora la función renal. El aporte de hidratos de carbono se debe calcular para cada caso en función del control glucémico, los lípidos plasmáticos y los objetivos de peso.</p>
<p>Ejercicio</p>	<p>El ejercicio mejora la sensibilidad de la insulina, reduce la glucemia en ayunas y posprandial, y brinda numerosos beneficios metabólicos, cardiovasculares y psicológicos a las personas con Diabetes.</p>
<p>Medicamentos</p>	<p>Los medicamentos prescritos para tratar la diabetes son insulina e hipoglucemiantes orales. Las personas con DM tipo I requieren tratamiento con insulina de por vida, mientras que aquellas con tipo II responden inicialmente a hipoglucemiantes orales, pero pueden necesitar de insulina a medida que progresa la enfermedad.</p>

Diabetes Mellitus: Epidemiología.

La DM es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la población general. De acuerdo a la ADA (1996) la prevalencia de DM en Estados Unidos se ha estimado en un 6%. Por su parte, Jarret (1986) sugiere que esta enfermedad está presente en el 1-3% de la población, y que alrededor de un 5-10% de los individuos que la padecen tienen más de cuarenta años de edad. La DM es diagnosticada a un 2-3% de la población inglesa, y los estudios comunitarios sugieren que un porcentaje similar padece la enfermedad aunque no cuente con el diagnóstico (Yudkin, Forrest, Jackson, Burnett y Gould, 1993).

Como puede observarse, los índices de prevalencia de la enfermedad muestran una franca variación alrededor del mundo. La DM es un padecimiento raro en algunas comunidades indígenas poco industrializadas, pero los índices de prevalencia en poblaciones Arabes Indoasiáticas, Chinas e Hispanoamericanas llegan hasta el 14% (King y Rewers, 1993).

En México, la DM constituye una de las primeras causas de mortalidad en la población general. La población mexicana presenta una de las prevalencias más altas de DM del mundo. Además, esta alta prevalencia se ha mantenido a lo largo del tiempo (Secretaría de Salud, 1993, 1995, 1999 y 2000).

Así por ejemplo, ya desde principios de los 90's, Castro y cols. (1996) con base en los datos de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 determinaron que la prevalencia nacional de DM en la población de 60 a 69 años era del 21%. Posteriormente y de acuerdo al INEGI, Secretaría de Salud en 1999 la Diabetes Mellitus era ya la tercera causa de muerte en la población general (precediéndole tan solo las enfermedades cardiovasculares, y los tumores), y la primera causa de muerte en población entre 55 y 64 años. Del total de

defunciones anuales en la población general (443,950, Tasa por 1000,000 habitantes 452.4), poco más del 10% se debieron a la Diabetes Mellitus (45,632 defunciones, que corresponden a una tasa por 100,000 habitantes de 46.5); y en el 2000, 18 998 personas en edad productiva fallecieron debido a esta enfermedad (Secretaría de Salud, 2000).

Cabe señalar que diversos autores han presentado evidencia nacional de preponderancia de la enfermedad en mujeres, en comparación con hombres (relación 3:2) (Zubirán y Chavez, 1984; García de Alba y Ríos, 1989; Castro, Gómez, Negrete y Tapia, 1996).

Diabetes Mellitus: Variables psicológicas relacionadas

Davis y cols. (1988) señalan que el estado psicológico del paciente diabético es el quinto predictor de mortalidad de esta enfermedad, y el mejor predictor de entre muchas variables clínicas y fisiológicas.

Las razones primordiales para la referencia a tratamiento psicológico de pacientes con DM son, a saber: a) pobre adherencia a régimen de tratamiento médico, b) pobre ajuste a la enfermedad, c) trastornos psiquiátricos (mayormente depresivos y de ansiedad), d) efectos fisiológicos del estrés que exacerban la enfermedad, e) trastornos de alimentación, y f) deterioro cognoscitivo.

Aikens y Wagner (1998) clasificaron 65 referencias consecutivas de pacientes con enfermedades endócrinas (90% diabéticos) al servicio de Endocrinología Conductual de la Universidad de Chicago (Behavioral Endocrinology Service, University of Chicago), con base en el problema primario presentado de acuerdo a la clasificación de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica

Americana "DSM IV". Las razones de referencia al servicio de psicología de estos pacientes son en su mayoría por trastornos depresivos (depresión 17% y distimia 8%), estrés que afecta la enfermedad (21%), trastornos de ansiedad (Fobia específica 8%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 4%, trastorno de ansiedad generalizada) y pobre adherencia al régimen médico (13%), deterioro cognoscitivo (13%) y trastornos de ajuste (8%). Además el 35% de la muestra presentaron criterios para más de un diagnóstico psiquiátrico.

Como puede observarse, la DM se encuentra estrechamente relacionada con cambios afectivos, entre los que destaca la ***depresión y la ansiedad***.

La depresión se considera una alteración o trastorno del estado de ánimo cuya sintomatología esencial comprende uno o más episodios depresivos.

El episodio depresivo hace referencia a un periodo, de por lo menos dos semanas, en el que un estado de ánimo disfórico se asocia con alguno de los siguientes síntomas: agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de la energía, sentimientos excesivos de culpa, dificultades de pensamiento y concentración, cambios de peso corporal ante alteraciones en el apetito, disturbios en el dormir, e ideas de muerte o suicidio o intentos suicidas (American Psychiatric Association, 1994).

Los estudios epidemiológicos concuerdan con una prevalencia de depresión a lo largo de la vida de al menos el 5-10% de la población general, y se ha estimado que es mayor en mujeres que en hombres (Boyd, y Weissman, 1981 Robins y cols., 1991).

Diversos estudios controlados sugieren que la prevalencia de depresión es más alta en pacientes con Diabetes en comparación con la población general (Weyerer, Hewer, Pfeifer-Kurda y Dilling, 1989; Popkin, Callies, Lentz, Colon y Sutherland, 1988; Tun, Nathan y Perimuter, 1990; Gavard, Lustman y Clouse,

1993). Además se ha demostrado que la depresión en personas con diabetes está asociada con al menos:

- a) Pobre control metabólico (Lustman, Griffith y Clouse, 1986; Mazze, Lucido y Shamoan, 1984; Vander Does, DeNeeling, Snoek, Costéense, Grootenhuis y Bouter, 1996; Lustman, Anderson, Freedland, Groot, Carney y Clouse, 2000),
- b) Incremento en el riesgo de complicaciones médicas,
- c) Disminución en la adherencia a tratamiento (Lustman, Griffith y Clouse, 1988; Sachs, Spiess, Moser, Prager, Kunz y Schernthaner, 1991; McGill; Lustman, Griffith, Freedland, Gavard y Clouse, 1992), e
- d) Deterioro importante de la calidad de vida de los pacientes con diabetes (Lustman y cols.,1999)

Por su parte, la ansiedad es un estado de ánimo que clínicamente puede presentarse en una variedad de trastornos, a saber: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, fobia simple, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, y trastorno por estrés postraumático. Tomados juntos, los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia a lo largo de la vida de 10 a 20 % en población general, y son así, las enfermedades mentales de mayor prevalencia en la población general (Winokur y Clayton, 1994).

El ***trastorno de ansiedad generalizada*** (TAG) se define como la presencia de humor ansioso intermitente durante un mes o más, que se manifiesta en tensión motora, hiperactividad vegetativa, expectación aprensiva y vigilancia y escudriñamiento (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994). Los estudios epidemiológicos han demostrado que el TAG es uno de los trastornos de ansiedad más comunes. La prevalencia a lo largo de un año se estima entre el 2 y 3.6 %, y la prevalencia a lo largo de la vida entre el 4.1 y 6.6 % de la población general. Los índices de prevalencia han sido más altos en mujeres y en personas menores de 30 años de edad (Blazer, 1991).

El **trastorno de pánico** (TP) se caracteriza por una iniciación impredecible de ansiedad grave que se manifiesta como ataque de pánico. El ataque de pánico se define como una aparición súbita de ansiedad intensa, miedo y terror. La gran mayoría de los pacientes con TP desarrollan **agorafobia**. La agorafobia puede definirse como el miedo a las situaciones en las que el escape puede ser difícil o la ayuda puede no estar disponible (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994).

Una **fobia simple** es el miedo excesivo a un objeto o situación (estímulo fóbico), que produce su evitación o contacto con intenso. Por su parte, la **fobia social** se define como un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones que implican la exposición ante personas no familiares o a la posible evaluación por parte de los demás malestar (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994).

El **trastorno obsesivo compulsivo** se caracteriza por obsesiones y compulsiones recurrentes, de severidad suficiente para interferir con la vida del individuo que las padece. Las **obsesiones** son ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se experimentan, al menos inicialmente, como intrusivas, y son reconocidas como producto de la mente (a diferencia de los delirios y la inserción de pensamiento). Por su parte, las **compulsiones** son conductas repetitivas, propositivas e intencionales que son ejecutadas en respuesta a la obsesión, de acuerdo a ciertas reglas o de forma estereotipada (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994).

El **trastorno por estrés post traumático** consiste en la presentación de recuerdos intrusivos, anestesia emocional y un estado de hiperactivación autonómica desencadenados por un factor estresante extremo (Hales, Yudofsky y Talbott, 2001).

Los trastornos de ansiedad en pacientes con Diabetes Mellitus tienen una alta prevalencia a lo largo de la vida, en comparación con la población general: 40.9% para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), del 26.3% para la fobia

simple, del 15.8% para la agorafobia, 10.5% para la fobia social, 3.5% de trastorno de pánico, y de 0.9% para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Lustman, Griffith, Cluse y Cryer, 1986).

Como puede observarse, el trastorno de ansiedad más común de esta población es sin duda el de ansiedad generalizada (TAG), y se ha demostrado que está asociado con pobre control metabólico (Turkat, 1982). Además, es bien sabido que el estrés juega un papel central en el curso de la diabetes (para una revisión extensa ver: Surwit y Schneider, 1983).

Finalmente, otro de los problemas más frecuentes de personas con DM es la **falta de adherencia al tratamiento**. El término adherencia es usado para denotar el grado en que una conducta (tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la salud (Meichenbaum y Turk, 1987, citado en Rodríguez, 1999). Se estima que del 35 al 50% de los pacientes fallan al seguir las instrucciones de su médico tratante (Gillum y Barsky, 1974). La adherencia al tratamiento médico de la diabetes es especialmente pobre, en tanto las características del régimen diabético (complejo, crónico, demandante y responsable del paciente).

Los estudios sugieren que aproximadamente el 80% de los pacientes comete errores en la administración de insulina (Hulka, Cassel, Kupper, y Burdette, 1976), 75% de los pacientes tratados fracasan con el régimen dietario prescrito, 50% demuestran insatisfacción con el cuidado en la comida y 45% ejecutan incorrectamente la prueba de azúcar en orina (Watkins, Williams, Martin, Hogan y Anderson, 1967). Cerkoney y Hart (1980) reportaron que solo uno de cada tres pacientes insulino dependientes siguen el programa de tratamiento multifacético de su enfermedad. Así, la adherencia al tratamiento de la diabetes es probablemente uno de los objetivos más importantes de una intervención psicológica y conductual. El paciente debe obedecer los requerimientos que demanda el manejo de las diabetes en el entendido de que de otra manera las complicaciones eventuales son prácticamente inevitables.

Se han identificado un buen número de variables psicológicas relacionadas con la adherencia al tratamiento y la conducta de auto cuidado, entre las que destacan ciertas características individuales del paciente, los factores familiares y sociales y los factores ambientales y contingencias conductuales (Cox y Gonder-Frederick, 1992).

Las características personales que se han relacionado con el auto cuidado y la adherencia al tratamiento incluyen: la ansiedad, la depresión (Nagasawa, Smith, Barnes y Ficham, 1990), ciertos rasgos de personalidad (Lustman, Frank y McGill, 1991), habilidades de afrontamiento (Delamater, Kurts, Bubb, White y Santiago, 1987) y las creencias acerca de la enfermedad y las propias habilidades para el auto cuidado (Harris, Skyler, Linn, Pollack y Tewksbury, 1982; Glasgow, McCaul y Schafer, 1987).

Calidad de Vida y Diabetes Mellitus

Después de una revisión vasta de la literatura relacionada con la DM, es posible concluir que, el control metabólico es sin duda uno de los barómetros mas empleados para evaluar el estado de salud del paciente, y es sin embargo, muy complicado, multidimensional y multideterminado. Por esta razón, es conveniente que al tratamiento médico tradicional se sume una intervención psicológica que promueva la adherencia al régimen de tratamiento, y la modificación de las variables psicológicas y ambientales relacionadas estrechamente con la enfermedad. Además, si bien es cierto que es importante que las personas logren el control de síntomas físicos, también lo es que lo hagan con una calidad de vida aceptable.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la salud y enfermedad deben ser entendidas desde una perspectiva biopsicosocial. La mera ausencia de síntomas físicos no implica salud, y las intervenciones terapéuticas deben entonces ocuparse de los aspectos psicológicos y sociales que forman parte sustancial de la enfermedad de un individuo. Los profesionales de la salud deben comprometerse pues con la calidad de vida de sus pacientes, y no únicamente con el alivio de sus síntomas físicos.

Calidad de Vida: Definición

El concepto "calidad de vida" ha mostrado considerables variaciones a lo largo del tiempo. La mayoría de estas variaciones han consistido en ampliaciones en la definición del concepto (para una revisión detallada ver Moreno y Ximenez, 1996). Inicialmente, el término "calidad de vida" inicialmente se refería al cuidado de la

salud personal, después se adhiere la preocupación por la salud e higiene públicas, se extiende entonces a los derechos humanos, laborales, ciudadanos, continua con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud.

En la actualidad el concepto "calidad de vida" hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; y puede ser definida, en términos generales, como una **medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo** (Levi y Anderson, 1980).

Andrews y Withey (1976) proponen que la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por parte del individuo. En esta dirección la calidad de vida puede entenderse como el **conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual** (Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban, 1982).

Desde esta perspectiva, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al **tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria**. Así, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de la misma. El juicio exclusivo de los agentes de salud (médico, psicólogo, etc.) no es suficiente para evaluar la calidad de vida, y entonces debe contarse además con la propia evaluación de los sujetos (Slevin, Plant y Lynch (1988).

Existe una tendencia general y creciente a evaluar el impacto de una enfermedad crónica y de sus tratamientos en términos de la influencia de los mismos en la calidad de vida. Además, diversos autores han sugerido que es necesario conceptualizar a la calidad de vida y el bienestar psicológico como variables tan relevantes como la mejoría de síntomas físicos en pacientes con enfermedades crónicas.

Existen dos tipos de evaluación de la calidad de vida: **las medidas generales y las específicas.**

Las **medidas generales** o no específicas se han desarrollado con la finalidad de evaluar el funcionamiento de pacientes con cualquier enfermedad, y la mayoría de las que se utilizan a la fecha se han basado en el modelo conceptual multidimensional de calidad de vida. Estas formas de evaluación son útiles para estudios en donde se comparan a diferentes enfermedades, y para estudios de costo de las intervenciones para el tratamiento de las mismas. Empero, algunos investigadores han sugerido que son menos sensibles a los cambios en el funcionamiento en comparación con las medidas específicas (Guyatt, Bombardier y Tugwell, 1986).

Por su parte, las **medidas específicas** de calidad de vida ofrecen la posibilidad de evaluar diferencias sutiles y problemas específicos de una enfermedad en particular. De esta manera, la forma ideal de evaluación de calidad de vida incorpora medidas generales y específicas de la enfermedad sujeta a estudio (Jacobson, de Groot y Samson, 1994).

Calidad de Vida de personas con Diabetes Mellitus

La DM es una de las típicas crónicas que pueden influir en la calidad de vida de los sujetos que la padecen, en tanto las consecuencias y tipo de tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, poco se sabe acerca de los efectos de este tipo de trastornos en la calidad de vida de los pacientes. De hecho, la evaluación de la calidad de vida en Diabetes es francamente reciente. Por esta razón, no hay todavía un cuerpo consistente de información acerca de este aspecto de la Diabetes o de su tratamiento (Jacobson, de Grott y Samson, 1995).

Evaluación de la Calidad de vida en Diabetes Mellitus

La primera forma de evaluación específica de la DM fue desarrollada en 1988 por el grupo DCCT de Investigación para evaluar la calidad de vida relacionada con los tratamientos intensivos de la enfermedad (Jacobson, de Groot y Samson, 1995).

En un escrutinio nacional se observó que los sujetos con diabetes de ambos tipos experimentaron un decremento importante en su calidad de vida en comparación con sujetos sanos (Stewart, Greenfield y Hays, 1989). Este hallazgo resulta consistente con el reportado por Wells y cols. (1988), quienes con base en un estudio psiquiátrico comunitario mostraron que los índices de depresión observados en pacientes con diabetes son mas altos que los de la comunidad sana.

Por su parte Jacobson y cols. (1994) demostraron que la calidad de vida de pacientes con Diabetes presenta un decremento en tanto que aumenta la severidad de complicaciones médicas de la enfermedad. Wikby y cols. (1993), con

A continuación se ofrece una breve descripción de las técnicas terapéuticas utilizadas para lograr estos objetivos.

Intervenciones psicológicas para aumentar la adherencia a tratamiento

En estricto sentido, el tratamiento de la DM depende de la conducta del paciente, e implica un cambio substancial en su estilo de vida. El paciente debe obedecer los requerimientos que demanda el manejo de la diabetes en el entendido de que de otra manera las complicaciones eventuales son prácticamente inevitables. En esta dirección, uno de los objetivos más importantes de las intervenciones psicológicas para estos pacientes es lograr una adecuada adherencia terapéutica. Se ha sugerido incluso que el objetivo principal del psicólogo, como parte del grupo multidisciplinario para tratamiento de la Diabetes, es justamente ayudar al paciente a mejorar los niveles de adherencia a tratamiento (Murguía, 2001):

En los últimos veinte años ha incrementado el interés por el desarrollo de estrategias para aumentar la adherencia terapéutica de estos pacientes, y se han publicado una buena cantidad de estudios para determinar la efectividad de estas intervenciones (para una revisión de programas conductuales para niños y adultos en español ver: Fernández y Pérez, 1987; Olivares, Méndez, Bermejo y Ros, 1997; Beléndez, 1994). Sánchez y cols. (1998) demostraron, con base en un meta análisis de los estudios de terapia conductual para el tratamiento de la Diabetes en España, que las intervenciones diseñadas para fomentar la adherencia a tratamiento alcanzaron altos tamaños de efecto.

Las estrategias conductuales que han demostrado ser efectivas para incrementar la adherencia terapéutica en una gran variedad de tratamientos médicos incluyen: **1) asignación de tareas específicas** (en donde se define claramente lo

A continuación se ofrece una breve descripción de las técnicas terapéuticas utilizadas para lograr estos objetivos.

Intervenciones psicológicas para aumentar la adherencia a tratamiento

En estricto sentido, el tratamiento de la DM depende de la conducta del paciente, e implica un cambio substancial en su estilo de vida. El paciente debe obedecer los requerimientos que demanda el manejo de la diabetes en el entendido de que de otra manera las complicaciones eventuales son prácticamente inevitables. En esta dirección, uno de los objetivos más importantes de las intervenciones psicológicas para estos pacientes es lograr una adecuada adherencia terapéutica. Se ha sugerido incluso que el objetivo principal del psicólogo, como parte del grupo multidisciplinario para tratamiento de la Diabetes, es justamente ayudar al paciente a mejorar los niveles de adherencia a tratamiento (Murguía, 2001):

En los últimos veinte años ha incrementado el interés por el desarrollo de estrategias para aumentar la adherencia terapéutica de estos pacientes, y se han publicado una buena cantidad de estudios para determinar la efectividad de estas intervenciones (para una revisión de programas conductuales para niños y adultos en español ver: Fernández y Pérez, 1987; Olivares, Méndez, Bermejo y Ros, 1997; Beléndez, 1994). Sánchez y cols. (1998) demostraron, con base en un meta análisis de los estudios de terapia conductual para el tratamiento de la Diabetes en España, que las intervenciones diseñadas para fomentar la adherencia a tratamiento alcanzaron altos tamaños de efecto.

Las estrategias conductuales que han demostrado ser efectivas para incrementar la adherencia terapéutica en una gran variedad de tratamientos médicos incluyen: **1) asignación de tareas específicas** (en donde se define claramente lo

que debe hacerse), **2) entrenamiento en habilidades para desarrollar nuevas conductas relacionadas con el tratamiento,** **3) Enlistar conductas específicas,** **4) Jerarquizar las conductas de auto cuidado** de acuerdo a las necesidades particulares del paciente, **5) Formular aproximaciones sucesivas al régimen de tratamiento ideal** (y no pretender que el paciente adquiera todo el complejo patrón conductual de una sola vez), **6) Entrenar en Auto monitoreo de conductas relevantes para el tratamiento,** **7) Determinar claves o señales ambientales, y** **8) Reforzar las conductas nuevas** que sean deseables para el tratamiento (Dunbar, Marshall y Hovell, 1979; Shelton y Levy, 1981; Stunkard, 1979; Delbrinde, 1975; Alogna, 1980; Lowe y Lutsker, 1979).

Recientemente, Safren (2000) propuso una intervención cognitivo conductual para incrementar la adherencia al tratamiento que puede aplicarse a todas las enfermedades médicas y psicológicas (*Life Steps Program*), y que está basada en los modelos de *Creencia de Salud* (Health Belief Model) y de *auto eficacia* (Self Efficacy Model).

En términos generales la intervención se compone de:

- a) Psicoeducación, para incrementar la credibilidad, confianza y expectativas del tratamiento;
- b) Modificación Cognitiva, para maximizar las estrategias de pensamiento adaptativo;
- c) Modificación Conductual, para identificar y cambiar las conductas que mantienen el problema identificado; y
- d) Práctica.

Cabe agregar que este programa tiene la ventaja de ser de fácil y pronta aplicación, y contempla las principales técnicas que han demostrado ser efectivas para aumentar la adherencia a tratamiento en DM. Por esta razón es el que se aplica como parte de la intervención psicológica sujeta a estudio en el presente trabajo.

Intervenciones psicológicas para el tratamiento de problemas físicos relacionados con la Diabetes.

La Diabetes Mellitus, como la mayoría de las enfermedades crónicas, generalmente se acompaña de otras condiciones o problemas físicos que ameritan tratamiento médico y /o psicológico. Tal es el caso de los trastornos sexuales, sobrepeso, altos índices de colesterol y/o la hipertensión, que acompañan frecuentemente a los adultos con Diabetes Mellitus.

Las contribuciones de la Psicología en este terreno han atraído la atención en las últimas décadas y resultan sumamente importantes, pues aún y cuando existen opciones farmacológicas y quirúrgicas para el tratamiento de los problemas sexuales y de sobre peso, estas intervenciones implican riesgos considerables de complicaciones para estos pacientes, y no así la terapia psicológica.

El trastorno sexual más frecuente en los pacientes con Diabetes Mellitus es sin duda el trastorno de erección en el varón (disfunción eréctil). Este problema se caracteriza por la incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual, lo que provoca un malestar acusado en la relación interpersonal. La terapia de grupo, la terapia de pareja, la hipnoterapia y la desensibilización sistemática son útiles para el tratamiento de este problema, y actúan reduciendo la ansiedad asociada a la actividad sexual (Becker, Jonson y Kavoussi, 2001; Leiblum y Rosen, 1991).

El peso corporal excesivo es otro de los problemas que frecuentemente aquejan a los pacientes con Diabetes Mellitus y resulta un obstáculo para el control efectivo de la enfermedad. Existen programas de tratamiento psicológico que han demostrado ser de suma utilidad para lograr una franca disminución de peso corporal en estos pacientes. Además, estos programas impactan

positivamente en el control de la glucosa y reducen los riesgos de complicaciones vasculares. Estos programas incluyen una combinación de educación nutricional, técnicas de modificación conductual, dietas muy bajas en calorías y ejercicio. Empero, el problema aún es el mantenimiento del bajo peso corporal, pues generalmente los pacientes vuelven a recuperar los kilos perdidos (Wing, 1993).

Finalmente, en lo concerniente a los niveles de colesterol de las personas con diabetes, resulta alentador que de manera reciente, Cabrera-Pivaral y cols. (2001), demostraron que una intervención educativa participativa y dirigida a promover nuevos estilos de vida contribuye a mejorar los niveles plasmáticos de LDL-colesterol en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

Intervenciones psicológicas para optimizar el automonitoreo de glucosa en sangre

El auto monitoreo u observación y registro de los niveles de glucosa en sangre o en orina es una de las actividades centrales del tratamiento de los pacientes con DM. Esta actividad puede realizarse varias veces al día, pues determina en buena medida los pasos subsecuentes del tratamiento de la enfermedad (toma de medicamento o inyección de insulina y/o dieta alimenticia).

Existen intervenciones psicológicas dirigidas a optimizar esta actividad, entre las que destacan, por su efectividad y sencillez de aplicación, las emanadas desde la perspectiva conductual. La investigación en esta área permite concluir que: 1) La mayoría de los pacientes puede aprender a auto monitorear o detectar cambios importantes en los niveles de glucosa en sangre; 2) Los síntomas físicos y emocionales son útiles para detectar la disminución de niveles de glucosa en sangre; 3) Los síntomas físicos y emocionales asociados a los niveles bajos de

glucosa en sangre son ideosincráticos; y 4) Es necesario que los entrenamientos (y tecnología) en monitoreo de glucosa en sangre incluyan información acerca de las acciones que debe realizar el paciente cuando detecta anomalías (Bradley, 1997).

Cox, Gonder-Frederick y cols (1992) desarrollaron un entrenamiento en auto monitoreo de niveles de glucosa en sangre que ha demostrado ser sumamente efectivo para que los pacientes detecten índices anormales de azúcar y optimicen su control metabólico. El entrenamiento consiste en enseñar el uso del monitor de glucosa en sangre, los síntomas asociados a las puntuaciones del mismo, y las claves ambientales y el estado anímico relacionado con las variaciones de glucosa en sangre.

Intervenciones psicológicas para controlar emociones negativas

Sin duda alguna, una de las contribuciones más importantes del psicólogo clínico y de la salud en el tratamiento de las enfermedades crónicas, es su intervención para aliviar las quejas emocionales del paciente.

Estrés y Diabetes Mellitus

El entrenamiento en manejo de estrés debe ser prácticamente rutinario en el paquete de tratamiento convencional de la DM. Este tratamiento incluye, generalmente, un entrenamiento para que los pacientes aprendan a detectar sus muy particulares respuestas a diferentes eventos estresantes con base en el monitoreo de la glucosa en sangre, y técnicas de relajación. El entrenamiento en manejo de estrés en general, y las técnicas de relajación en lo particular (y en virtud de que pueden reducir la actividad adrenocortical: Jevning, Wilson y Davidson, 1978) han demostrado ser muy útiles para mejorar el control de glucosa en sangre.

y reducir riesgos de complicaciones a largo plazo, para reducir requerimientos de insulina y para aumentar el bienestar general del paciente (Fowler, Budzynski y Vandenbergh, 1976; Seeburg y DeBoer, 1980).

Depresión, Ansiedad y Diabetes Mellitus

En las últimas décadas, la Terapia Cognitivo Conductual se ha utilizado de forma muy exitosa para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa, tanto en la población general, como en las personas con enfermedades crónicas.

Lustman y cols. (1998) demostraron que la Terapia Cognitivo Conductual para la Depresión (CBT; ver Beck, Rush, Shaw y Emeru, 1979) es efectiva para la remisión de síntomas depresivos en una muestra de pacientes con DM, y que además impacta de forma positiva en los índices de hemoglobina glucosilada.

Por su parte, Ellis (1997), autor de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), subraya la importancia de incorporar técnicas de la TREC en el tratamiento psicológico de la enfermedad, en tanto que permiten aumentar la tolerancia a la frustración, lograr la aceptación estoica de la enfermedad, y detener la auto denigración que caracteriza a estos pacientes.

También existen intervenciones cognitivo conductuales específicas para los trastornos de ansiedad, que tienen por objetivo general el enseñar estrategias de afrontamiento para alterar los factores de mantenimiento de la ansiedad, - más que las causas etiológicas distales - (para una revisión de intervención para trastorno de ansiedad generalizada ver: Brown, O'Leary y Barlow, 1993; para trastorno de pánico y agorafobia ver Craske y Barlow, 1993; para trastorno obsesivo compulsivo ver Riggs y Foa, 1993, y para fobia social ver: Hope y Heimberg, 1993).

Cabe señalar que, sin duda alguna, el tratamiento más efectivo de la Depresión y la Ansiedad es la combinación de la psicoterapia con la medicación,

por lo que resulta idóneo el trabajo conjunto de un médico psiquiatra y un psicólogo, - cómo en prácticamente todos los problemas de salud mental -.

Intervenciones Psicológicas para mejorar la Calidad de Vida de personas con Enfermedades Crónicas

Sin duda alguna las condiciones estresantes y crónicas producen un deterioro importante en la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Entre estas condiciones destacan las enfermedades crónicas, como la Diabetes Mellitus.

Así, aunque el control metabólico es uno de los barómetros más empleados para evaluar la efectividad del tratamiento médico y psicológico de la Diabetes Mellitus, este no debe ser la única meta de una intervención terapéutica. La calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas puede y debe ser un objetivo de tratamiento tan importante como el control mismo de los síntomas físicos de la enfermedad.

Existen algunas intervenciones diseñadas específicamente para impactar positivamente en la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Este es el caso de la intervención cognitivo conductual diseñada específicamente para restaurar la calidad de vida con pacientes con VIH SIDA, por González Puente (2001). Esta intervención demostró ser útil para modificar favorablemente las puntuaciones totales de una escala de calidad de vida específica para VIH SIDA, con base en la conducción de sesiones grupales orientadas a enseñar estrategias conductuales y cognitivas para mejorar cada una de las dimensiones de calidad de vida evaluadas.

Barrón-Rivera y cols. (1998), demostraron la efectividad de una intervención educativa para aumentar la calidad de vida de personas con hipertensión. Esta intervención consistió en seis sesiones individuales mensuales en donde se

por lo que resulta idóneo el trabajo conjunto de un médico psiquiatra y un psicólogo, - cómo en prácticamente todos los problemas de salud mental -.

Intervenciones Psicológicas para mejorar la Calidad de Vida de personas con Enfermedades Crónicas

Sin duda alguna las condiciones estresantes y crónicas producen un deterioro importante en la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Entre estas condiciones destacan las enfermedades crónicas, como la Diabetes Mellitus.

Así, aunque el control metabólico es uno de los barómetros más empleados para evaluar la efectividad del tratamiento médico y psicológico de la Diabetes Mellitus, este no debe ser la única meta de una intervención terapéutica. La calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas puede y debe ser un objetivo de tratamiento tan importante como el control mismo de los síntomas físicos de la enfermedad.

Existen algunas intervenciones diseñadas específicamente para impactar positivamente en la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Este es el caso de la intervención cognitivo conductual diseñada específicamente para restaurar la calidad de vida con pacientes con VIH SIDA, por González Puente (2001). Esta intervención demostró ser útil para modificar favorablemente las puntuaciones totales de una escala de calidad de vida específica para VIH SIDA, con base en la conducción de sesiones grupales orientadas a enseñar estrategias conductuales y cognitivas para mejorar cada una de las dimensiones de calidad de vida evaluadas.

Barrón-Rivera y cols. (1998), demostraron la efectividad de una intervención educativa para aumentar la calidad de vida de personas con hipertensión. Esta intervención consistió en seis sesiones individuales mensuales en donde se

enseñaba al paciente acerca de su padecimiento y la repercusión de su estilo de vida en el control de la enfermedad.

Por su parte, Sharpe y cols. (2001) encontraron que ciertas estrategias cognitivo conductuales pueden ser útiles para facilitar la adaptación a la enfermedad de pacientes con Artritis reumatoide. En su estudio, un psicólogo clínico experimentado impartió 8 sesiones individuales a tres pacientes. Las sesiones fueron estructuradas por medio de manuales de tratamiento. Los componentes del tratamiento fueron: 1) educación acerca de la enfermedad, 2) entrenamiento en relajación, 3) Estrategias de solución de problemas enfocadas a problemas particulares identificados por los pacientes, 4) Explicación del modelo cognitivo y reestructuración cognitiva de creencias inadecuadas relacionadas con la enfermedad con base en el cuestionamiento socrático, 5) Comunicación y asertividad para ayudar a los pacientes a comunicarse efectivamente con sus familiares acerca de su enfermedad, y 6) una sesión final que incluyó estrategias de prevención de recaídas y mantenimiento de ganancias.

Intervención psicológica para mejorar la Calidad de Vida de pacientes con Diabetes: lineamientos generales

A lo largo del texto ha sido posible observar que la contribución de la Psicología en el tratamiento de la Diabetes Mellitus es vasta. En la actualidad se dispone de intervenciones psicológicas efectivas para lograr el control metabólico y tratar los problemas físicos y psicológicos asociados con la enfermedad, entre las que destacan las emanadas desde la perspectiva cognitivo conductual. Basta una revisión de la literatura al respecto para darse cuenta de que la intervención terapéutica por excelencia para la Diabetes Mellitus incluye el tratamiento psicológico, - además del régimen de cuidado tradicional -.

Empero, el control metabólico ha sido la medida por excelencia de la eficacia de las intervenciones psicológicas, y no así la calidad de vida de los pacientes. Y, “aunque el control glicémico es uno de los aspectos centrales de las intervenciones, otros aspectos deben ser tomados en cuenta, incluyendo la adherencia a tratamiento, el funcionamiento psicológico y la calidad de vida” (Delamater, Jacobson, Anderson, Cox, Fisher, Lawrence, Lustman, Rubin y Wysocki, 2001).

Además, en México, como en la mayoría de los países en desarrollo y subdesarrollados, aún resulta raro que los pacientes con enfermedades crónicas en general (y con Diabetes Mellitus, en lo particular) puedan gozar de una atención psicológica especializada. Ello en virtud de que son pocos los profesionistas que cuentan con las habilidades necesarias para impartir las intervenciones que hemos expuesto, y generalmente el tratamiento implica un costo económico que el paciente o las instituciones no pueden dispensarse.

En esta dirección resulta importante el entrenamiento de profesionales de la salud en estas técnicas y la disminución de costos de la intervención. Para ello puede ser útil la elaboración de manuales de terapia, que contengan la descripción precisa de las intervenciones psicológicas grupales, breves e integrales. Esto es, por un lado, intervenciones a bajo costo en tanto grupales y breves, que incluyan a la vez las técnicas útiles para aumentar adherencia a tratamiento médico, lograr un control metabólico de la enfermedad, prevenir o disminuir depresión y/o ansiedad, y aumentar la calidad de vida de estos pacientes. Baste por ejemplo, el reporte de Hernández (2001) respecto a la efectividad de un taller breve y grupal de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 para aumentar adherencia a tratamiento, fomentar el control metabólico, y disminuir la ansiedad, con base en la integración de tan sola la psicoeducación y técnicas de relajación para el control de la ansiedad.

Además, parece necesario que se dirijan esfuerzos para llevar a cabo una manualización de las intervenciones, que incluya la descripción detallada de los

objetivos, técnicas y actividades que se llevan a cabo en cada sesión de terapia, que permita su fácil reproducción. Empero, se estima que menos del 1% de las publicaciones en revistas científicas de alto impacto contiene una descripción precisa de las intervenciones psicológicas sujetas a estudio.

Finalmente, es necesario que la variable calidad de vida sea tomada en cuenta como una principal en los estudios de efectividad de intervenciones psicológicas diseñadas para personas con enfermedades crónicas en general, y con Diabetes Mellitus en particular. La gran mayoría de los estudios de impacto de calidad de vida son elaborados por la industria farmacéutica y para comparar la efectividad de formas de régimen de tratamiento médico. Además la calidad de vida es tan importante *per se* como el alivio de los síntomas físicos de una persona que padece una enfermedad (Bradley, 1994).

De esta manera, los **lineamientos generales para la intervención psicológica para mejorar la calidad de vida en personas con Diabetes Mellitus** son, al menos los siguientes:

- 1) Prioridad a la terapia grupal (vs. la individual).
- 2) Prioridad a la terapia breve (vs. A largo plazo).
- 3) Prioridad a las intervenciones basadas en evidencia científica y orientadas a la adquisición de habilidades conductuales, cognitivas y afectivas específicas.
- 4) Prioridad a la integración de técnicas para fomentar el bienestar psicológico y el control metabólico de la enfermedad (vs. focalización de un solo síntoma o problema).
- 5) Prioridad a la sistematización y manualización de la intervención psicológica.
- 6) Prioridad a la evaluación de la calidad de vida como variables dependiente principal de la intervención psicológica (además de síntomas físicos, psicológicos y/o psiquiátricos).

A continuación se exponen algunos conceptos básicos de este tipo de intervenciones.

Acerca de la prioridad a la terapia grupal.

En la actualidad, y ante las limitaciones de recursos, es importante asegurarse de que el tratamiento psicológico es costo efectivo además de útil clínicamente. Para ello se ha propuesto el empleo de intervenciones grupal y/o breves o de tiempo limitado.

La terapia de grupo implica la reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan e ínter fluyen entre sí con el objeto de lograr ciertas metas rigiendo su conducta con base en normas y valores comunes. El formato, la frecuencia y el tiempo de duración de un grupo terapéutico puede variar considerablemente. En terapia cognitivo conductual grupal los grupos cerrados son generalmente de 12 a 20 sesiones, de una y media a dos horas cada una, de una a tres veces por semana; generalmente el número de participantes va de 6 a 12 (a excepción de los grupos psicoeducativos, en donde el número de participantes es mayor) y existe el consenso de que es útil la participación de un co-terapeuta (Morrison, 2001).

Morrison (2001), con base en una extensa revisión de la literatura acerca de tratamiento grupal concluye que: 1) Existe una cantidad considerable de estudios de efectividad de intervención grupal en comparación con la individual, sobre todo de terapia cognitivo conductual, 2) no hay diferencias significativas entre estas dos modalidades terapéuticas, aunque existe evidencia de que para algunos tipos de pacientes es mejor el formato individual, y 3) el mejor compromiso de costo efectividad entre calidad de terapia y cantidad de pacientes tratados lo ofrece la psicoeducación de grupos extensos.

Las ventajas de la terapia de grupo son, a saber:

- 1) Posibilidad de tratar a un número mayor de pacientes en un periodo breve de tiempo, reduciendo así los costos de la psicoterapia.
- 2) La cohesión del grupo, la conducta de imitación, el aprendizaje interpersonal y el reconocimiento de similitudes con otros (Yalom, 1970).
- 3) Y, específicamente de los grupos de terapia cognitivo conductual (Morrison, 2001):
 - a. La oportunidad para demostrar la relación entre los pensamientos y sentimientos con base en la exposición de los pensamientos negativos de los miembros del grupo.
 - b. Es más sencillo para el paciente reconocer las distorsiones cognitivas de otros, lo que facilita el reconocimiento y re-evaluación de sus propias cogniciones.
 - c. Los miembros de grupos pueden ser utilizados como co-terapeutas.

Las desventajas de los grupos de cualquier tipo de psicoterapia son, en términos generales (Morrison, 2001):

- 1) El peligro de que un individuo monopolice al grupo, ante lo que tiene que asegurarse que cada quien tiene su turno para hablar, y evitar las confrontaciones entre miembros del grupo y la formación de sub-grupos.
- 2) La diferencia en progreso entre los miembros puede ocasionar que algunos se desilusionen por que no avanzan tanto como otros.
- 3) Y específicamente en la Terapia Cognitivo Conductual:
 - a. Algunos individuos pueden evitar la discusión de ideas centrales distorsionadas.

Acerca de la prioridad de la terapia breve (vs. a largo plazo).

La terapia breve puede definirse operacionalmente como aquella que contempla menos de 25 sesiones o de seis meses para completar la intervención (Mark, 1996).

Mark (1996) con base en una revisión extensa de los literatura internacional respecto a terapia breve, concluye que esta modalidad resulta costo efectiva en comparación con otras formas de tratamiento. Ello en virtud de que es más económico un tratamiento en tanto menor es su duración, y debido a que logra, en este breve periodo de tiempo cambios clínicos significativos en el paciente.

Empero, los cambios clínicos que se logran con base en una intervención breve son sobre todo de orden sintomático. Ello implica que la modificación de patrones de comportamiento muy estables y enraizados requiere de intervenciones a largo plazo. Además, es necesario dirigir estudios para evaluar el mantenimiento de la mejoría clínica que se presenta después de una intervención breve (Mark, 1996).

Acerca de la Prioridad a las intervenciones basadas en evidencia científica y orientadas a la adquisición de habilidades conductuales, cognitivas y afectivas específicas.

La terapia cognitivo conductual es un sistema de modificación de los pensamientos, conductas y emociones basado principalmente en las teorías del aprendizaje y cognoscitivas. Así, la terapia cognitivo conductual aplica técnicas de modificación de la conducta basadas principalmente en el condicionamiento clásico y operante y el aprendizaje vicario (Kazdin, 1996), así como aquellas dirigidas a superar las actividades defectuosas del procesamiento de la y/o las

construcciones que hace una persona acerca de sus experiencias (Caro I, 1997). Así, algunas de las técnicas de terapia cognitivo conductual son, por ejemplo: ensayos conductuales, auto reforzamiento, información (psicoeducación), auto monitoreo, e identificación, detención y modificación de pensamientos disfuncionales (para una revisión detallada del tema en español se sugiere Caballo, 1995).

La terapia cognitivo conductual ha demostrado de manera empírica que es efectiva para el tratamiento de diversos trastornos emocionales y conductuales en niños, adolescentes y adultos. Además, la terapia cognitivo conductual es sin duda una de las más ampliamente desarrolladas y probadas en estudios controlados con personas con DM.

Cabe señalar que, aun y cuando la terapia cognitiva se desarrolló originalmente en modalidad individual, a finales de los setentas se difundió ampliamente y se demostró la eficacia del formato grupal. Diversos autores argumentan que a pesar de que la modalidad grupal de terapia cognitivo conductual necesariamente altera la idiosincrasia que caracteriza a la individual, es compensada por todas las ventajas que ofrece naturalmente el grupo (Morrison, 2001).

Justificación

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población general, y su impacto en el funcionamiento y calidad de vida de quien la padece, la convierte en un padecimiento cuyo estudio, prevención y tratamiento resultan de evidente importancia.

Es bien sabido que el tratamiento integral y efectivo de la DM puede lograrse aunando al régimen médico tradicional una intervención psicológica. Existe evidencia suficiente respecto a la efectividad de intervenciones psicológicas específicas para mejorar el control de la enfermedad (control de niveles de glucosa en sangre).

Estas intervenciones se han dirigido a modificar conductas específicas relacionadas con el seguimiento del régimen de tratamiento del paciente con DM (ejemplo: optimización de auto monitoreo de niveles de glucosa en sangre).

Empero, son escasos los estudios dirigidos a desarrollar y evaluar alguna intervención psicológica para mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas en general, y con DM en los particular (Delamater, Jacobson, Anderson, Cox, Fisher, Lawrence, Lustman, Rubin y Wysocki, 2001). Ello aún y cuando la calidad de vida debe y puede ser una meta de tratamiento psicológico tan valiosa con el propio control metabólico de la enfermedad (Bradley, 1994).

Las ciencias de la salud en general han tendido a evaluar los cambios en parámetros de laboratorio o sintomatología como variables dependientes principales de la eficacia de las intervenciones, para dirigirse a la medición final de mejoría de la calidad de vida. Desde esta perspectiva, la calidad de vida sería una medida última de efectividad de una intervención.

La carencia de estudios controlados de la efectividad de intervenciones psicológicas para mejorar la calidad de vida de la DM se debe sin duda a que esta área de estudio es francamente reciente. A la fecha se cuentan con escasas medidas para evaluar la calidad de vida específicamente para DM; y con trabajos más bien descriptivos de la calidad de vida de esta población.

La medida específica de Calidad de Vida para DM más utilizada en el mundo es el DQOL, y es deseable contar con una versión en castellano, válida y confiable que nos permita la evaluación de este constructo en población hispano parlante.

Así mismo, resulta necesario desarrollar y determinar la efectividad de una intervención cognitivo conductual para aumentar la calidad de vida en una muestra de personas con DM tipo II que pueda integrarse al tratamiento médico y psicológico convencional, de una manera costo efectiva en tanto breve, grupal, sistematizada y de amplio beneficio.

En esta dirección, las preguntas de investigación del presente trabajo son las siguientes.

Preguntas de investigación

¿ Es válida y confiable la versión en español de la Medida de Calidad de Vida para Diabetes DQOL ?

¿ Es efectiva una intervención cognitivo conductual breve y grupal para mejorar la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II ?

¿ Existe relación entre variables sociodemográficas, médicas, psiquiátricas y psicológicas y la efectividad de la intervención grupal cognitivo conductual para mejorar la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II ?

Para contestar estas preguntas se llevó a cabo un estudio en dos fases. En la primera fase se determinaron las propiedades psicométricas de la traducción al español de la medida de calidad de vida para diabetes DQOL. En la segunda fase se determinó la efectividad de una intervención cognitivo conductual breve y grupal para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus Tipo II.

A continuación se presenta la metodología, resultados y conclusiones de la primera fase del estudio: "Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II".

Primera Fase

**Evaluación de la Calidad de Vida en
pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II**

Objetivos

Objetivos Generales

1. Determinar la validez y confiabilidad de la Medida de Calidad de Vida para Diabetes DQOL en una muestra mexicana de personas con Diabetes Mellitus.

Objetivos Específicos

- 1.1 Determinar la consistencia interna de la versión en español de la Medida de Calidad de Vida para Diabetes DQOL en una muestra mexicana de personas con Diabetes Mellitus Tipo II.
- 1.2 Determinar la validez factorial de la versión en español de la Medida de Calidad de Vida para Diabetes DQOL en una muestra mexicana de personas con Diabetes Mellitus Tipo II.
- 1.3 Determinar la validez concurrente de la versión en español de la Medida de Calidad de Vida para Diabetes DQOL con medidas de sintomatología depresiva y ansiosa en una muestra mexicana de personas con Diabetes Mellitus Tipo II

Tipo de estudio

Estudio tipo no experimental, transversal, de escrutinio.

Muestra

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico intencional. El cálculo del tamaño de la muestra se llevó a cabo con base en el número promedio de reactivos de las 5 sub escalas principales del DQOL, con lo que se debían incluir a al menos 90 personas (10 personas por reactivo).

En esta primera fase del estudio participaron un total de 152 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, de ambos sexos, con evolución mínima de un año de la enfermedad, y que aceptaron participar en el proyecto de manera voluntaria e informada. Un total de 100 pacientes fueron entrevistados en las diferentes clínicas del Instituto Mexicano de Seguro Social de la Ciudad de México, y los 76 restantes fueron referidos por la Asociación Mexicana de Diabetes de Jalisco.

Variables e Instrumentos

1. Medida de calidad de Vida para Diabetes DQOL

La ***Medida de calidad de vida para Diabetes***, **Diabetes Quality of Life Measure (DQOL)** es una forma de evaluación específica de la calidad de vida para Diabetes

Mellitus desarrollada por el grupo de investigación en Diabetes DCCT para la evaluación de tratamientos en estudios clínicos controlados (DCCT, 1988).

El DQOL es la primera escala que evalúa la calidad de vida de manera específica u orientada a la diabetes, y es la más utilizada en la actualidad para evaluar este constructo en pacientes con DM. El DQOL evalúa cinco dimensiones generales relacionadas de manera relevante o directa con la DM y su tratamiento: 1) Satisfacción con el tratamiento, 2) Impacto del tratamiento, 3) Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes, 4) Preocupación por aspectos sociales y vocacionales, y 5) Bienestar general (Howie y Drury, 1978). La versión original del instrumento incluye además 16 reactivos para evaluar a población de adolescentes que están en la escuela o que viven en casa con sus padres.

Los 46 reactivos del DQOL se contestan en una escala tipo Lickert de cinco puntos. La dimensión de satisfacción se puntúa desde "muy satisfecho" (1) hasta "muy insatisfecho" (5). Las escalas de impacto y preocupación se califican desde "ningún impacto o nunca me preocupo" (1), hasta "siempre me afecta o siempre me preocupa" (5). El reactivo que evalúa bienestar general presenta una escala de cuatro puntos, en donde 1 significa "Excelente" y 4 "pobre". De esta manera, con base en el método inicial de calificación del DQOL, una baja puntuación bruta del total de la escala y de las sub escalas significaba una buena calidad de vida. Sin embargo, diversos investigadores han presentado los resultados del instrumento con base en otros métodos de calificación en tanto que la forma original no resulta de fácil comprensión (DCCT, 1988; Lloyd, Matthews, Wing y Orchard, 1992; Selam, Micossi, Dunn y Nathan, 1992). El método de calificación más aceptado en la actualidad es el basado en el Medical Outcome Survey (Ware y Sherbourne, 1992). Utilizando este método de calificación la puntuación bruta es transformada (puntuación corregida) en una escala de 100 puntos, en donde 100 representa la mayor calidad de vida posible, y cero la calidad de vida más pobre o deteriorada (Jacobson y cols, 1994).

Los 16 reactivos adicionales que evalúan escuela, experiencia y relaciones familiares para los pacientes que viven con sus padres pueden usarse para obtener información acerca de las experiencias de adolescentes con DM.

Los estudios de las propiedades psicométricas de la versión original en inglés del DQOL han demostrado que se trata de una medida válida y confiable para evaluar la Calidad de Vida en pacientes con DM. El DQOL se caracteriza por adecuada consistencia interna, con alphas de Cronbach de 0.47 a 0.92 (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1988; Jacobson, de Groot y Smsom, 1994), y altos coeficientes de confiabilidad temporal test retest, que van desde 0.78 a 0.92 (DCCT, 1988). En lo que respecta a la validez de constructo, se ha probado que el DQOL se relaciona de manera moderada y consistente con medidas de síntomas psicológicos, bienestar y ajuste a enfermedad (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1988) y con medidas genéricas de calidad de vida (Jacobson, de Groot y Samson, 1994). Además se cuenta con evidencia de validez discriminante del DQOL. Las puntuaciones de esta escala se relacionan significativamente con la severidad y número de complicaciones médicas, y con el tipo de tratamiento de los pacientes. (Jacobson, de Groot y Samson, 1994; Lloyd, Matthews y Wing, 1992). Finalmente, se ha demostrado que el DQOL es una medida sensible al cambio clínico en el funcionamiento del paciente (Nathan, Fogel, Norman, Russell, Tolkoff-Rubin, Delmonico, Auchincloss, Camuso y Cosimi, 1991; Selam, Micossi y Dunn, 1992) (Ver anexo 6).

2. Inventario de Ansiedad de Beck

El **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)** (1988) fue diseñado para evaluar la intensidad de sintomatología ansiosa presente en un individuo. El BAI es una escala auto aplicable que consta de 21 reactivos que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúa. Estas categorías corresponden a los síntomas que generalmente se incluyen para hacer

el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de "0" a "3" puntos, en donde 0 indica la ausencia del síntoma, y el "3" la severidad máxima del mismo.

Los estudios de las propiedades psicométricas del BAI en población clínica y normal, de adolescentes y adultos, han demostrado que la escala se caracteriza por una alta consistencia interna (alphas de Cronbach superiores a .90), validez divergente moderada (correlaciones menores a .60), y validez convergente adecuada (correlaciones mayores a .50) (Beck y Steer, 1991; Steer, Rissmiller, Ranieri y Beck, 1993; Kumar, Steer y Beck, 1993; Osman, Barrios, Aukes, Osman y Markway, 1993; Steer, Kumar, Ranieri y Beck, 1995). Los análisis factoriales han extraído cuatro factores principales, que se han denominado: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico (Steer, Ranieri, Beck y Clark, 1993; Steer, Rissmiller, Ranieri y Beck, 1993; Osman, Beverly, Kopper, Barrios, Joylene y Wade, 1997).

Los datos de validez y confiabilidad de la versión en español para población mexicana que se utilizó en el presente estudio corresponden con los reportados en los trabajos con la versión original. La versión en español del BAI se caracteriza por una alta consistencia interna (alphas de .84 y .83 en estudiantes y adultos, respectivamente), alto coeficiente de confiabilidad test retest ($r=.75$), validez convergente adecuada (índices de correlación entre BAI e IDARE moderados, positivos y significativos), estructura factorial de cuatro factores principales congruente con la reportada para la versión original, y validez predictiva (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) (Ver anexo 7).

3. Inventario de Depresión de Beck

El **Inventario de Depresión de Beck (BDI)** (1961) fue diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. El instrumento es auto aplicable, y consta de 21 reactivos, cada cual con cuatro

afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual evaluada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el tercero de 2 puntos, y el cuarto de 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma. Las categorías evaluadas son: 1) ánimo, 2) pesimismo, 3) sensación de fracaso, 4) insatisfacción, 5) sentimientos de culpa, 6) sensación de castigo, 7) auto aceptación, 8) auto acusación, 9) ideación suicida, 10) llanto, 11) irritabilidad, 12) aislamiento, 13) indecisión, 14) imagen corporal, 15) rendimiento laboral, 16) trastornos del sueño, 17) fatiga, 18) apetito, 19) pérdida de peso, 20) preocupación somática, y 21) pérdida de la libido. Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos, y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos que regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de Depresión Mayor. El instrumento ha mostrado tener validez y confiabilidad aceptables para su empleo en el ejercicio clínico y de investigación, y la versión en español que se utiliza en el presente estudio se ha comportado psicométricamente de manera similar a la versión original (Torres, Hernández, Ortega, 1991; Ramos, 1986).

Cabe señalar que algunos autores han señalado que ambos inventarios, de ansiedad y depresión de Beck, al igual que la mayoría de las medidas de sintomatología psiquiátrica pueden solaparse con problemas relacionados con la Diabetes Mellitus. Así por ejemplo, en el caso del Inventario de Depresión, los reactivos relacionados con cansancio, pérdida de apetito, de peso o de energía sexual pueden indicar tanto síntomas depresivos como síntomas de hiperglucemia, hipoglucemia o complicaciones crónicas de la Diabetes. Sin embargo, Lustman y cols. (1992) encontraron que los valores en los reactivos de este instrumento en pacientes con Diabetes y Depresión Mayor son francamente similares a los de pacientes psiquiátricos con Depresión, lo que sugiere y soporta su aplicación en personas con Diabetes Mellitus. Además, otras medidas diseñadas específicamente para Diabetes Mellitus (ej. Cuestionario de Bienestar General de Bradley, 1984), cuentan con escasos reactivos para evaluar la presencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa (Ver anexo 8).

Procedimiento

El total de la muestra completó el cuestionario de calidad de vida DQOL y los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. La aplicación de los instrumentos corrió a cargo de dos psicólogas, y se llevó a cabo SOLO ante la aceptación voluntaria e informada del paciente para participar en el proyecto.

Análisis Estadístico

Los datos generados en este estudio fueron capturados y analizados en el paquete estadístico SPSS-X, versión 10.0 para Windows, P.C. El valor *alpha* fijado fue de .05.

En primer lugar se describió a la muestra por medio de media y desviación estándar para las variables continuas y frecuencias para las categóricas. Posteriormente se llevaron a cabo comparaciones de calidad de vida por género y ante distintas condiciones de tratamiento (medición de glucosa, ejercicio, dieta, tratamiento psicológico, etc.) por medio de pruebas de t-Student para medidas independientes.

Finalmente se determinó la estructura factorial por medio de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, la validez concurrente con base en el coeficiente *r* de Pearson entre las puntuaciones brutas del DQOL y la de los inventarios de ansiedad y depresión, y la consistencia interna con el cálculo del *alpha* de Cronbach del total de los reactivos del DQOL.

Resultados

En este apartado del texto se describen los resultados de la primera fase del estudio: Las propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

1. Descripción de la muestra

La muestra final del estudio estuvo integrada por 152 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II; de los cuales el 71.1 % (n=108) son mujeres (y 28.9% hombres); con una edad promedio de 53.26 ± 12.76 años.

El 67.1% de la muestra vivía con su pareja (casado o en unión libre), y solo una tercera parte no tenía pareja (soltero, viudo o divorciado). La ocupación más frecuente fue "el hogar" (57.9%), y otro 25% se dedicaba al comercio (respuestas: vendedor, comerciante, etc.). La escolaridad promedio fue de 5.51 ± 4.29 años (0-20 años). El tiempo de evolución de la enfermedad fue en promedio de 7.3 ± 6.3 años (en rango de 1-25 años), y prácticamente la mitad de los pacientes no tenía ninguna complicación médica mayor relacionada con la enfermedad (55.9%). Las complicaciones médicas más frecuentes fueron las cardiovasculares (6.6%%) y visuales (5.9%); el 3.3% presentaba problemas con los riñones, y el 2% padecía neuropatía o pie diabético. El 61.8% de los pacientes reportó que llevaba a cabo un control de niveles de glucosa en sangre, mientras que el 58.6% dijo que hacía dieta, y solo el 10.5% anotó que tenía tratamiento psicológico relacionado con su enfermedad.

La mayoría de los pacientes (92.8%) contestó a una pregunta en donde evaluaba su estado de salud. El 47.4% contestó que lo consideraba "regular" su estado de salud, seguido del 32.9% que eligió "bueno" como respuesta. Solo un pequeño porcentaje lo consideró "pobre" (5.3%), o "excelente" (7.2%).

En la siguiente tabla se muestran las puntuaciones promedio en las diferentes sub escalas y del total del DQOL, así como de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, que se aplicaron al total de la muestra. En una columna se anota la puntuación "bruta" del DQOL (sistema de calificación original), y en otra la puntuación "corregida" (sistema de calificación actual). Ello con la finalidad de favorecer la comparación de estos resultados tanto con los generados para la versión original que utiliza la puntuación bruta, como con los de estudios subsecuentes en donde se emplea el segundo sistema de calificación (puntuación corregida). Cabe señalar que en algunos casos los pacientes no contestaron el total de preguntas, por lo que fueron excluidos del análisis estadístico correspondiente. En la tabla se reportan los tamaños de muestra para cada sub escala y el total de los instrumentos.

Tabla 3. Puntuación promedio de las sub escalas del DQOL y totales de DQOL, BDI y BAI.

Escala	N	Media y Desviación standard (puntuación bruta)	Media y Desviación estándar (puntuación corregida)
Satisfacción con el Tratamiento (Sub escala de DQOL)	137	31.18 ± 9.37	75.31 ± 13.36
Impacto del tratamiento (Sub escala de DQOL)	101	44.08 ± 10.69	76.08 ± 10.70
Preocupación por aspectos sociales y vocacionales (Sub escala de DQOL)	132	6.03 ± 5.28	39.84 ± 31.49
Preocupación por efectos Futuros de la Diabetes (Sub escala de DQOL)	134	8.14 ± 3.91	65.57 ± 22.16
Calidad de Vida (Total de DQOL)	80	92.67 ± 22.13	69.75 ± 11.73
Depresión (Total BDI)	120	16.06 ± 11.37	
Ansiedad (Total BAI)	122	31.33 ± 14.14	

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de calidad de vida *“preocupación por eventos futuros de la Diabetes”* de acuerdo al género. Las mujeres presentaron una mayor puntuación en esta sub escala con respecto a los hombres (8.24 ± 4.29 vs. 7.89 ± 2.77 ; $p=.006$). Además, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la sub escala de *“Preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales”* entre las personas con pareja y sin pareja. Las personas con pareja obtuvieron una puntuación mayor de calidad de vida con respecto a las personas sin pareja (6.77 ± 6.24 vs. 5.73 ± 4.81 ; $p=.05$). Además, se registraron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes de acuerdo a si llevaban a cabo o no una dieta para el tratamiento de la enfermedad. Las personas que realizan dieta obtuvieron una puntuación total de calidad de vida menor en comparación con las que no llevan a cabo dieta (92.60 ± 25.89 vs. 95.04 ± 15.58 ; $p=.041$), y una puntuación mayor en la subescala de *“Preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales”* (8.29 ± 3.88 vs. 7.81 ± 3.99 ; $p=.036$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida de los pacientes que monitoreaban niveles de glucosa en sangre y/o hacían ejercicio, y los que no llevaban a cabo estas actividades de auto cuidado. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las personas que presentaban o no complicaciones médicas por la enfermedad.

2. Confiabilidad de la Versión en español del DQOL

2.1 Consistencia Interna

En la Tabla 4 se muestran los coeficientes de consistencia interna de Alpha de Cronbach para las diferentes sub escalas y para la puntuación total del DQOL. Como podemos observar los coeficientes de consistencia interna del instrumento se situaron en rangos de .68 a .86

Tabla 4. Consistencia interna de subescalas y puntuación total del DQOL

Escala	n	Alpha Cronbach
Satisfacción con el Tratamiento (Sub escala de DQOL)	137	.81
Impacto del tratamiento (Sub escala de DQOL)	101	.76
Preocupación por aspectos sociales y vocacionales (Sub escala de DQOL)	132	.71
Preocupación por efectos Futuros de la Diabetes (Sub escala de DQOL)	134	.68
Calidad de Vida (Total de DQOL)	80	.86

3. Validez de la Versión en español del DQOL

3.1 Validez Factorial

En la Tabla 5 se muestra la estructura factorial que resultó del análisis de componentes principales con rotación varimax. Cabe señalar que la quinta sub escala de "Bienestar General" se excluyó del análisis factorial, tal y como lo hacen los autores de la versión original del instrumento, en tanto que esta se compone de tan solo un reactivo.

Como puede observarse, en términos generales son cuatro los factores generales del instrumento, y la mayor carga factorial de prácticamente todos los reactivos se registró en factor para el que corresponde originalmente.

Empero, los reactivos cuya mayor carga se registró en un factor distinto al teóricamente esperado fueron: para la subescala de "satisfacción con el tratamiento", los reactivos 6, 8, 9, 11, 12, 13 y 14; para la subescala de "impacto con el tratamiento", los reactivos 5, 6, 9, 17 y 20; y para la subescala de "preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales", los reactivos 4, 6 y 7.

Tabla 5. Estructura Factorial del DQOL

Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
A1		.67		
A2		.62		
A3		.66		
A4		.64		
A5		.58		
A6		.22		.52
A7		.61		
A8		.26	.35	
A9				.60
A10		.57		
A11		.24		.71
A12		.20		.53
A13				.60
A14		.38		.53
B1	.58			
B2	.65			
B3	.24			
B4	.45			
B5	.42	.52		
B6	.27	.42		
B7	.46			
B8	.46			
B9	.26	.33		
B10	.51			
B11	.50			
B12	.50			
B13	.54			
B14	.26			
B15	.52			
B16	.42			
B17	.34	.35	.37	
B18	.46			
B19	.35			
B20	.18		.28	
C1			.85	
C2			.82	
C3			.52	
C4	.50		.28	
C5			.78	
C6	.44		.20	
C7	.52		.20	
D1				.56
D2				.69
D3				.61
D4				.45

A= reactivos de la sub escala de satisfacción con el tratamiento

B= reactivos de la sub escala de impacto del tratamiento

C= reactivos de la subescala de preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales

D= reactivos de la sub escala de preocupaciones por efectos futuros de la diabetes

En términos generales, estas inconsistencias entre la matriz factorial del instrumento original y la versión en español ocurrieron de dos maneras: 1) algunos reactivos de "satisfacción con tratamiento" se agruparon dentro del factor "preocupaciones por aspectos futuros de la enfermedad", y 2) algunos reactivos de "impacto con tratamiento" se agruparon en el factor de "satisfacción con tratamiento".

Cabe señalar que la totalidad de los reactivos correspondientes a la sub escala de "preocupaciones por aspectos futuros de la enfermedad" mostraron la mayor carga factorial en un solo y distinto factor, tal y como teóricamente se esperaba.

3.2 Validez concurrente

En la tabla 6 se presentan los coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones "brutas" de cada sub escala y el total del DQOL y los puntajes totales de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.

Tabla 6. Correlación entre DQOL e Inventarios de Depresión y Ansiedad.

DQOL	Ansiedad			Depresión		
	n	r	p	n	r	p
Insatisfacción con el Tratamiento	108	.527	.000	108	.449	.000
Impacto negativo del tratamiento	82	.651	.000	85	.461	.000
Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	110	.103	.284	109	.046	.634
Preocupación por efectos Futuros de la Diabetes	111	.383	.000	110	.303	.001
Total de Deterioro en Calidad de Vida	65	.681	.000	65	.511	.000

n= Tamaño de la muestra; r= Correlación de Pearson; p= Significancia Estadística

Como puede observarse, en términos generales, los índices de correlación son positivos, moderados y estadísticamente significativos. Ello indica que conforme aumenta el deterioro de la calidad de vida (puntuación bruta obtenida con sistema de calificación original) hay mayor sintomatología depresiva y ansiosa. Es decir, a mayor insatisfacción con el tratamiento, mayor sintomatología depresiva y ansiosa, por ejemplo.

Conclusiones

En esta primera fase de estudio se proporcionan datos acerca de la calidad de vida y las propiedades psicométricas de una forma de evaluación de este constructo en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. En términos generales se puede concluir que la versión en español de la medida de calidad de vida específica para Diabetes Mellitus DQOL es válida y confiable, por lo que se recomienda su uso para fines clínicos y/o de investigación.

Las diferentes sub escalas y el total del DQOL mostraron adecuados índices de consistencia interna similares a los de la versión original en inglés, que se han situado en rangos de 0.46 a 0.87 (DCCT, 1988; Stewart, Greenfield, Hays, Wells, Rogers, Berry, McGlynn y Ware, 1989; Jacobson, De Groot y Samson, 1994).

Además, la estructura factorial de la versión en español del DQOL fue la teóricamente esperada. El total de reactivos se agruparon en los cuatro factores que corresponden a las dimensiones de calidad de vida que evalúa el instrumento, de acuerdo a su diseño original. Y finalmente, se encontraron relaciones positivas, moderadas y estadísticamente significativas entre prácticamente todas las sub

escalas y el total del DQOL y los puntajes de los Inventarios de Ansiedad y Depresión, lo que da prueba de la validez del instrumento. Cabe anotar que la correlación se esperaba positiva y significativa en tanto que la depresión y la ansiedad se hipotetizan relacionadas con el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas en general, y con la Diabetes Mellitus en lo particular; y debía ser moderada (y no alta) en virtud de que los constructos "ansiedad" y "depresión" son diferentes a las dimensiones que evalúa el DQOL.

Este estudio tiene sin duda algunas limitaciones, entre las que destacan probables problemas en la traducción y/o comprensión de algunos reactivos. Ello puede ser una de las razones que explican las pocas pero existentes incongruencias entre la estructura factorial de la versión original en inglés y la versión en español del presente estudio. Además, no todos los participantes contestaron completamente el instrumento, con lo que el tamaño de la muestra resulta reducido como para asegurar la generalización de estos resultados. Así pues, es deseable que se efectúen futuros estudios a manera de superar estas limitaciones. Es recomendable además, determinar la validez y confiabilidad de esta versión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo I.

Empero, es posible concluir que esta versión en español del DQOL permite llevar a cabo investigación de calidad de vida en sujetos hispano parlantes.

Segunda Fase

**Modificación de la Calidad de Vida de
Personas con Diabetes Mellitus Tipo II**

Objetivos

Objetivos Generales

1. Determinar la efectividad de la Intervención grupal Cognitivo Conductual para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus tipo II al finalizar y a los tres y seis meses de la misma.
2. Determinar la relación que existe entre la efectividad de la intervención grupal cognitivo conductual para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus Tipo II y variables sociodemográficas, médicas, psicológicas y psiquiátricas.

Objetivos Específicos

- 1.1 Determinar la efectividad de la Intervención grupal Cognitivo Conductual grupal para mejorar las dimensiones de una medida general de calidad de vida en personas con Diabetes Mellitus Tipo II al finalizar y a los tres y seis meses de la misma.
- 1.2 Determinar la efectividad de la Intervención grupal Cognitivo Conductual para mejorar las dimensiones de una medida específica de calidad de vida en personas con Diabetes Mellitus Tipo II al finalizar el tratamiento, y a los tres y seis meses de la misma.
- 1.3 Determinar la efectividad de la intervención grupal Cognitivo Conductual para reducir sintomatología depresiva y ansiosa en personas con Diabetes Mellitus Tipo II al finalizar y a los tres y seis meses de la misma.

- 1.4 Determinar la efectividad de la intervención grupal Cognitivo Conductual para aumentar la adherencia a tratamiento médico de personas con Diabetes Mellitus Tipo II al finalizar y a los tres y seis meses de la misma.
- 1.5 Determinar la efectividad de la intervención grupal Cognitivo Conductual para disminuir los niveles de hemoglobina glucosilada A1c en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II al finalizar y a los tres y seis meses de la misma.
- 2.1 Establecer la relación entre variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación) y la efectividad de la Intervención grupal cognitivo conductual para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus Tipo II.
- 2.2 Establecer la relación entre variables clínicas médicas (nivel de hemoglobina glucosilada A1c, tiempo de evolución, medicamentos, tipo de tratamiento, fumar, tomar alcohol), psiquiátricas (diagnóstico de trastorno del estado de ánimo y/o de ansiedad, y severidad de sintomatología depresiva y ansiosa), y psicológicas (adherencia a tratamiento, y afectividad negativa y positiva), y la efectividad de la Intervención Cognitivo Conductual para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus Tipo II.
- 2.3 Comparar la efectividad de la Intervención Cognitivo Conductual para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus Tipo II sin trastornos mentales y con trastornos del estado del ánimo y/o de ansiedad.
- 2.4 Determinar las características sociodemográficas, clínico médicas, psicológicas y psiquiátricas de aquellos que desertan de la Intervención Cognitivo Conductual para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus Tipo II.

Tipo de estudio

Estudio cuasi experimental, longitudinal, comparativo y homodémico.

Tipo y cálculo de muestra

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico intencional.

El tamaño de muestra se calculó con base en la fórmula para comparación de medias (Daeson-Saunders y cols., 1997), con un nivel de significancia de 0.05, y un nivel de potencia de 0.90, para detectar una diferencia de 20 puntos en la puntuación bruta de la escala de calidad de vida específica para diabetes DQOL, antes y al final de la intervención. De esta manera el número de sujetos necesarios fue 25.

$$N = 2 \left[\frac{(Z\alpha - Z\beta)ds}{\mu_1 - \mu_2} \right]^2$$

En donde $\mu_1 - \mu_2$ es la magnitud de la diferencia por detectar, el valor z relacionado con α de 0.05 es 1.96, el valor para β es -1.28 , y ds es la desviación estándar calculada.

Participantes

La muestra se conformó con 25 personas de ambos sexos, entre 30 y 65 años de edad, con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus Tipo II, de evolución

mínima de un año y sin complicaciones médicas mayores, que de manera voluntaria e informada aceptaron participar en el estudio.

A continuación se enlistan los criterios de inclusión y exclusión correspondientes:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II con evolución mínima de un año.
- Entre 18 y 65 años de edad
- Aceptación voluntaria para participar en el proyecto

Criterios de exclusión:

- Pacientes con complicaciones médicas mayores: nefropatía, neuropatía, oftalmopatía y complicaciones vasculares mayores.
- Mini mental menor a 24 puntos

Variables e Instrumentos

1. Calidad de vida

La calidad de vida es la variable dependiente principal del estudio y se evaluó con base en la puntuación total de dos medidas, una general y una específica para Diabetes Mellitus: 1) la versión en castellano del perfil de calidad de vida de enfermos crónicos (PECVEC), y 2) la versión en castellano del Diabetes Quality of Life Measure (DQOL), respectivamente. La primera de estas evaluaciones permite

la comparación de la calidad de vida entre diferentes enfermedades crónicas degenerativas, y con base en la segunda se permite una evaluación particular de la calidad de vida específica para Diabetes Mellitus, lo que hace posible evaluar cambios inducidos por una intervención diseñada para esta población en particular.

A continuación se presenta una descripción detallada del PECVEC. La descripción de la medida de calidad de vida DQOL se ha incluido anteriormente en este texto (apartado de “variables e instrumentos” de la Primera Fase del estudio: “Evaluación de la Calidad de Vida de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II”).

PECVEC

El perfil de calidad de vida en enfermos crónicos, Life Quality Profile in the Chronically Ill PECVEC fue desarrollado por Siegrist y cols. (1996) para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. Este instrumento es autoadministrable que ha sido construido con base en un sistema modular:

- a) Un **módulo central** de 40 reactivos de tipo genérico concebidos para abarcar los problemas comunes a todo tipo de paciente. Los 40 reactivos están agregados –mediante un análisis de componentes principales- a un total de 6 escalas, correspondientes a 6 dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, esto es, a las valoraciones subjetivas de los aspectos físicos, psíquicos y sociales, tanto de las capacidades de actuación como del bienestar: 1) Función física (8 reactivos), 2) Función Psicológica (8 reactivos), 3) Estado de ánimo positivo (5 reactivos), 4) Estado de ánimo negativo (8 reactivos), 5) Función social (6 reactivos), 6) Bienestar social (5 reactivos).
- b) Un **módulo específico**, el Listado de Síntomas, que evalúa otra dimensión conceptual relevante: El bienestar Físico.

- c) Un **módulo de preguntas adicionales** para controlar factores de confusión ajenos a la enfermedad o al tratamiento, y que pueden variar las magnitudes de la calidad de vida: 1) apoyo social en la familia o círculo de amigos, 2) acontecimientos vitales influyentes, 3) problemas agudos en la última semana, y 4) deterioro sexual.
- d) Registro estandarizado de características sociodemográficas (8 reactivos).

La categorización de las respuestas de los reactivos (rango de 0 a 4 puntos) se realizó mediante un escalonamiento tipo Lickert de dos tipos: 1) Cantidad: Nada en absoluto (0), Un poco (1), Moderadamente (2), Mucho (3), y Muchísimo (4); y 2) Calidad: Nada en absoluto (0), mal (1), Moderadamente (2), Bien (3), Muy Bien (4).

En el módulo central los reactivos están distribuidos en series desordenadas, positivas o negativas. Las preguntas negativas se recodifican a la inversa. Así, *cuanto mayor es la puntuación en una escala, tanto mayor es la calidad de vida respecto al aspecto medido.*

Los estudios psicométricos de la versión original y en castellano del PECVEC demuestran que se trata de un instrumento válido y confiable que puede ser utilizado para evaluar calidad de vida relacionada con la salud. El PECVEC ha demostrado altos índices de consistencia interna alfa de Cronbach, exceptuando la escala de Bienestar Social que presentó algunos valores bajos. La confiabilidad test retest verificó una alta confiabilidad de las escalas tras cuatro semanas de intervalo. Además, la sensibilidad al cambio tras terapias específicas o circunstancias vitales cambiantes resultó satisfactoria. La validez de constructo -análisis factorial exploratorio- presentó buenos resultados tanto en la versión original como en la adaptada al español, representándose adecuadamente las dimensiones teóricas a través de los datos (Fernández, Siegrist, Hernández, Broer y

Cueto, 1997; Fernández, Rancano y Hernández, 1999). Cabe agregar que este instrumento ya ha sido utilizado para evaluar de manera válida y confiable la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus, entre otras enfermedades crónicas (Fernández, Orozco, Rancaño y Hernández, 1999) (Ver anexo 5).

2. Variables Psiquiátricas

2.1 Diagnóstico Psiquiátrico

La variable diagnóstico psiquiátrico se define como la presencia o ausencia de los trastornos mentales sujetos a estudio: depresión mayor, y los trastornos de ansiedad. Los diagnósticos psiquiátricos se establecieron con base en la **Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta** (CIDI, de las siglas en inglés de Composite International Diagnostic Interview).

El **CIDI** es una entrevista altamente estructurada diseñada para determinar el diagnóstico de los trastornos mentales de acuerdo a los criterios del ICD 10 y del DSM III-R por parte de entrevistadores legos (Robins, Wing, Wittchen, Helzer, Babor, Burke, Farmer, Jablenski, Pickens, Regier, Sartorius, Towle, 1988). Este instrumento consta de 276 reactivos que evalúan los síntomas y la severidad de las diferentes categorías diagnósticas, con base en la ponderación de 5 diferentes respuestas: a) ausente, b) presente en un nivel subclínico de severidad, c) presente, pero debido a ingesta de drogas, d) presente, pero debido a una causa orgánica, y e) claramente presente.

El CIDI se diseñó originalmente para estudios epidemiológicos, empero su uso se ha generalizado a la investigación clínica (Janca, Robins, Cottler, Early, 1992), y se considera un instrumento de validez y confiabilidad adecuadas, especialmente para los trastornos del estado del ánimo y de ansiedad, para los que será utilizada

como método diagnóstico en el presente estudio (Canino, G.J., Bird, H.R., Shrout, R., Rubio-Stipec, M., Martínez, M., Sesman, M., Guamán, A., Guevara, L.M. y Costas, H., 1987).

Wittchen y cols. (1991) estudiaron la aceptación transcultural y la confiabilidad del CIDI en 575 sujetos de 18 centros alrededor del mundo, encontrando Kappas de acuerdo en los diagnósticos entre evaluadores de 0.67 para los trastornos de somatización hasta 0.99 para el trastorno por crisis de pánico con agorafobia. La aceptación del instrumento fue calificada como aceptable en 49.3% de los sujetos, moderada en 41.5%, y pobre en 9.2%.

La traducción al castellano, parte del diseño global del instrumento, se llevó a cabo en Puerto Rico, y se encuentra en México con algunas adaptaciones idiomáticas (División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Secretaría de Salud) (Páez y Nicolini, 1996) (Ver anexo 3).

2.2. La Sintomatología depresiva o severidad de síntomas depresivos se evaluaron con base en la puntuación total del Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1961). Este instrumento se ha descrito en un apartado anterior de este texto (Ver el apartado de "variables e instrumentos" de la Primera Fase del estudio) (Ver anexo 8).

2.3 La Sintomatología ansiosa o severidad de síntomas de ansiedad se evaluará con base en el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Este instrumento se ha descrito en un apartado anterior de este texto (Ver el apartado de "variables e instrumentos" de la Primera Fase del estudio) (ver anexo 7).

3. Variables médicas relacionadas con la enfermedad

Las características de la enfermedad que se evaluaron fueron: nivel de hemoglobina glucosilada A1c, tiempo de evolución de la enfermedad, medicamentos (tipo de hipoglucemiantes y otros medicamentos), tipo de tratamiento (dieta, ejercicio, medición de glucosa en sangre), estatura, peso, fumar y consumo de alcohol. Ello se evaluó con base en una forma *ad hoc* que completó el paciente al inicio del tratamiento.

Como indicador médico de control y mejoría (variable dependiente) se llevó a cabo el registro de nivel de glucosa en sangre basal, final y a tres meses, con base en la prueba de hemoglobina glucosilada A1c. En términos generales, esta prueba indica el promedio de glucosa en sangre de una persona en los últimos tres meses, y se considera el mejor indicador de control metabólico en pacientes con diabetes mellitus (para una descripción detallada de estos procedimientos ver: Goldstein y cols., 1995). En la siguiente tabla se presentan los valores de glucosa que corresponden "aproximadamente" con el porcentaje de hemoglobina glucosilada A1c. Estos valores no son precisos, y su finalidad es únicamente facilitar la interpretación de esta prueba. Cabe agregar que la Asociación Americana de Diabetes recomienda que los profesionales de salud motiven y faciliten que las personas con Diabetes tengan niveles de Hemoglobina Glucosilada A1c inferiores al 7% (American Diabetes Association, 2001).

**Tabla para Interpretación de resultados
de la prueba de Hemoglobina Glucosilada A1c**

Hemoglobina Glucosilada A1c	Valores de Glucosa
5%	90 mg/d
6%	120 mg/dl
7%	150 mg/dl
8%	180 mg/dl
9%	210 mg/dl
10%	240 mg/dl

4. Variables psicológicas relacionadas con la enfermedad

Las variables clínicas-psicológicas que se evaluaron en el presente estudio incluyen la adherencia a tratamiento, y la afectividad positiva y negativa.

4.1 La adherencia al tratamiento médico se evaluó con base en: a) la evaluación subjetiva del índice de apego actual y de incremento de apego por parte del paciente al finalizar la intervención, y b) un registro conductual diario, que el paciente contestará antes, durante, después y a los tres y seis meses de la intervención cognitivo conductual. Este registro incluye las conductas de tratamiento que caracterizan el régimen de cuidado del paciente con Diabetes Mellitus tipo II: a) monitoreo de niveles de glucosa en sangre, b) consumo de medicamentos (apego a tratamiento farmacológico), c) dieta, d) ejercicio, y) asistencia a consultas médicas y f) otros. Estas dos formas de evaluación del apego a tratamiento han sido sugeridas por diversos autores como medidas complementarias y efectivas de este construto en pacientes con DM (Fernández y Pérez, 1996).

4.2 Afectividad y Personalidad: Presencia de las siguientes características generales de: Afectividad Positiva en la última semana (afecto como estado) y generalmente (afecto como rasgo), Afectividad negativa en la última semana (estado) y generalmente (rasgo). Se evaluaron con base en la versión en español de las Escalas de afectividad positiva y negativa PANAS (Watson, Clark, y Tellegen, 1988).

Las **Escalas de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS)** fueron diseñada por Watson, Clark y Tellegen (1988), y constan de dos escalas de diez reactivos cada una que evalúan el grado y presencia de "Afectividad Negativa" y "Afectividad Positiva". Una de las escalas evalúa la presencia de estas características "en las últimas semanas" (afectividad como estado), y la otra "generalmente" (afectividad

como rasgo). Los reactivos están formados por palabras que describen diferentes emociones y sentimientos y se contestan en una escala del 1 al 5, en donde 1 significa "muy poco o nada", y 5 "extremadamente". La puntuación total de afectividad positiva se obtiene mediante la sumatoria de los reactivos 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17 y 19, y la de afectividad negativa con los reactivos 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 y 20, tanto en la sección referente a "última semana" (afectividad como estado) como la de "generalmente" (afectividad como rasgo).

Este instrumento ha demostrado validez factorial y confiabilidad que apoyan su uso en población clínica y normal. Las PANAS se caracteriza por una alta consistencia interna, con alphas de .86 a .90 para la afectividad positiva, y de .84 a .87 a la afectividad negativa. Además, la correlación entre los dos rasgos de personalidad es invariablemente baja, en rangos de -.12 a -.23. Los coeficientes de estabilidad de las puntuaciones generales de las escalas son lo suficientemente altos como para sugerir que pueden ser utilizadas para evaluar a la afectividad como un rasgo de personalidad estable en el tiempo (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Los datos psicométricos de la versión en español que se utilizará en el presente estudio son francamente similares a los reportados en los estudios de la versión original, y lo respaldan como una herramienta válida y confiable para evaluar la personalidad en población hispano parlante (Robles y Páez, 2000) (Ver anexo 9).

5. Variables Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas sujetas a estudio fueron: género (masculino o femenino), edad (años cumplidos a la fecha), ocupación (hogar, comercial, técnica, profesional, jubilado, estudiante), estado civil (con o sin pareja) y escolaridad (en años). El registro de las mismas se hizo por medio de una forma *ad hoc* (Ver anexo 2).

Procedimiento

En primer lugar se diseñó y manualizó una intervención cognitivo conductual para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus Tipo II, con base en las técnicas que han demostrado efectividad para modificar creencias o cogniciones disfuncionales, disminuir sintomatología depresiva y ansiosa, y aumentar la adherencia a tratamiento médico y el control metabólico de la enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Esta actividad se llevó a cabo con base en una revisión extensa de la literatura científica al respecto. Se anexa al texto: 1) el manual de intervención para los participantes de la intervención, donde se describen detalladamente los objetivos y actividades de cada una de las sesiones de tratamiento, y 2) el diaporama que se diseñó para impartir las conferencias correspondientes (Ver anexos 11 y 12, respectivamente).

En términos generales, la intervención consiste en un programa terapéutico breve fundamentado en los principios de la psicoterapia cognoscitivo conductual, que consta de ocho sesiones de dos horas cada una, programadas dos veces por semana, para completar la intervención en un mes. El objetivo directo de la intervención es mejorar cada una de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud en general, y con la diabetes en particular. Esta intervención psicoterapéutica es una aproximación activa, enfocada, directiva y de corta duración que incluye:

a) Fase inicial, en donde se familiarizó al paciente con el modelo cognitivo conductual, se generó una lista jerarquizada de "problemas" a partir de los resultados de las escalas de calidad de vida, se llevó a cabo la conceptualización del caso, el desarrollo del programa de trabajo y la exploración de la actitud al grupo y al terapeuta;

b) Fase intermedia, en donde se identificaron y se modificaron los pensamientos disfuncionales subyacentes en cada una de las dimensiones de calidad de vida, y se entrenó al participante en habilidades cognoscitivas y conductuales para aumentar para el apego al tratamiento, y para controlar la ansiedad, la tristeza y el enojo; y

c) Fase final, en donde se exploraron las creencias y actitudes en relación con el tratamiento y su terminación, se revisaron las metas obtenidas y se establecieron sesiones de seguimiento y evaluación posteriores.

A continuación se ofrece un ejemplo del plan de sesiones (sesión 1).

Ejemplo de plan de sesiones: Primera sesión

Número de sesión	Tiempo (min.)	Tema	Método
1	15	Bienvenida y presentación del grupo.	Dinámica grupal:
	5	Definición de objetivos	Ejercicio
	40	Descripción de la Intervención.	"Presentaciones"
	15	Receso	Conferencia.
	20	Solución de dudas y expectativas.	
	5	Entrega de Primera sesión de Manual.	Discusión
	15	Evaluación Inicial de Adherencia a Tratamiento.	Demostración basada en
	5	Asignación de Tarea.	ejemplos de los participantes.

Como puede observarse, en términos generales la *dinámica* general de las sesiones es, a saber:

- a) Encuadre
- b) Revisión de tareas para casa
- c) Entrega de apartado de sesión del Manual para los Usuarios (Ver anexo 11)
- d) Exposición de objetivos y actividades de la sesión.
- e) Desarrollo de actividades propias de la sesión.
- f) Asignación de tarea para casa
- g) Despedida

Las *técnicas* que incluye la intervención son: la información, el interrogatorio directo, la imaginación guiada, la detección de y registro de emociones y pensamientos disfuncionales, la redefinición, la detención de pensamiento, el debate racional, la exageración y sentido del humor, el registro conductual o auto monitoreo, programas de actividades, auto reforzamiento, auto instrucciones, programa de 10 pasos vitales para aumentar apego a tratamiento, asignación de tareas para casa, y los ejercicios de relajación muscular y respiración profunda.

Una vez que se diseñó y manualizó la intervención sujeta a estudio, el proyecto de investigación fue presentado y aprobado para su realización por parte del Instituto Jalisciense de Salud Mental, de la Secretaría de Salud Jalisco. Se procedió entonces a reclutar a la muestra del estudio. Para ello, tres psicólogos acudieron a la "Semana de lucha contra la Diabetes", que organizó la Secretaría de Salud, y a donde se invita a participar en conferencias y talleres, de forma gratuita, a todos los pacientes y/o familiares con Diabetes Mellitus del Estado de Jalisco. Los psicólogos informaron a los pacientes del protocolo y solicitaron sus números telefónicos para contactarlos y formar los grupos de intervención con las

personas interesadas en participar. Se contactó a todos los interesados en participar en la intervención y se les solicitó su asistencia a una evaluación inicial en el Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Durante la evaluación inicial, uno de los tres psicólogos participantes en el estudio dio lectura en voz alta a la carta de consentimiento informado (Ver anexo 1) y aplicó los instrumentos para evaluación basal (ver Tabla 7) al total de asistentes que aceptaron de forma voluntaria e informada a participar en el estudio y firmaron su carta de consentimiento, al igual que dos testigos presenciales. La terapeuta no participó en, ni conoció los resultados de ninguna de las evaluaciones iniciales.

Posteriormente los participantes fueron integrados a uno de tres grupos, de acuerdo a su preferencia: a) Lunes y Miércoles de 17:00 a 19:00 p.m., b) Martes y Jueves de 8:00 a 10:00 a.m. , y c) Martes y Jueves de 17:00 a 19:00 p.m.

Los grupos fueron constituidos con un mínimo de cinco y un máximo de ocho personas cada uno.

Al inicio de la primera sesión de terapia, una enfermera tomó la muestra de sangre necesaria para el cálculo de la Hemoglobina Glucosilada A1c a todos los participantes, y al finalizar esta primera sesión de intervención se solicitó a los asistentes completar la forma de registro diario de conductas de tratamiento para evaluar adherencia a tratamiento.

La prueba de Hemoglobina Glucosilada A1c fue elaborada en un equipo automatizado Diastat de Biorad, con base en la metodología de Cromatografía de baja resolución, cuyos valores de referencia para Hemoglobina Glucosilada A1c son = 4.5-5.7, y de Hemoglobina Glucosilada total = 5.3 a 7.5; y estuvo a cargo de un Laboratorio particular ajeno al proyecto de investigación, y financiado por una empresa farmacéutica.

Cabe señalar que desde la primera sesión se informó a los participantes que podían traer cualquier duda acerca de la Diabetes y su tratamiento, por escrito y de forma anónima en el transcurso de las primeras cuatro sesiones, de manera que, en la quinta sesión de la intervención, dedicada a la adherencia a tratamiento médico con base en la psicoeducación y el programa de pasos vitales de Safren (2000), la terapeuta diera la respuesta correspondiente y elaborada por un médico endocrinólogo especialista en Diabetes, que participó voluntariamente en esta tarea. Esta actividad fue denominada el **Buzón de Dudas**, y anexo al presente texto se presentan las interrogantes formuladas por la totalidad de los participantes en la intervención (Ver anexo 13).

La intervención psicológica fue impartida por una psicóloga con Maestría en Psicología Clínica y un Entrenamiento en Psicoterapia Cognitivo Conductual de dos años, y alguno de los otros tres psicólogos que practicó las evaluaciones hizo las veces de co-terapeuta.

Al final de la octava sesión, la terapeuta instó a los participantes a responder de forma absolutamente verídica los instrumentos de evaluación que uno de los tres psicólogos participantes les aplicaría. Después de la evaluación final se estableció una cita para el seguimiento y evaluación posterior. A los tres y seis meses de la intervención, se volvieron a aplicar los instrumentos de evaluación.

Las sesiones de terapia en su totalidad fueron video grabadas, y se llevaron a cabo en un cubículo amplio con cámara de Gesell, equipado con una mesa central, diez sillas alrededor de la mesa, y pantalla, cañón y computadora para proyección diapositivas. Cabe recalcar que los participantes fueron informados y

aceptaron voluntariamente la filmación y difusión de la información obtenida en las sesiones en la carta de consentimiento informado (Ver anexo 1).

En la tabla 7 se muestran los instrumentos que se aplicaron en cada una de estas evaluaciones.

Tabla 7. Cronograma de evaluaciones basal, inicial, a lo largo, al final y a los tres y seis meses de la intervención.

Variables e Instrumentos	Basal *	Inicial y a lo largo de la intervención **	Final de la intervención ***	Tres meses después de intervención ****	Seis meses después de intervención *****
Variables Sociodemográficas	SI				
Calidad de Vida general (PECVEC)	SI		SI	SI	SI
Calidad de vida específica (DQOL)	SI		SI	SI	SI
Variables médicas paraclínicas (tiempo de evolución, medicamentos, tipo de tratamiento, fumar, tomar alcohol).	SI		SI	SI	SI
Variables médicas de laboratorio (Hemoglobina glucosilada total y A1c).	SI			SI	SI
Variables psiquiátricas y psicológicas					
Diagnóstico Psiquiátrico	SI				
Adherencia a tratamiento	SI	SI	SI	SI	SI
Sintomatología depresiva y ansiosa	SI		SI	SI	SI
Afecto positivo y negativo en las últimas semanas	SI		SI	SI	SI
Afecto positivo y negativo generalmente	SI				

* Basal: Evaluación una semana antes de la intervención por parte de uno de tres psicólogos participantes (terapeuta ciego).

** Inicial y a lo largo de la intervención: Durante la primera sesión y a lo largo de toda la intervención.

*** Final: En la última sesión de la intervención (sesión 8)

**** 3 meses: A los tres meses justos de finalizada la intervención.

***** 6 meses: A los seis meses justos de finalizada la intervención.

Finalmente se vaciaron y analizaron los datos obtenidos en las evaluaciones por medio del paquete estadístico SPSS-X versión 10.0 para Windows, PC.

Análisis Estadístico

Las pruebas descriptivas que se llevaron a cabo fueron: media como **medida de tendencia central** y desviación estándar y rango como **medidas de dispersión** para variables continuas, **y porcentajes** para las discretas.

Por su parte, las pruebas de hipótesis fueron:

1. Análisis Factorial de Medidas Repetidas para comparar las mediciones continuas antes, después y a los tres y seis meses del tratamiento. Las variables sometidas a este análisis incluyen: las cinco dimensiones de calidad de vida específica para diabetes (satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, preocupaciones por aspectos sociales, vocacionales y laborales, preocupación por efectos futuros de la diabetes y bienestar general), calidad de vida específica para diabetes (puntuación total DQOL), y calidad de vida general (puntuación total en PEVEC), sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, afecto positivo en las últimas semanas (como estado), y afecto negativo en las últimas semanas (como estado),

2. Correlación de Pearson y Regresión múltiple para determinar las variables continuas y categóricas que se relacionan y/o predicen cambio en la puntuación de calidad de vida específica para diabetes (delta = diferencia entre puntuación en DQOL antes y después de la intervención). La **variable dependiente** del modelo de regresión fue el valor delta del DQOL e ingresaron al modelo inicial, como **posibles predictores**: sexo, edad, escolaridad, hemoglobina glucosilada A1c, tiempo de evolución de la enfermedad, sintomatología depresiva inicial, sintomatología ansiosa inicial, afecto negativo generalmente, afecto positivo generalmente, y presencia de diagnóstico psiquiátrico.

3. T-student para muestras relacionadas para comparaciones bivariadas de las diferentes medidas y dimensiones de calidad de vida, sintomatología depresiva y ansiosa y afectividad, y los valores de hemoglobina glucosilada A1c y de adherencia a tratamiento.

4. T-student para muestras independientes para: 1) comparar las puntuaciones de calidad de vida entre personas con y sin diagnóstico de trastornos del estado del ánimo y/o de ansiedad, y 2) comparar las variables continuas sujetas a estudio entre las personas que concluyeron la intervención y aquellas que desertaron de la misma.

En todos los casos el nivel alpha fijado fue de .05

Resultados

1. Descripción general de la muestra

Un total de 35 personas admitieron voluntariamente participar en el proyecto. De estas, cinco no cumplieron los criterios de inclusión, y cinco más desertaron del estudio, habiendo asistido a solo tres o cuatro de las ocho sesiones de terapia. La muestra final del estudio estuvo conformada por 25 sujetos, de los cuales 18 (72%) fueron mujeres y 7 (28 %) hombres, con una edad promedio de 51.72 ± 8.48 años (rango = 34 - 65 años), y una media de 11.72 ± 5.47 años de escolaridad (rango = 0 - 22 años).

En la Tabla 8 de este apartado se presenta la descripción de la gran mayoría de las variables sociodemográficas, médicas paraclínicas y de laboratorio, psiquiátricas y psicológicas sujetas a estudio. La descripción de las puntuaciones promedio de cada una de las medidas y dimensiones de calidad de vida se muestran en tablas subsecuentes, en donde se comparan éstas con las puntuaciones finales y a los tres y seis meses de la intervención.

Cabe señalar que el número de casos (y porcentajes) que aparecen en el apartado de diagnósticos psiquiátricos (15) excede al total de personas que presentan algún trastorno mental (9), en tanto los cuatro casos que tenían comorbilidad diagnóstica (dos de ellos cubrieron criterios para dos diagnósticos psiquiátricos, y otros dos presentaron tres trastornos mentales).

La gran mayoría de los participantes asistió a todas las sesiones de terapia, y cuando ello no era posible se llevó a cabo la reposición de las mismas. Un total de 5 personas (20 %) faltaron y repusieron una sesión de terapia, y un participante (4 %) faltó y repuso 2 sesiones.

Finalmente, prácticamente la totalidad de los participantes señaló que contaba con una o varias personas que le brindaban apoyo significativo (n=23, 92 %). En todos los casos fueron los familiares de los participantes (conjugue, hijos y hermanos(as)). Empero, 8 personas (32 %) contestaron que habían experimentado algún suceso traumático que interfería significativamente con su bienestar y calidad de vida en los últimos seis meses (como separación, enfermedad o muerte de un ser querido, abandono de un hijo, o cambio de domicilio o de trabajo); y 4 participantes (16 %) señalaron haber vivido algún hecho que pudo influir significativamente en su sensación de bienestar en los últimos siete días (como disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc). Estos datos fueron registrados en el apartado de "preguntas adicionales" de la medida de calidad de vida PECVEC.

Tabla 8 Descripción de la muestra: variables sociodemográficas, médicas, psicológicas y psiquiátricas (n = 25).

Variable	Medida descriptiva (media y desviación estándar o número de casos y porcentaje)
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Sexo	Masculino Femenino
	7 (28 %) 18 (72 %)
Edad	
	51.72 ± 8.48 años
Escolaridad	
	11.72 ± 5.47 años
Estado Civil	Con pareja
Ocupación	Hogar Técnico/Comercial Profesional Jubilado/Pensionado
	22 (88 %) 14 (56 %) 5 (20 %) 5 (20 %) 1 (4 %)
VARIABLES MÉDICAS PARACLÍNICAS Y DE LABORATORIO	
Tiempo de evolución	
	7 ± 6.7 años
Medicamentos Hipoglucemiantes	
	23 (92 %)
	Sulfonilureas
	11 (44 %)
	Biguanidas
	8 (32 %)
	Mixto
	4 (16 %)
Otros Medicamentos	
	9 (36 %)
	Antihipertensivo
	3 (12 %)
	Hipocolesteromiente
	1 (4 %)
	Hormona tiroidea
	1 (4 %)
	Insulina mixta
	1 (4 %)
	Vitamina B
	1 (4 %)
	Otros
	2 (8 %)
Fumar	
	1 (4 %)
Consumo de Alcohol	
	2 (8 %)
Ejercicio	
	19 (76 %)
Dieta	
	21 (84 %)
Medición de Glucosa en Sangre	
	21 (84 %)
Hemoglobina Glucosilada Total	
	10.09 ± 2.25
Hemoglobina A1c	
	8.08 ± 1.9
VARIABLES PSIQUIÁTRICAS Y PSICOLÓGICAS	
Diagnóstico Psiquiátrico	
	9 (36 %)
	Depresión
	2 (8 %)
	Distimia
	1 (4 %)
	Agorafobia sin pánico
	3 (12 %)
	Pánico
	1 (4 %)
	Fobia Social
	3 (12 %)
	Fobia simple
	5 (20 %)
	Comorbilidad (+ de 1 dx)
	4 (16 %)
Apego o adherencia a tratamiento	
	80.40 ± 17.19
Afecto positivo últimas semanas	
	31.64 ± 7.86
Afecto negativo últimas semanas	
	17.48 ± 8.82
Afecto positivo generalmente	
	33.12 ± 7.43
Afecto negativo generalmente	
	17.36 ± 9.29
Sintomatología depresiva	
	10.04 ± 9.34
Sintomatología Ansiosa	
	9.36 ± 10.61

2. Eficacia de la Intervención

2.1 Comparación de medidas de calidad de vida antes, después y a los tres y seis meses de la intervención

En la Tabla 9 se muestran la comparación de las puntuaciones promedio (y desviación estándar) de las cinco dimensiones de calidad de vida específica para diabetes, léase: satisfacción con tratamiento, impacto de tratamiento, preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales, preocupación por efectos futuros y bienestar general (dimensiones del DQOL), de calidad de vida específica para diabetes (total DQOL), y de calidad de vida general relacionada con la salud (total PECVEC), antes, después y a los tres y seis meses de la intervención.

Como podemos observar, todas las puntuaciones parciales y totales de ambas medidas de calidad de vida aumentaron al final de la intervención, y se mantuvieron a los tres y seis meses de la misma.

En la comparación de puntuaciones iniciales y al final de la intervención se observó:

- 1) Un cambio positivo y estadísticamente significativo (p menor a .05) en impacto negativo de tratamiento, preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales, preocupaciones por aspectos futuros de la enfermedad, así como en el total de calidad de vida específica para diabetes (DQOL) y de la calidad de vida general relacionada con la salud (PECVEC); y
- 2) Un cambio positivo, aunque no estadísticamente significativo en la escala de bienestar general del DQOL, constituida por tan solo un reactivo.
- 3) No hubo diferencias clínica ni estadísticamente significativas en el nivel de calidad de vida general, y de calidad de vida específica, en todas sus dimensiones, entre los tres y seis meses de la intervención.

Tabla 9. Comparación de Calidad de Vida Basal, Final y a Tres y Seis Meses de la Intervención

Dimensión o Escala de Calidad de Vida	Media y ds Inicial de la intervención (n=25)	Media y ds Final de la intervención (n=25)	Media y ds 3 meses de la intervención (n=25)	Media y ds 6 meses de la intervención (n=16)	F (gl=3, 45), p de ANVA*	Comparaciones Significativas**
Satisfacción con tratamiento (DQOL-A)	77.8 ± 11.2	82.9 ± 14.3	88.5 ± 5.6	88.39 ± 10.07	F = 4.1 p = .012	INICIO < 3 MESES INICIO < 6 MESES
Reducción de Impacto de tratamiento (DQOL-B)	78.2 ± 7.3	82.2 ± 5.19	84.52 ± 5.67	84.43 ± 4.5	F = 8.64 p = .000	INICIO < FINAL INICIO < 3 MESES INICIO < 6 MESES FINAL < 3 MESES
Reducción Preocupación por aspectos sociales y vocacionales (DQOL-C)	64 ± 24.15	94.6 ± 7.2	79.4 ± 25.6	98.75 ± 2.88	F = 10.20 p = .000	INICIO < FINAL INICIO < 3 MESES INICIO < 6 MESES FINAL < 3 MESES 3 MESES < 6MESES
Reducción Preocupación por efectos futuros (DQOL-D)	73.2 ± 18.2	86.6 ± 10.4	88.6 ± 11.2	90.31 ± 7.63	F = 5.75 p = .002	INICIO < FINAL INICIO < 3 MESES INICIO < 6 MESES
Bienestar general (DQOL-E)	73 ± 16	76 ± 15.2	80.6 ± 11.2	78.12 ± 12.5	F = .319 p = .811	NINGUNA
Calidad de vida específica para diabetes (total DQOL)	76.2 ± 7.1	83.9 ± 6.4	85.6 ± 4.68	87.5 ± 3.88	F = p = .000	INICIO < FINAL INICIO < 3 MESES INICIO < 6 MESES
Calidad de vida general relacionada con la salud (PECVEC)	68.8 ± 15.6	79.2 ± 9.3	97.5 ± 7.94	74.92 ± 14.51	F = 3.37 p = .02	INICIO < FINAL INICIO < 3 MESES INICIO < 6 MESES

* Valor F con grados de libertad = 3 (para numerador de F), 45 (para denominador de F), y significancia estadística en Análisis Multivariado de Varianza de medidas repetidas.

** Comparaciones significativas ($p \leq .05$).

Es importante recalcar que el método de calificación del DQOL que se empleó en este estudio implica una transformación de la puntuación cruda en una escala de 100 puntos donde un mayor puntaje significa una mejor calidad de vida. Por esta razón, y a manera de facilitar la comprensión y fácil comparación de los datos, la

puntuación de otra medición de calidad de vida, el PECVEC, se transformó también a una escala de 100 puntos.

2.2 Variables relacionadas con la eficacia de la intervención

A continuación se presenta una descripción general y comparación de las variables médicas de laboratorio, psicológicas y psiquiátricas antes, después y a los tres meses del estudio, para proceder entonces con el resultado del análisis de regresión múltiple, que se empleó para determinar las variables predictoras de la efectividad de la intervención.

2.2.1 Hemoglobina Glucosilada.

El nivel de hemoglobina glucosilada A1c (HA1c) mostró cambios favorables y estadísticamente significativos en el seguimiento a tres y seis meses de la intervención. El promedio inicial de HA1c estaba en 10.09 ± 2.25 , a los tres meses de la intervención fue de 8.32 ± 2.34 ($t = 2.72$, $p = .008$), y a los seis meses de 7.83 ± 1.86 ($t = 3.49$, $p = .001$).

A los tres meses de la intervención, el 52% de los participantes mostró una disminución en sus niveles de HA1c, mientras que el 8% no presentó cambios en este parámetro clínico. A los seis meses de la intervención, el 62.5% de la muestra disminuyó de forma importante la HA1c, y el 6.25% permaneció sin cambio y bajo control metabólico (HA1c menor al 7%).

Mientras que al inicio y a los tres meses de la intervención el 40% de los participantes tenía niveles de HA1c inferiores al 7%, a los seis meses de la intervención el 50% de los participantes había logrado esta meta de control metabólico.

Al respecto cabe aclarar que aunque la muestra incluida en el presente estudio no debía presentar complicaciones metabólicas y por tanto incluye a personas con niveles de HA1c aceptables, al menos un 10% de las personas que no tenían control metabólico adecuado lo alcanzaron a los seis meses de la intervención, y el 40% que ya lo tenía, lo conservó.

Cabe señalar que la gran mayoría de las personas que mostraron un cambio favorable en el nivel de HA1c a los tres y seis meses de la intervención reportaron un aumento importante en su apego a tratamiento médico.

2.2.2 Afectividad y Sintomatología depresiva y ansiosa

Las puntuaciones totales de sintomatología depresiva y ansiosa y afecto negativo en las últimas semanas disminuyeron, y el afecto positivo en las últimas semanas aumentó al finalizar la intervención. Estos cambios se mantuvieron a los tres y seis meses de la intervención. No hubo diferencias clínicas ni estadísticamente significativas ($p \leq .05$) entre las puntuaciones a tres y seis meses de la intervención.

En la tabla 10 se presentan la media, desviación estándar, rango, valor F, grados de libertad, significancia estadística y las comparaciones que resultaron significativas en el ANVA de medidas repetidas correspondiente.

Tabla 10. Comparación de puntuaciones iniciales, finales y a tres y seis meses de sintomatología depresiva y ansiosa y afecto positivo y negativo

Variable	Media y ds a Inicial de la intervención (n=25)	Media y ds a Final de la intervención (n=25)	Media y ds a 3 meses de la intervención (n=25)	Media y ds a 6 meses de la intervención (n=16)	F (gl=3,45), p de ANVA*	Comparaciones significativas**
Sintomatología depresiva (BDI)	10.04 ± 9.34	4.68 ± 5.78	2.44 ± 2.97	3.38 ± 2.96	F = 7.45 p = .000	INICIAL > FINAL INICIAL > 3 MESES INICIAL > 6 MESES
Sintomatología ansiosa (BAI)	9.36 ± 10.61	5.24 ± 6.31	5.16 ± 6.49	9.5 ± 11.03	F = 4.49 p = .008	INICIAL > 6 MESES
Afecto positivo últimas semanas (PANAS)	31.64 ± 7.86	34.56 ± 12.25	35.6 ± 7.7	31.06 ± 6.6	F = 1.34 p = .272	NINGUNA
Afecto Negativo últimas semanas (PANAS)	17.48 ± 8.82	12.92 ± 5.28	12.44 ± 3.29	17.06 ± 8.4	F = 1.93 p = .01	INICIAL > FINAL INICIAL > 3 MESES

* Valor F con grados de libertad = 3 (para numerador de F), 45 (para denominador de F), y significancia estadística en Análisis Multivariado de Varianza de medidas repetidas.

** Comparaciones significativas ($p \leq .05$).

2.2.3 Adherencia a Tratamiento Médico.

El registro conductual de adherencia a tratamiento médico, así como la percepción subjetiva de apego al régimen terapéutico mostraron cambios clínicamente relevantes (aunque no estadísticamente significativos) en el transcurso y a los tres y seis meses de la intervención.

La media de **apego a tratamiento inicial** (en una escala de 100 puntos) fue de **80.40 ± 17.19** (rango = 50 - 100). El **incremento de adherencia** a tratamiento fue de **30.4 ± 23.45** (rango = 0 - 50) al finalizar la intervención. En el seguimiento a los tres meses de la intervención, **el promedio de adherencia** fue de **83.80 ± 16.47** (rango = 50 - 100); y a los seis meses de **86.88 ± 15.15** (rango = 50 - 100).

Cabe señalar que los resultados de los registros conductuales diarios y el reporte subjetivo de apego a tratamiento fueron francamente similares. Sin embargo, estos resultados deben ser tomados con la cautela que requieren las evaluaciones subjetivas de mejoría.

2.2.4 Diagnóstico Psiquiátrico.

Del total de la muestra, el 36% presentaba un trastorno del estado del ánimo y/o de ansiedad de acuerdo a los criterios diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM III-R).

A continuación se describen los resultados de la comparación de las variables sujetas a estudio entre estos casos y los sujetos que no presentaron trastornos mentales.

Es importante señalar primero, que ambos grupos no difirieron significativamente en edad (Media del Grupo con diagnóstico (GD) = 49.56 ± 7.55 ; Media Grupo sin diagnóstico (GC) = 52.94 ± 8.96 ; $t = -.95$, $gl = 23$, $p=.34$), ni en el tiempo de evolución de la enfermedad (Media GD = 5.44 ± 4.77 , Media de GC = 7.88 ± 7.58 ; $t = -.86$, $gl = 23$; $p = .39$). Ello permite suponer que las diferencias entre las puntuaciones de calidad de vida entre personas con diagnóstico y sin diagnóstico, no se deben al menos a estas dos importantes variables de confusión (edad y tiempo de evolución de la enfermedad).

En los análisis de varianza de medidas repetidas se demostró que no hubo efecto del diagnóstico sobre la evolución de la calidad de vida al finalizar y a los tres y seis meses de la intervención. En el caso de la calidad de vida específica para diabetes, evaluada con base en el DQOL, los valores fueron: $F = 1.85$, p

=.195, $gl = 1$; y para la calidad de vida general (PECVEC): $F = 1.247$, $p = .283$, $gl = 1$.

En la siguiente tabla se muestran las puntuaciones promedio (y desviación estándar), los valores t y la significancia estadística que resultaron del análisis comparativo bivariado de personas con y sin diagnóstico en las medidas de calidad de vida general y específica para Diabetes, al inicio, final, y a los 3 y 6 meses de la intervención.

Tabla 11. Comparación de Calidad de Vida entre personas con y sin diagnóstico psiquiátrico.

Medida de Calidad de Vida	Media y ds Grupo con Dx.	Media y ds. Grupo sin Dx.	Valor t y Significancia estadística
Calidad de Vida específica INICIAL*	71.8 ± 6.9	78.7 ± 6.2	T= -2.56, p= .017
Calidad de Vida general INICIAL**	60.7 ± 16.8	73.3 ± 13.3	T= -2.05, p= .052
Calidad de Vida específica FINAL*	81.1 ± 7.4	85.4 ± 5.3	T= -1.68, p= .106
Calidad de Vida General FINAL**	77.9 ± 8.5	81.5 ± 10.8	T= .939, p= .35
Calidad de Vida específica a 3 MESES*	83.6 ± 3.2	86.7 ± 5.08	T= -1.62, p= .117
Calidad de vida general a 3 MESES**	73.6 ± 11.1	82.7 ± 10.6	T= -2.01, p= .056
Calidad de vida específica a 6 MESES*	87.52 ± 3.17	87.52 ± 4.41	T = .03, p= .979
Calidad de Vida General a 6 MESES**	83.43 ± 10.77	69.81 ± 14.46	T = -1.98, p= .067

* *Calidad de Vida Específica = Total (puntuación corregida) en DQOL*

** *Calidad de Vida General = Total (puntuación corregida) en PECVEC*

Como podemos observar, el grupo de personas que padecía algún trastorno del estado de ánimo y /o de ansiedad difirió de manera clínica y estadísticamente significativa en las puntuaciones iniciales de calidad de vida general y específica para diabetes, en comparación con las personas que no presentaron diagnóstico psiquiátrico. Empero, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos de personas (con y sin diagnóstico psiquiátrico) en las puntuaciones de calidad de vida general y específica para diabetes al final y a los tres y seis meses de la intervención psicológica.

Cabe señalar que la presencia de diagnóstico psiquiátrico se relacionó también con los niveles de hemoglobina glucosilada y con el perfil de afectividad de los participantes. Las personas que presentaban algún trastorno del estado del ánimo y/o de ansiedad mostraron niveles más altos de hemoglobina al inicio (Media GD inicial = 9.5 ± 1.8 , Media GC inicial = 7.2 ± 1.4 ; $t = 3.35$, $gl = 23$, $p = .003$) y a los tres meses de la intervención (Media GD a 3 meses = 9.4 ± 2.1 , Media GC a 3 meses = 7.7 ± 2.2 ; $t = 2.104$, $gl = 23$, $p = .046$).

Por su parte, tal y como teóricamente se esperaría, las personas con diagnóstico psiquiátrico presentaron un mayor índice de afectividad negativa, en comparación con aquellas sin trastornos del estado del ánimo y/o de ansiedad (Media GD = 25 ± 1.3 , Media GC = 13.06 ± 3.75 ; $t = 3.88$, $gl = 23$, $p = .001$).

2.2.5 Variables que predicen la efectividad de la intervención

En el análisis de regresión múltiple, en donde la magnitud del **cambio de calidad de vida inicial a final en el DQOL** (medida de calidad de vida específica para diabetes) fue la variable dependiente (valor DELTA DQOL), entraron al modelo final, y en este orden, las variables: 1) **calidad de vida específica para diabetes inicial** (total DQOL inicial), (r de pearson = $-.60$, $\beta = -.62$, $t = -5.36$, R cuadrada $.37$, $p = .000$), 2) **género**, ($\beta = -.25$, $t = -2.24$, R cuadrada = $.062$, $p = .030$), 3) **sintomatología depresiva inicial** (total del BDI inicial) (r de pearson = $.53$, $\beta = .29$, $t = 2.10$, R cuadrada = $.051$, $p = .041$), y 4) **afecto negativo generalmente** (escala PANAS) (r de pearson con DELTA DQOL = $.14$, r de pearson con BDI = $.56$, $\beta = .$, $t = -3.10$, R cuadrada = $.092$, $p = .003$).

En el modelo final de regresión, estas cuatro variables explicaron juntas el 55% de la varianza de cambio en calidad de vida antes y después de la intervención ($R = .768$, R cuadrada ajustada = $.551$, error estándar de estimación = 3.59). El resto de variables sociodemográficas, psicológicas y psiquiátricas que se probaron en el análisis de regresión no explicaron un porcentaje

estadísticamente significativo de la varianza en de calidad de vida (DELTA DQOL), léanse: 1) edad, 2) sexo, 3) sintomatología depresiva inicial (BDI), 4) sintomatología ansiosa inicial (BAI), 5) afecto positivo y negativo generalmente iniciales (PANAS), y 6) diagnóstico psiquiátrico.

2.3 Variables relacionadas con la deserción de la intervención.

El total de personas que desertaron de la intervención fueron cinco, y asistieron a la cita para evaluación inicial y a un promedio de dos sesiones (del total de ocho). En la tabla 12 se describen las características de este grupo.

El grupo de personas que desertaron de la intervención (GD= grupo deserción) tiene, en comparación con el grupo de participantes que concluyeron la intervención (GI= grupo intervención), y de manera clínica y estadísticamente significativa: 1) mayor edad (GD: 61 ± 7.18 ; GI: 51.72 ± 8.48 ; $t = -3.677$, $p = .003$), 2) menor tiempo de evolución de la enfermedad (GD: 3.2 ± 2.28 ; GI: 7 ± 6.7 ; $t = 2.25$, $p = .034$), 3) menor afecto positivo en la última semana (GD= 23.2 ± 7.19 ; GI= 31.64 ± 7.86 ; $t = 2.35$, $p = .05$) y generalmente (GD= 24.6 ± 9.83 ; GI= 33.12 ± 7.43 ; $t = 2.78$, $p = .039$), 4) mayor afecto negativo generalmente (GD= 29.4 ± 9.83 , GI= 17.36 ± 9.29 ; $t = -3.69$, $p = .007$), y 5) mayor prevalencia de trastornos del estado del ánimo y/o de ansiedad (GD: $n = 5$ (100%), GI: $n = 9$ (36%); $CHI^2 = 6.85$, $p \leq .001$).

Además, hubo diferencias clínicamente relevantes (aunque no estadísticamente significativas) entre ambos grupos en sintomatología depresiva y ansiosa. El grupo de personas que desertaron (GD) presentaron, en comparación con el grupo que concluyó la intervención, una mayor sintomatología depresiva (GD= 23.6 ± 5.98 ; GI= 10.04 ± 9.34 ; $t = -2.23$, $p = .07$) y ansiosa (GD= 21.2 ± 12.93 ; GI: 9.36 ± 10.61 ; $t = -1.92$, $p = .11$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de personas que desertaron y el que concluyó la intervención en: sexo, escolaridad, estado civil, nivel de hemoglobina glucosilada, calidad de vida específica para diabetes, afecto negativo en las últimas semanas, y percepción de apoyo de otros significativos.

Tabla 12 Descripción de participantes que desertaron de la intervención: variables sociodemográficas, médicas, psicológicas y psiquiátricas (n = 5).

Variable	Medida descriptiva (media y desviación estándar o número de casos y porcentaje)
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Sexo	Masculino 2 (40%) Femenino 3 (60%)
Edad	61 ± 4.18
Escolaridad	8.2 ± 3.77
Estado Civil	Con pareja 3 (60%)
Ocupación	Hogar 3 (60%) Técnico/Comercial 2 (40%) Profesional 0 Jubilado/Pensionado 0
VARIABLES MÉDICAS PARACLÍNICAS Y DE LABORATORIO	
Tiempo de evolución	3.2 ± 2.28
Medicamentos Hipoglucemiantes	5 (100%)
Sulfonilureas	4 (80%)
Biguanidas	1 (20%)
Mixto	0
Otros Medicamentos	3 (60%)
Antihipertensivo	2 (40%)
Hipocolesteromiante	0
Hormona tiroidea	0
Insulina mixta	0
Vitamina B	1 (20%)
Otros	0
Fumar	1 (20%)
Consumo de Alcohol	1 (20%)
Ejercicio	5 (100%)
Dieta	4 (80%)
Medición de Glucosa en Sangre	2 (40%)
Hemoglobina Glucosilada Total	11.62 ± 4.2
Hemoglobina A1c	8.88 ± 2.89
VARIABLES PSIQUIÁTRICAS Y PSICOLÓGICAS	
Diagnóstico Psiquiátrico	5 (100%)
Depresión	1 (20%)
Distimia	0
Agorafobia sin pánico	0
Pánico	0
Fobia Social	3 (60%)
Fobia simple	0
Ansiedad Generalizada	2 (40%)
Comorbilidad (+ de 1 dx)	2 (40%)
Afecto positivo en últimas semanas	23.2 ± 7.19
Afecto negativo en últimas semanas	27.6 ± 13.2
Afecto positivo generalmente	24.6 ± 9.83
Afecto negativo generalmente	29.4 ± 14.48
Sintomatología depresiva (BDI)	23.6 ± 5.98
Sintomatología Ansiosa (BAI)	21.2 ± 12.93

Discusión y Conclusiones

Yo, María..., hace 13 años que soy diabética, siempre de 180 a 320 de glucosa. Nunca me acepté con esta enfermedad, lloraba, me ponía triste, con angustia, me decía "como es posible que a un futuro voy a quedar como mi papá", a él le cortaron las piernas...

No cumplía con la dieta, no acudía al doctor, no hacía ejercicio, me decía que "para que me sirve, si al fin la glucosa nunca me voy a curar... no tiene caso detenerme o sacrificarme", así me decía...

Gracias a las pláticas con Rebeca y su equipo, y la evaluación, me di cuenta que yo no me quería, comía sin ninguna consideración todo lo que me hacía daño, y nunca de los 13 años de diabética salí con la glucosa baja, y diario con 180 hasta 320 y 400...

Y al fin logré comprender que me quiera yo y de diciembre a la fecha lo he logrado gracias a Dios y a Rebeca... que con entusiasmo y tenacidad logre a 106 (de glucosa), asisto al médico cada mes, hago ejercicio y mi dieta... lo logré una vez más gracias a Dios y a ustedes...

María. Participante de la intervención.
Carta a los 6 meses de la intervención.

Los estudios anteriores a este han sugerido un deterioro significativo en la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus (Greenfield y Hays, 1989; Jacobson y cols., 1994; Stewart,; Wells y cols., 1988; Wikby y cols., 1993). Empero, no se había probado la efectividad de estrategias psicoterapéuticas para impactar positivamente en medidas específicas de calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus (Delamater, Jacobson, Anderson, Cox, Fisher, Lawrence, Lustman, Rubin y Wysocki, 2001). Los programas psicoterapéuticos existentes han probado ser útiles para lograr objetivos tales como: el aumento en adherencia a tratamiento y la disminución de sintomatología depresiva, por citar un par (para una revisión extensa ver apartado de "Antecedentes"), pero no habían considerado como variable dependiente principal de su estudio a la calidad de vida, aún y cuando es bien sabido que hoy por hoy se sugiere como una de los objetivos de cualquier intervención para Diabetes Mellitus (Bradley, 1994; Jacobson, de Groot y Samson, 1994).

Este reporte incluye los datos de la evaluación inicial, a término y a los tres y seis meses de una intervención cognitivo conductual para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus Tipo II.

En términos generales, es posible concluir que la intervención psicológica sujeta a estudio demostró efectividad para aumentar la calidad de vida en el total de la muestra. Las dimensiones de calidad de vida específica denominadas "satisfacción con tratamiento", "impacto de tratamiento", "preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales" y "preocupaciones por efectos futuros de la enfermedad" mostraron un impacto positivo y estadísticamente significativo al finalizar la intervención; y este cambio se mantuvo a los tres y seis meses de la misma. Además, y de manera congruente, la medida de calidad de vida general (PECVEC) mostró también un aumento clínica y estadísticamente significativo al final y a los tres y seis meses de la intervención. Además, este dato puede incluso aunar evidencia de validez de la versión en español de la medida de calidad de vida específica DQOL.

La dimensión de "bienestar general", aún cuando registró también una mejoría, aunque no resultó estadísticamente relevante. Esto último puede explicarse en tanto que esta escala cuenta tan solo con un reactivo, por lo que las diferencias entre las puntuaciones antes, después y a los tres y seis meses son francamente pequeñas, y sería necesario un tamaño de muestra muy superior para poder determinar si resultan estadísticamente significativas.

Es probable entonces que, tal y como se hipotetiza desde la perspectiva psicológica, existen ciertas **variables cognitivas, emotivas y conductuales relacionadas con el deterioro en la calidad de vida** de las personas con enfermedades crónicas en general, y con Diabetes Mellitus en lo particular. No se descarta por ello el papel fundamental de otros factores, sino que se enfatiza en estos como parte importante para el logro de mejores condiciones de vida para las personas que padecen esta enfermedad. De esta manera, una intervención como la del presente trabajo, que se dirige a eliminar las barreras cognitivas y a

implementar habilidades conductuales y cognitivas específicas, puede impactar de forma positiva la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas.

Así por ejemplo, las estrategias cognitivas y conductuales para afrontar la ansiedad parecen ser útiles para reducir las frecuentes "preocupaciones por efectos futuros de la diabetes" que afectan la calidad de vida de estos pacientes. Este hallazgo concuerda con el reporte de Zattler y cols. (1995), quienes probaron la efectividad de una terapia de grupo conductual para afrontar el miedo a las complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus.

Además de que la intervención resulta efectiva para lograr cambios positivos en medidas de calidad de vida específica y general, es útil también para conseguir un mayor apego a tratamiento y el control metabólico de la enfermedad, como que esas mismas variables cognitivas, emotivas y conductuales sujetas a modificación, juegan un papel importante también en el seguimiento de un régimen terapéutico y así en la mejoría de medidas fisiológicas específicas. Así, con base en las técnicas dirigidas al control de la ansiedad, los participantes lograron impactar en la medida de calidad de vida reduciendo sus "preocupaciones por eventos futuros de las diabetes", como se explicó anteriormente, pero también generaron la habilidad de relajarse y "*no romper la dieta*", por ejemplo, y/o conscientes de que la relajación induce directa e indirectamente el metabolismo de la glucosa (Jevning, Wilson y Davidson, 1978), contribuyeron con su práctica con el manejo médico de su enfermedad.

De manera similar, Skinner y Hampson (2001) mostraron que los modelos o creencias personales acerca de la enfermedad tienen una relación estrecha con el auto cuidado, el control de glucemia y el bienestar psicológico en adolescentes con Diabetes Mellitus.

En esta dirección, los familiares, profesionales de la salud y los propios pacientes deben considerar sus creencias acerca de la diabetes y su tratamiento,

tanto como sus habilidades conductuales para el autocuidado, como factores que influyen el bienestar psicológico y el control de la enfermedad.

Por otra parte, y en lo que respecta al análisis de la efectividad de la intervención entre **personas con y sin diagnóstico psiquiátrico** cabe señalar un par de cuestiones. En primer lugar, la medición basal de calidad de vida indicó que las personas con trastornos del estado del ánimo y/o de ansiedad presentan un mayor deterioro de calidad de vida que las personas sin diagnósticos psiquiátricos comórbidos. Este dato es congruente con el reporte de Jacobson y cols. (1997) respecto al efecto negativo en la calidad de vida de trastornos y síntomas psiquiátricos en personas con esta enfermedad. En segundo lugar, es interesante que al parecer, la intervención es tan efectiva para las personas con trastornos del estado del ánimo y/o de ansiedad intercurrentes, como para aquellas que no presentan estos diagnósticos psiquiátricos.

Ello en virtud de que no hubo diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones de calidad de vida al final y a los tres y seis meses de la intervención psicológica entre personas con y sin algún diagnóstico psiquiátrico. Empero, sin duda alguna, este dato habrá de ser confirmado en estudios diseñados específicamente para ello, y con un tamaño de muestra más amplio para ambas condiciones (con y sin diagnóstico psiquiátrico).

Además, el presente estudio aporta evidencia adicional respecto a la efectividad de intervenciones **grupales y breves** para lograr objetivos terapéuticos específicos y de suma relevancia para los participantes. En esta dirección, se advierte que las intervenciones grupales tienen ventajas (sobre las individuales) en el aprendizaje de los participantes (Morrison, 2001; Steckler, 1995), y que las breves muestran tanta efectividad, como aquellas de largo plazo, para el logro de objetivos terapéuticos específicos (Mark, 1996). Este tipo de intervenciones pueden ser de gran utilidad en tanto que resultan efectivas y menos costosas en tiempo y

recursos materiales y humanos, ante lo que puede alentarse su uso para la atención institucional y costo efectiva de estos pacientes.

Así pues, es posible sugerir que un grupo de intervenciones terapéuticas cognitivo conductuales que han demostrado ser efectivas para lograr objetivos tales como: aumentar la adherencia a tratamiento médico y así fomentar el control metabólico de la enfermedad, y disminuir las emociones negativas como depresión, ansiedad y enojo, pueden ser impartidas de manera **integral, grupal y breve con alta efectividad** e impacto positivo sobre medidas de calidad de vida específicas y generales.

Cabe recalcar que, la disminución en sintomatología depresiva y ansiosa y en afecto negativo, así como el aumento en adherencia a tratamiento médico, de control metabólico de la enfermedad, y de afecto positivo, que se evidenciaron al final y a los tres y seis meses de la intervención sujeta a estudio, fueron objetivos específicos de la misma, que se abordaron con base en técnicas que previamente se diseñaron y probaron su efectividad para ello. Léanse, 1) las técnicas cognitivo conductuales para la depresión de Beck (1979) que han probado su efectividad para disminuir sintomatología depresiva en Diabetes (Lustman, Griffith, Freedland, Kissel, Clouse, 1998); 2) las técnicas de respiración y relajación que han mostrado un impacto positivo en el control metabólico de la diabetes y en el manejo de la ansiedad (Fowler, Budzynski y Vandenberg, 1976; Seeburg y DeBoer, 1980); 3) la terapia racional emotiva, que el propio Ellis sugiere como opción para lograr un adecuado afrontamiento de la Diabetes Mellitus (Ellis, 1997); y 4) la tan bien acostumbrada psicoeducación y el programa de "pasos vitales" diseñado por Safren (2000) que ha probado su efectividad para aumentar la adherencia a tratamiento en enfermedades crónicas, con base en la modificación de creencias disfuncionales relacionadas y la implementación de habilidades conductuales específicas. De esta manera, el presente estudio sirve con suerte de evidencia adicional de la efectividad de estas técnicas.

Este trabajo aporta evidencia también respecto a la **controvertida relación entre ciertas características de la personalidad y la presencia y/o evolución de la Diabetes Mellitus** (Lustman, Frank y McGill, 1991). El "**afecto negativo generalmente**", que pretende ser una medida de expresión de estados afectivos como rasgo (vs. "afecto negativo en las últimas semanas", como estado) (Watson, Clark y Tellegen, 1988), presentó una relación negativa y estadísticamente significativa con la mejoría en calidad de vida, e incluso se comprometió como variable predictora del cambio en calidad de vida en el modelo de regresión final del presente estudio, -al parecer más en virtud de su relación con la sintomatología depresiva presente-.

Ello es congruente con al menos: 1) la hipótesis de Clark y Watson (1991), que señalan que la depresión (a diferencia de la ansiedad) se encuentra estrechamente vinculada con un alto índice de afectividad negativa; y 2) con la vasta evidencia respecto a la relación entre rasgos específicos de la personalidad y quejas somáticas y/o enfermedad física, y estados emocionales negativos y/o psicopatología (Watson y Pennebaker, 1989; Watson, Clark y Harkness, 1994; Watson y Clark, 1984).

Por su parte, la **mejoría en adherencia a tratamiento médico y en control de niveles de hemoglobina glucosilada**, es congruente con gran cantidad de reportes que sugieren que con base en una intervención psicológica breve puede lograrse un apego más estricto a regímenes de tratamiento complicados y crónicos, y por tanto una mejoría en parámetros de laboratorio específicos. Así por ejemplo, recientemente Cabrera y cols. (2001) mostraron que una intervención psicoeducativa breve, en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II contribuye a mejorar el nivel de control metabólico del LDL colestero.

Además se aporta evidencia adicional a la ya planteada relación entre calidad de vida y control metabólico de la enfermedad (Dorchy y Olinger, 1997; Hoey,

Aanstroot, Chiarelli y Daneman, 2001); en esta ocasión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

Cabe agregar que el presente trabajo aporta datos acerca del **porcentaje y características sociodemográficas psiquiátricas y psicológicas de las personas que desertaron de la intervención**. El porcentaje (20%) de deserción de la intervención es congruente con el reportado en estudios similares (por ejemplo: Lustman, Griffith, Freedland, Kissel y Clouse, 1998). Ello puede dar cuenta de la percepción subjetiva de los participantes acerca de la utilidad de la intervención, y servir para la planeación de futuros estudios de eficacia de intervenciones breves y grupales.

En lo que respecta al análisis de las características relacionadas con aquellos que desertaron de la intervención, es importante notar que al parecer, se trata de personas con sintomatología psiquiátrica y/o psicológica más severa que los que completaron la intervención. Además, llama la atención que el diagnóstico psiquiátrico de mayor prevalencia en las personas que desertaron fue el **Trastorno de Ansiedad Generalizada**, que no se presentó en ninguno de los casos que concluyeron la intervención, y que implica la evitación de situaciones sociales y novedosas como lo es una intervención psicológica grupal. Estos datos prueban de alguna manera la tan divulgada hipótesis clínica de que los pacientes que participan en los proyectos de investigación y en las intervenciones psicológicas son aquellos con menor psicopatología y mayor probabilidad de recuperación (en comparación con aquellos que no acuden o desertan de los protocolos de investigación y de las intervenciones psicoterapéuticas). Así, es importante dirigir esfuerzos para generar estrategias de tratamiento en donde puedan involucrarse a poblaciones especiales. En este caso (de pacientes con ansiedad generalizada), la opción de tratamiento individual puede ser mejor que la grupal, por ejemplo.

Finalmente, valga recalcar que recientemente se ha insistido en la necesidad de que los estudios de intervenciones psicoterapéuticas incluyan una

descripción precisa de las mismas, de manera que sea posible su reproducción, con fines clínicos y/o de investigación. Sin embargo, esto solo se cumple en el 1% de los trabajos publicados en textos científicos. El presente estudio presenta la ventaja de haber manualizado la intervención sujeta a prueba.

En resumen, los datos del presente estudio sugieren **efectividad de la intervención cognitivo conductual grupal, breve y sistematizada para mejorar la calidad de vida específica y general de personas con Diabetes Mellitus Tipo II** sin complicaciones médicas mayores.

En concordancia con diversos autores es posible sugerir que el tratamiento de las personas con Diabetes Mellitus debe cubrir aspectos físicos específicos, pero debe orientarse también a los aspectos psicológicos del paciente. Estos constituyen un factor importante para explicar y controlar la enfermedad (para una revisión ver: Jacobson, 1996). Así, aunque el objetivo principal del tratamiento de la Diabetes es lograr control metabólico (7% o menos de hemoglobina glucosilada A1c); tal como lo sugieren los principales investigadores en este tema, el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas puede y debe ser tratada con el mismo interés que los síntomas físicos de las mismas (Bradley, 1997; Delamater, Jacobson, Anderson, Cox, Fisher, Lawrence, Lustman, Rubin y Wysocki, 2001).

Limitaciones y sugerencias

Este trabajo, al igual que la mayoría de los estudios de efectividad de intervenciones psicoterapéuticas, presentan la limitante de que la terapia es impartida por un profesional experimentado en la misma, lo que dificulta la afirmación de que puede ser reproducida con la misma efectividad por personal lego o no experimentado. Es necesario dirigir esfuerzos para estudiar el efecto que

descripción precisa de las mismas, de manera que sea posible su reproducción, con fines clínicos y/o de investigación. Sin embargo, esto solo se cumple en el 1% de los trabajos publicados en textos científicos. El presente estudio presenta la ventaja de haber manualizado la intervención sujeta a prueba.

En resumen, los datos del presente estudio sugieren ***efectividad de la intervención cognitivo conductual grupal, breve y sistematizada para mejorar la calidad de vida específica y general de personas con Diabetes Mellitus Tipo II*** sin complicaciones médicas mayores.

En concordancia con diversos autores es posible sugerir que el tratamiento de las personas con Diabetes Mellitus debe cubrir aspectos físicos específicos, pero debe orientarse también a los aspectos psicológicos del paciente. Estos constituyen un factor importante para explicar y controlar la enfermedad (para una revisión ver: Jacobson, 1996). Así, aunque el objetivo principal del tratamiento de la Diabetes es lograr control metabólico (7% o menos de hemoglobina glucosilada A1c); tal como lo sugieren los principales investigadores en este tema, el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas puede y debe ser tratada con el mismo interés que los síntomas físicos de las mismas (Bradley, 1997; Delamater, Jacobson, Anderson, Cox, Fisher, Lawrence, Lustman, Rubin y Wysocki, 2001).

Limitaciones y sugerencias

Este trabajo, al igual que la mayoría de los estudios de efectividad de intervenciones psicoterapéuticas, presentan la limitante de que la terapia es impartida por un profesional experimentado en la misma, lo que dificulta la afirmación de que puede ser reproducida con la misma efectividad por personal lego o no experimentado. Es necesario dirigir esfuerzos para estudiar el efecto que

tienen las intervenciones psicológicas en el "mundo real", en donde son aplicadas por un profesional no experimentado o no especializado. Ello permitirá en su momento, desarrollar estrategias útiles que puedan ser aplicadas por los profesionales de la salud que atienden a estos pacientes; como lo son los manuales de técnicas psicológicas para médicos generales y especialistas (p. ej., Rodríguez G., 1999). Empero, es importante anticipar que muchas de las actividades psicoterapéuticas realizadas a lo largo de esta intervención resultan sumamente especializadas.

Una de las limitaciones más importantes del presente trabajo, si no es que la mas, es la carencia de grupo control de la intervención psicológica. Es deseable que se procure su inclusión en estudios de efectividad de maniobras psicoterapéuticas, aunque es bien sabida la dificultad práctica que conlleva su formación, sea porque se disminuye la aceptación a participar en el proyecto, porque son necesarios más recursos materiales y humanos, y/o porque es difícil garantizar la "no maniobra" control.

Por otra parte, en términos generales, como puede observarse, los elementos de la intervención cognitivo conductual sujeta a estudio incluyen la psicoeducación y la modificación conductual y cognitiva. Es deseable que en una fase subsecuente de esta intervención se incluyan estrategias para prevención de recaídas, como las llamadas telefónicas para recordatorio o las sesiones de seguimiento, que sugiere el propio Safren (2000) en su modelo para mantener la adherencia a tratamientos crónicos, por ejemplo.

Además, y de acuerdo con la postura de Marks (2002), parece necesario que se dirijan estudios específicos para determinar los mecanismos de acción involucrados en la efectividad de esta como de muchas otras intervenciones psicológicas.

Es posible recomendar que futuros estudios: 1) Complementen las medidas de auto reporte para adherencia a tratamiento con reportes de familiares y/o médico tratante, y con medidas objetivas (conteo de pastillas por ejemplo), 2) Amplíen los tamaños de muestras y/o seleccionen poblaciones especiales, y 3) Presten atención a la evaluación de costo efectividad de las intervenciones.

Finalmente cabe recalcar que tradicionalmente, la investigación sobre modificación de calidad de vida ha corrido a cargo de industrias farmacéuticas interesadas más bien en comparar la efectividad de intervenciones médicas. En esta dirección el presente estudio puede representar de manera heurística un aliciente para emplear medidas de calidad de vida para probar la efectividad y significancia de cambio clínico de las intervenciones psicológicas que se diseñen y/o apliquen en el futuro.

Consideraciones éticas.

El presente trabajo no contraviene ninguno de los estatus internacionales para la investigación con humanos. Todos los participantes del estudio recibieron, comprendieron y firmaron la carta de consentimiento informado correspondiente, que previamente fue revisada y autorizada por los comités de ética e investigación del Instituto Jalisciense de Salud Mental, de la Secretaria de Salud Jalisco.

Es posible recomendar que futuros estudios: 1) Complementen las medidas de auto reporte para adherencia a tratamiento con reportes de familiares y/o médico tratante, y con medidas objetivas (conteo de pastillas por ejemplo), 2) Amplíen los tamaños de muestras y/o seleccionen poblaciones especiales, y 3) Presten atención a la evaluación de costo efectividad de las intervenciones.

Finalmente cabe recalcar que tradicionalmente, la investigación sobre modificación de calidad de vida ha corrido a cargo de industrias farmacéuticas interesadas más bien en comparar la efectividad de intervenciones médicas. En esta dirección el presente estudio puede representar de manera heurística un aliciente para emplear medidas de calidad de vida para probar la efectividad y significancia de cambio clínico de las intervenciones psicológicas que se diseñen y/o apliquen en el futuro.

Consideraciones éticas.

El presente trabajo no contraviene ninguno de los estatus internacionales para la investigación con humanos. Todos los participantes del estudio recibieron, comprendieron y firmaron la carta de consentimiento informado correspondiente, que previamente fue revisada y autorizada por los comités de ética e investigación del Instituto Jalisciense de Salud Mental, de la Secretaria de Salud Jalisco.

Bibliografía

Aalto, A.M., Uutela, A. y Aro, A.R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: disease-related and psychological correlates. *Patient Educational Counseling*, 30, 215-225.

Aikens, J.E. y Wagner, L.I. (1998). Diabetes Mellitus and Other Endocrine Disorders. En: Camic, P.M. y Knight, S.J. (Ed), *Clinical Handbook of Health Psychology: A practical guide to effective Interventions* (pag.191-225). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

Alogna, N. (1980). Perception and severity of disease and health locus of control in compliant and noncompliant patients. *Diabetes Care*, 3, 533-534.

American Diabetes Association (2001). Test of Glycemia in Diabetes. *Diabetes Care*, 24, suppl. 1, 1-7.

American Diabetes Association (1996). *Vital statistics*. Alexandria: American Diabetes Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-ed*. American Psychiatric Association. Washington, DC.

Andrews, F.M. y Withey, S.B. (1976). *Social Indicators of well being: American's perceptions of life quality*. New York, Plenum Press.

Barrón-Rivera, A.J., Torreblanca-Roldán, F.L., Sánchez-Casanova, L.I., Martínez-Beltrán, M. (1998). Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública de México*, 40 (6), 503-509.

Beck, A.T. (1961). Inventario de Depresión de Beck. *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561-571.

Beck, A., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 893-897.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. *Cognitive Therapy of depression*. NY: Guilford. 1979.

Beck, A. y Steer, R. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5: 213-223.

Becker, J., Johnson, B. y Kavoussi, R. (2001). Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En: R. Hales, S. Yudorsky y J. Talbott (Eds.). *DSM IV. Tratado de Psiquiatría. Tomo I*. American Psychiatric Press. 2001.

Beléndez, M. (1994). *Programa conductual para aumentar la adherencia a tratamiento y para mejorar el manejo de estrés en la Diabetes Mellitus*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad de Mursia, España.

Blazer, D.G, Swartz, M., Woodbury, M., Manton, K.G., Hughes, D. y George, L.K. (1988). Depressive diagnoses in a community population. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1078-1084.

Bott, U., Muhlhauser, I., Overmann, H. y Berger, M. (1998). Validation of a diabetic-specific quality of life scale for patients with type I diabetes. *Diabetes Care*, 21, 757-769.

Boyd J, Weissman M. (1981). Epidemiological of affective disorders: A reexamination and future directions. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1039-1046.

Bradley, C. (1994). Guidelines for encouraging psychological well-being: report of a working group of the World Health Organization Regional Office for Europe and International Diabetes Federation European Region St. Vincent Declaration Action Programme for Diabetes, *Diabetes Medicine*, 11: 510-516.

Bradley, C. Diabetes Mellitus. En: Baum, A., Newman, s., Weinman, J., West, r y McManus, C. (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 1997.

Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Barlow, D.H. Generalized anxiety disorder. En: D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of psychological disorders*, NY: Guilford. 1993.

Caballo, V. Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Capítulo 22: El Entrenamiento en Solución de Problemas. Págs. 527-553. Siglo XXI. 1995.

Cabrera-Pivaral, C.E., González-Pérez, G., Vega-López, MG., Centeno-López, M. (2001). Efectos de una intervención educativa sobre los niveles plasmáticos de LDL-colesterol en diabéticos tipo 2. *Salud Pública de México*, 43 (6), 556-562.

Canino, G.J., Bird, H.R., Shorut, E., Rubio-Stipec, M., Martínez, R., Sesman, M., Guzmán, A., Guevara, L.M. y Costas, H. (1987). The Spanish Diagnostic Schedule. Reliability and concordance with clinical diagnoses in Puerto Rico. *Achieves of General Psychiatry*, 44, 720-726.

Caro, I. Manual de psicoterapias cognitivas: Estado en cuestión y procesos terapéuticos. Piados, México. 1997

Castro, V. y Gómez-Dantés, H. (1996). Las enfermedades crónicas en personas de 60-69 años. *Salud Pública de México*, 38:438-447.

Cerkoney, K.A. y Hart, L.K. (1980). The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 3, 594-598.

Chantelau, E., Schiffers, T., Schtze, J. y Hansen, B. (1997). Effect of patient-selected intensive insulin therapy on quality of life. *Patient Education Counseling*, 30: 167-173.

Clark, L.A., Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.

Cox, D.J. y Gonder-Frederick, L. (1992). Major Developments in Behavior Diabetes Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 628-638.

Craske, M.G. y Barlow, D.H. Panic disorder and agoraphobia. En: D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of psychological disorders*, NY: Guilford. 1993.

Dagogo-Jack, S. *Diabetes Mellitus y trastornos relacionados*. En: S. Ahya, K. Flood y S. Paranjothi. El Manual de Washington de Terapéutica Médica. 30ma edición. Departament de Medicina de la Universidad de Washington. St. Louis Missouri. Ed. McGraw Hill Interamericana. España. 2001.

Davidson, J. *Clinical Diabetes Mellitus: A Problem Oriented Approach*. Tercera Edición. Thieme, New York, EUA. 2001.

Davis, W.K., Hess, G.E. y Hiss, R.G. (1988). Psychological correlates of survival in diabetes. *Diabetes Care*, 11, 538-545.

Dawson-Saunders., B. y Trapp, R. Bioestadística médica. Manual Moderno. México. 1997.

Dineen, S. Y Rizza, R. Clasificación and Diagnosis of Diabetes Mellitus. En: H. Burger, D. Lynn, J. Marshall, S. Melmed, W. Odell, J. Potts y A. Rubenstein. *Endocrinology*, Cuarta edición. Volumen 1. Saunders, EUA. 2001.

DeGood, D.E. y Redgate, E.S. (1982). Interrelationship of plasma cortisol and other activation indexes during EMG biofeedback training. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 213-224.

Delamater, A.M., Jacobson, A.M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R., Wysocki, T. (2001). Psychological Therapies in Diabetes: Report of Psychosocial Therapies Working Group. *Diabetes Care*, 24 (7), 1286-1292.

Delamater, A.M. (2000). Quality of life in youths with diabetes. *Diabetes Spectrum*, 13, 42-46.

Delamater, A.M., Kurts, S.M., Bubb, J., White, N.H. y Santiago, J.V. (1987). Stress and coping in relation to metabolic control of adolescents with Type I Diabetes. *Developmental and Behavior Pediatrics*, 8, 136-140.

Delbrinde, L. (1975). Educational and psychological factors in the management of diabetes. *Medical Journal of Australia*, 2, 737-739.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1988). Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complication trial (DCCT). *Diabetes Care*, 11, 725-732.

Dietz, W.H. (1998) Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101, 518-525.

Dorchy, H. y Olinger, S. (1997). Assessment of well being in a population of 100 diabetic adolescents and young adults in relationship to their metabolic control. *Press Med*, 26: 1420-1424.

Dunbar, J.M., Marshall, G.D. y Hovell, M.F. Behavioral strategies for improving compliance. En: R.B. Haynes, D.W. Taylor y D.C. Sackett (Eds.), *Compliance in health care*, Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press, 1979.

Ellis, A. (1997). Using Rational Emotive Behavior Therapy Techniques to Cope with Disability. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28 (1), 17-22.

Fernández, C. y Pérez Alvarez, M. (1996). Evaluación de las implicaciones psicológicas en la diabetes. En: Buela-Casal, G., Caballo, V. Y Sierra, J.C. Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud. España: Siglo Veintiuno Editores.

Fernández, C. y Pérez, M. (1987). Modificación de conducta y mejora en el cumplimiento del tratamiento de diabéticos tipo II. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 233-248.

Fernández, L.JA., Orozco, B.D., Rancaño, G.I. y Hernández, M.R. (1999). Evaluación de la calidad de vida en un grupo de Diabetes Mellitus atendidos en un C.S. *Revista Valenciana de Medicina Familiar*, 6, 52-59.

Fernández, M.L., Rancaño, G.I. y Hernández, M. R. (1999). Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. *Psicothema*, 11 (2), 292-303.

Fernández, L.J.A., Siegrist, J., Hernández, M.R., Broer, M y Cueto, E.A. (1997). Evaluación transcultural de la versión española del perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC), *Med Clin (Barc)*; 109 (7), 245-250.

Fisher, E.B., Delamater, A.M., Bertelson, A.D. y Kirkley, B.G. (1982). Psychological factors in diabetes and its treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 993-1003.

Fowler, J.E., Budzynski, T.H. y Vandenberg, R.L. (1976). Effects of an EMG biofeedback relaxation program on the control of diabetes. *Biofeedback and self regulation*, 1, 105-112.

García de Alba, J., Ríos-González, J. y Castañeda-Parra, R. (1989). Algunos aspectos clínico epidemiológicos de la diabetes mellitus. *Salud Pública de México*, 31: 669-673.

Gavard, J.A., Lustman, P.J. y Clouse, R.E. (1993). Prevalence of Depression in adults with Diabetes: An Epidemiological evaluation. *Diabetes Care*, 16: 1167-1178.

Gillum, F.F. y Barsky, A. (1974). Diagnosis and management of patient noncompliance. *Journal of American Medical Association*, 228, 1563-1567.

Glasgow, R.E., Ruggiero, L. Eakin, E.G. Dryfoos, J. y Chobanian, L. (1997): Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 20, 562-567.

Glasgow, R.E., McCalu, K.D. y Schafer, L.C. (1987). Self-care behavior and glycemic control in Type I diabetes. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 399-412.

Goldstein, D., Little, R., Lorenz, R., Malone, J., Nathan, D. y Peterson, C. (1995). Test of Glycemia in Diabetes, *Diabetes Care*, 18 (6), 869-909.

González Puente J.A. (2001). Valoración y restauración de la calidad de vida de pacientes con VIH SIDA. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Guyatt, G., Bombardier, C. Y Tugwell, P. (1986). Measuring disease specific quality of life in clinical trials. *Canadian Medical Association Journal*, 134, 889-895.

Hales, R. Yudofsky, S. y Talbott, J. (2001). *DSM-IV. Tratado de Psiquiatría*. Masson. España.

Harris, R., Skyler, J.S., Linn, M.W., Pollack, L.W y Tewksbury, D. (1982). The relationship between the health belief model and compliance as a basis for intervention in diabetes mellitus, *Pediatric and Adolescent Endocrinology*, 10, 123-132.

Hill, O.J y Trowbridge, F.L. (1998). Childhood obesity: future directions and research priorities. *Pediatrics*, 101: 570-574.

Hoey, H., Aanstroot, H., Chiarelli, F. y Daneman, D. (2001). Good metabolic control is associated with better quality of life in 2,101 adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 24 (11): 1923-1928.

Hope, D.A. y Heimberg, R.G. Social phobia and social anxiety. En: D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of psychological disorders*, NY: Guilford. 1993.

Howie, L.J. y Drury, T.F. (1978). *Current estimate from the health interview survey: United States 1997*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Hulka, B.S., Cassel, J.C., Kupper, L.L. y Burdette, J.A. (1976). Communication, compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medication. *American Journal of Public Health*, 66, 847-853.

Jacobson, A.M. (1996). The psychological care of patients with Diabetes Mellitus. *New England Journal of Medicine*, 334 (19); 1249-1253.

Jacobson, A.M., de Groot, M. y Samson, J. (1997). The effect of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus. *Quality Of Life Research*, 6, 11-20.

Jacobson, A.M., de Groot, M. y Samson, J. (1995). Quality of life research in patients with Diabetes Mellitus. En: Dimsdale, J. Y Baum, A. *Quality if Life in Behavior Medicine Research*. Lawrence Erlbaum Associates, Pub.

Jacobson, A.M., de Groot, M. y Samson, J. (1994). Quality of life in patient with Type I and Type II diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 17, 167-274.

Janca, A., Robins, L.E., Cottler, L.B., Early, T.S. (1992). Clinical observation of assessment using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). An analysis of the CIDI field trials-wave II at the St Louis Site. *Br J Psychiatry* 160:815-818.

Jarret, R.J. (1986). *Diabetes Mellitus*. Londres. Croom Helm.

Jevning, R., Wilson, A.F. y Davidson, J.M. (1978). Adrenocortical activity during meditation. *Hormone Behavior*, 10, 54-60.

- Kazdin, A. Modificación de la Conducta y sus aplicaciones prácticas. Manual Moderno. México. 1996.
- King, J. y Rewers, M. (1993). Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. *Diabetes Care*, 16: 157-177.
- Kumar, G., Steer, R. y Beck, A. (1993). Factor structure of Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatric inpatients. *Anxiety, Stress and Coping*, 6: 125-131.
- Lawton, M.P., Moss, M., Fulcomer, M. Y Kleban, M.H. (1982). A research and service oriented Multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 37, 91-99.
- Leiblum, S.R., Rosen, R.C. (1991). Couples Therapy for erectile disorders: conceptual and clinical considerations. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 17, 147-159.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. México, D.F. El Manual Moderno.
- Lloyd, C.E., Matthews, K.A. y Wing, R.R. (1992). Psychosocial factors and complications of IDDM. *Diabetes Care*, 15, 166-172.
- Lloyd, CE., Matthews, KA., Wing, R.R. y Orchard, T.J. (1992). Psychosocial factors and complications of IDDM. *Diabetes Care*, 15, 166-172.
- Lowe, K. y Lutsker, J.R. (1979). Increasing compliance to a medical regimen with juvenile diabetic. *Behavior Therapy*, 10, 57-64.
- Lustman, P.J., Anderson, R., Freedland, K., Groot, M., Carney, R. y Clouse, R. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta analytic review of literature. *Diabetes Care*, 23 (7), 934-942.
- Lustman, P.J., Frank, B.L. y McGill, J.B. (1991). Relationship of personality characteristics to glucose regulation in adults with diabetes, *Psychosomatic Medicine*, 53, 305-312.
- Lustman, P.J., Freedland, K., Carney, R.M. Hong, B.A. y Clouse, R.E. (1992). Similarity of depression in diabetic and psychiatric patients. *Psychosomatic Medicine*, 53, 602-611.
- Lustman, P.J., Freedland, K., Griffith, L.S., Barnes, L.D., Miller, C.R., Anderson, K.H., McGill, J., Rubin, E.H. y Clouse, R.E. (1999). Effects of major depression on health related quality of life in type 2 diabetes: a controlled analysis. *Diabetes*, 48 (Suplemento 1), A73.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S. y Clouse, R.E. (1986). Depression in adults with Diabetes. Results of 5 year follow up study. *Diabetes Care*, 11,605-612.

Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E., Kissel, S.S., Clouse, R.E. (1998). Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized, Controlled Trial.

Mark, A. (1996). Brief therapy: benefits and limitations including cognitive and behavioural therapies. *Current Opinion in Psychiatry*, 9 (3), 193-197.

Marks, I. (2002). The maturing of therapy: Some brief psychotherapies help anxiety/depressive disorders but mechanisms of action are unclear. *British Journal of Psychiatry*, 180, 200-201.

Mazze, R.S., Lucido, D. Y Shamon, H. (1984). Psychological and social correlates of glycemic control. *Diabetes Care*, 7, 360-366.

McGrill, J.B., Lustman, P.J. Griffith, L.S., Freedland, K.E., Gavard, J.A. y Clouse, R.E. (1992). Relationship of depression to compliance with self monitoring of blood glucose. *Diabetes*, 41, A84.

Moreno , B. Y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la Calidad de Vida. En: Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, JC. Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud: 1045-1070. Siglo Veintiuno de España Editores S.A.

Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option?. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 311-332.

Murguía, C. La adherencia a tratamiento en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 bajo la óptica del modelo transteórico. Tesina de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 2001.

Nagasawa, M., Smith, M.C., Barnes, J.H. y Fincham, J.E. (1990). Meta-analysis of correlates of diabetes patients' compliance with prescribed medications, *Diabetes Educator*, 16, 192-200.

Nathan, D.M., Forgel, H., Norman, D., Russell, P.S., Tolkoﬀ-Rubin, N., Delmonico, F.L., Auchincloss, H., Camuso, J. y Cosimi, A.B. (1991). Long term metabolic and quality of life results with pancreatic/renal transplantation in insulin-dependent diabetes mellitus. *Transplantation*, 52, 85-91.

Osman A, Barrios F, Aukes D, Osman J y Markway K. (1993). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties in community population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 287-297.

Osman, A., Beverly, A., Kopper, Barrios, F., Joylene, R. y Wade, T. (1997). The Beck Anxiety Inventory: Reexamination of Factor Structure and Psychometric Properties. *Journal of Clinical Psychology*, 53: 7-14.

Padgett, D., Mumford, E. Y Haynes, M. (1988). Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41, 1007-1030.

Páez, F. y Nicolini, H. (1996). Las entrevistas de diagnóstico en psiquiatría. *Salud Mental*, 19 (supl. Julio), 19-25.

Paul, G.L. (1969). Behaviour modification research: Design and tactics. En: C.M. Franks (Ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and status* (pag. 29-62). New York: Mc. Graw-Hill.

Pohl, S.L., Gonder-Federick, L. y Cox, D.J. (1984). Area Review: Diabetes Mellitus. *Behavioral Medicine Update*, 6, 3-7.

Popkin, M.K., Callies, A.L., Lentz, R.D., Colon, E.A. y Sutherland, D.E. (1988). Prevalence of major depression, simple phobia and other psychiatric disorders in patients with long standing type I Diabetes Mellitus. *Archives of General Psychiatry*, 45, 64-68.

Ramos, J.A. (1986). La validez predictiva del Inventario para la Depresión de Beck en castellano. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatrica*, 14: 47-50.

Report of Expert Committee on Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. (1997). *Diabetes Care*, 20 : 1183 -1197.

Report of Expert Committee on Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. American Diabetes Association: Clinical Recommendations 2000. (2000). *Diabetes Care*, 23, suppl 1: S4-S19.

Riggs, D.S. y Foa, E.B. (1993). Obsessive compulsive disorder. En: D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of psychological disorders*, NY: Guilford. 1993.

Robbins, S.L. y Kumar, V. (1987). *Basic Pathology* (4th. Ed.) Philadelphia: Saunders.

Robins, L.N. y Regier, D.A. (1991). *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study*. The Free Press, New York.

Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., Babor, T.F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D.A., Sartorius, N., Towle, L.H. (1988). The composite international diagnostic interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Achieves of General Psychiatry* 45:1069-1077.

Robles, R. Y Páez, F. (2002). Propiedades Psicométricas de la versión mexicana de las Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). *Salud Mental*. En prensa.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001) Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.

Rodríguez, G. Fortalecimiento de la adherencia terapéutica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México. 1999.

Sachs, G., Spiess, K., Moser, G., Prager, R., Kunz, A. y Schernthaner, G. (1991). Glycosylated hemoglobin and diabetes self monitoring (compliance) in depressed and non depressed type I diabetic patients. *Psychotherapy and Psychosomatic Medicine and Psychology*, 41:306-312.

Safren, S. (2000). Cognitive-Behavioral Interventions to Increase Medication Adherence. Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital. *Apuntes de Conferencia-Taller*.

Sánchez J., Olivares, J. y Rosa Al. (1998). Meta análisis de las intervenciones conductuales en el tratamiento de la Diabetes en España. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51, 5012-516.

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993, México, D.F. Secretaría de Salud, 1993.

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 2ª edición, México, D.F. Secretaría de Salud, 1995.

Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Estadísticas Vitales. Capítulo: Mortalidad. Principales Causas de Mortalidad General en los Estados Unidos Mexicanos. 2000.

Seeburg, K.N. y DeBoer, K. F. (1980). Effects of EMG biofeedback on diabetes. *Biofeedback and self-regulation*, 5, 289-293.

Selam, J.L. Micossi, P. y Dunn, F.L. (1992). Clinical trial of programmable implantable insulin pump for Type I diabetes. *Diabetes Care*, 15, 877-884.

Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Allard, S. y Brewin, C.R. (2001). The Role of Cognitive Behavioral Therapy in Facilitating Adaptation to Illness in Rheumatoid Arthritis: A Case Series. Department of Psychology, Clinical Psychology Unit, F12, University of Sydney NSW 2006, Australia.

Shelton, J.L. y Levy, R.L. Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies. Champaign, Ill.: Research Press, 1981.

Slevin, M.L., Plant, H. Y Lynch, D. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient?. *British Journal of Cancer*, 57, 109-112.

Steckler, A., Allegrante, J.P. Altman, D. (1995). Health education intervention strategies. *Health Education Quarterly*, 22 (3): 307-328.

Steer, R., Kumar, G., Ranieri, W. y Beck, A. (1995). Use of the Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatric outpatients. *Psychological Reports*, 76: 459-465.

Steer, R., Ranieri, W., Beck, A. y Clarck, D. (1993). Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 7: 195-205.

Steer, R., Rissmiller, D., Ranieri, W. y Beck, A. (1993). Structure of the computer assisted Beck Anxiety Inventory with psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 6: 532-542.

Stewart, A.L., Greenfield, S. y Hays, R.D. (1989). Functional status and well being of patients with chronic conditions. *Journal of the American Medical Association*, 262, 907-913.

Stone, R.A. y DeLeo, J. (1976). Psychotherapeutic control of hypertension. *New England of Medicine*, 294, 80-84.

Stunkard, A.J. Adherence to treatment for diabetes. En B.A. Hamburg, L.F. Lipsett, G.E. Inoff, y A.L. Drash (Eds.), Behavioral and psychosocial issues in diabetes. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, 1979.

Surwit, R.S. y Schneider, M.S. (1983). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 55, 380-393.

Torres, A., Hernández, E. y Ortega, H. (1991). Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*, 14: 1-6.

Tun, P.A., Nathan, D.M. y Perimuter, L.C. (1990). Cognitive and affective disorders in elderly diabetes. *Clinic Geriatric Medicine*, 6, 731-746.

Turkat, I.D. (1982). Glycosylated hemoglobin levels in anxious and non anxious diabetic patients. *Psychosomatics*, 23, 1056-1058.

Vander Does F.E., DeNeeling, J.N., Snoek, F.K., Kostense, P.J., Grootenhuis, P.A. y Bouter, L.M. (1996). Symptoms and well being in relation to glycemic control in type II diabetes. *Diabetes Care*, 19, 204-210.

Vázquez-Robles, M., Romero-Romero, C. Y Escobedo de la Peña, J. (1993). Prevalencia de la Diabetes Mellitus no insulino dependiente y factores de riesgo asociados en la población de México, D.F. *Gaceta Médica Mexicana*, 129: 191-199.

Ware, J.H. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short Form From Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

Watkins, J.D., Williams, F., Martin, D.A., Hogan, M.D. y Anderson, E. (1967). A study of diabetic patients at home. *American Journal of Public Health*, 57, 452-459.

Watson, D. y Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.

Watson, D., Clark, L.A. y Harkness, A.R. (1994). Structure of Personality and their relevance to Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 18-31.

Watson, D., y Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.

Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative affect: The PANNAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 1063-1070.

Wells, K.B., Golding, J.M. y Burnam, M.A.(1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 145, 976-981.

Weyerer, S., Hewer, W., Pfeifer-Kurda, M., Dilling, H. (1989). Psychiatric disorders and diabetes results from a community study. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 633-640.

Wikby, A., Hornquist, J.O., Stenstrom, U. y Andersson, P.O. (1993). Background factors, long term complications, quality of life and metabolic control in insulin dependent diabetes. *Quality of Life Research*, 2, 281-286.

Wittchen, H.U., Robins, L.N., Cottler, L.B., Santorius, N., Burke, J.D., Regier, D. Y Participants in the multicenter WHO/ADAMHA field trials. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *British Journal of Psychiatry*, 159:645-653.

Wing, R.R. (1993). Behavioral treatment of obesity: its application to Type II diabetes. *Diabetes Care*, 16, 193-199.

Winokur, G., Clayton, P. (1994). *The Medical basis of Psychiatry*. W.B. Estados Unidos: Saunders Company.

Yalom, I.D. *The Theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books. 1970.

Yudkin, J.S., Forrest, R.D., Jackson, C.A., Burnett, S.D. y Gould, M.M. (1993). The prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in a British population. *Diabetes Care*, 16: 1530.

Zettler, A., Durán, G., Waadt, S., Herschbach, P. y Strian, F. (1995). Coping with Fear of Long Complications in Diabetes mellitus: A Model Clinical Program, *Psychotherapy Psychosomatic*, 64: 178-184.

Zubirán, S. y Chávez, A. (1984). Estudio Epidemiológico de la diabetes en la Ciudad de México, *Revista de Investigación Clínica*, 15: 367-383.

Anexo 1

Carta de Consentimiento Informado

Carta de Consentimiento Informado

Le invitamos a participar en el proyecto denominado “Evaluación y Modificación de la Calidad de Vida de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II”. Si Ud. presenta las características necesarias, y acepta de forma voluntaria e informada a participar en el proyecto es un candidato para seguir adelante en la lectura de este documento. Si esto no sucediera, y los evaluadores decidieran que no cubre los criterios de inclusión en el mismo, los investigadores se deslindan de la obligación de integrarlo a las propiedades, beneficios y obligaciones del proyecto.

Es muy importante informarle que el hecho de aceptar o no a participar en este proyecto no alterará el manejo convencional que se le brinda en la Asociación Mexicana de Diabetes de Jalisco ni en el Instituto Jalisciense de Salud Mental, de la Secretaría de Salud.

El proyecto tiene por objetivo que Ud. mejore su calidad de vida después de una intervención psicológica de ocho sesiones de dos horas cada una, programadas semanalmente. Esto quiere decir que un equipo de psicólogos le pedirán contestar algunos cuestionarios, y platicarán con Ud. y otras personas (en grupos de máximo 10 personas) durante dos horas, una vez por semana, hasta cubrir ocho sesiones en total. En estas sesiones se abordarán temas selectos relacionados con la manera en que una persona puede mejorar su calidad de vida cuando padece una enfermedad. Estas sesiones de terapia serán video grabadas con propósitos de investigación y/o docencia.

Beneficios: Los beneficios que Ud. obtendrá al participar en el proyecto serán: 1) un tratamiento psicológico específico gratuito para Diabetes Mellitus, con sustento previo para ayudar a enfrentarse a la enfermedad, y 2) evaluaciones médicas y psicológicas que no son usualmente realizadas en el tratamiento convencional de la enfermedad.

Obligaciones: Si Ud. acepta participar en el estudio se compromete a: 1) asistir puntualmente a todas las sesiones que le sean marcadas por el equipo de investigación, 2) completar los instrumentos que le sean solicitadas para explorar las respuestas psicológicas que Ud. tenga a lo largo de la intervención, y 3) permitir la toma de muestra de sangre para el estudio de laboratorio de hemoglobina glucosilada A1c.

Ud. tiene el derecho de abandonar el tratamiento psicológico en cualquier momento. Y finalmente, si Ud. llegara a presentar una complicación mayor durante el proyecto, Ud. continuaría con el manejo indicado por su médico tratante, pero en ese momento dejaría de ser parte del grupo de tratamiento psicológico que implica esta investigación (que implícitamente está dirigida a personas sin complicaciones médicas mayores).

Fecha: _____

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo

Anexo 2

Forma "ad hoc"

Anexo 3

CIDI - Depresión y Ansiedad

SECCION D: ANSIEDAD/PANICO

PAN3RA D1 ¿Alguna vez ha tenido un episodio o ataque en que de repente se sintió asustado, ansioso o muy intranquilo, en situaciones en que la mayoría de las personas no se sentirían asustadas o ansiosas?
 NO... (SALTE A D11)...1
 SI.....5 /68

PAN3RA D2 ¿Sucedió esto en situaciones en las cuales Ud. no estaba en peligro, no era el centro de la atención o algo como eso? SI RESPONDE SI, PREGUNTE ANTES DE SONDEAR.
 ¿Podría contarme acerca de un episodio o ataque como esos?
 EJ: _____ SON: 1 2 3 4 5 /69
 MD: _____ OTRO: _____
 SI D2 FUE CODIFICADA COMO 1, SALTE A D11

D3 ENTREVISTADOR: ¿CONSULTO R AL MEDICO EN D2? NO.....1
 SI.....5 /70

PAN3RC/ PANICO/B D4 Durante uno de sus peores episodios en que se sintió repentinamente muy asustado(a) o muy intranquilo(a) ¿alguna vez notó que tenía cualquiera de los siguientes problemas? Durante este episodio:
 LEA CADA SINTOMA Y CODIFIQUE SI O NO PARA CADA UNO.
 REPITA "durante este episodio" CUANDO SEA NECESARIO.

COL I COL II
 NO SI NO SI

- | | | | | | | |
|--------|---|---|----|---|---|-----------|
| D1/86 | 1. ¿Se le cortó la respiración, no podía respirar bien?..... | 1 | 5* | 1 | 5 | /72 |
| D3/81 | 2. ¿Le latió fuerte el corazón?..... | 1 | 5* | 1 | 5 | /74 |
| C2/87 | 3. ¿Se sintió mareado(a) o aturdido(a)?..... | 1 | 5* | 1 | 5 | /76 |
| C11/85 | 4. ¿Tuvo opresión, dolor o molestia en su pecho/estómago?..... | 1 | 5* | 1 | 5 | /78 |
| C9 | 5. ¿Sintió como un hormigueo en los dedos de las manos o en los pies?..... | 1 | 5 | | | /79 |
| C6/86 | 6. ¿Se sintió como si se estuviera asfixiando o con problemas para tragar?..... | | | | | FIN 02/80 |
| C2/88 | 7. ¿Sintió como que se desmayaba?..... | 1 | 5 | | | /01 |
| C5/82 | 8. ¿Sudó?..... | 1 | 5 | | | /02 |
| C4/83 | 9. ¿Tembló?..... | 1 | 5 | | | /03 |
| C10/82 | 10. ¿Sintió bochornos o escalofríos?..... | 1 | 5 | | | /04 |
| C8/88 | 11. ¿Le parecieron las cosas irreales a su alrededor o Ud. se sintió irreal?..... | 1 | 5 | | | /05 |
| C12/89 | 12. ¿Tuvo miedo de que se pudiera morir?..... | 1 | 5 | | | /06 |
| C13/89 | 13. ¿Tuvo miedo de que pudiera actuar de una manera loca?..... | 1 | 5 | | | /07 |
| C7 | 14. ¿Sintió náuseas?..... | 1 | 5* | 1 | 5 | /09 |
| C7/85 | 15. ¿Sintió dolor de estómago?..... | 1 | 5* | 1 | 5 | /11 |
| C1/86 | 16. ¿Sintió como si se estuviera sofocando?..... | 1 | 5 | | | /12 |
| D1/84 | 17. ¿Sintió la boca seca?..... | 1 | 5 | | | /13 |

POR CADA 5ª EN LA COLUMNA I, PREGUNTE:
 ¿Alguna vez fue molestado(a) por (SX) en alguna otra
 ocasión que no haya sido durante un episodio o
 ataque?
 CODIFIQUE EN COLUMNA II.

PAN3RC	D5	¿HAY MAS DE UNA PREGUNTA CODIFICADA 5 O 5ª EN D4?	NO...(SALTE A D11)...1 SI.....5	/14
PAN3R	D6	¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo uno de los episodios repentinos en los que se sintió asustado(a) o ansioso(a) y tenía problemas como.... (MENCIONE TODOS LOS ITEMS CODIFICADOS 5/5ª EN D4, 1-17)?	INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: _/_ REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _/_	/15 /17 /18 /20
PANICDA	D7	¿Alguna vez ha pasado por un período de un mes o más en el cual Ud. tuvo al menos 4 de estos ataques a la semana?	NO.....1 SI...(SALTE A D10)...5	/21
PAN3RB	D8	¿Alguna vez ha tenido 4 episodios o ataques dentro de un período de 4 semanas?	NO.....1 SI...(SALTE A D10)...5	/22
PAN3RB	D9	Después de haber tenido un ataque, ¿alguna vez ha pasado por un período de un mes o más, durante el cual estaba permanentemente temeroso de presentar otro ataque?	NO.....1 SI.....5	/23
PAN3RD PANICDB	D10	Durante varios de sus ataques en los cuales Ud. se sentía muy asustado(a) o ansioso(a), alguno de estos problemas, tales como... (MENCIONE HASTA 4 SINTOMAS CODIFICADOS 5/5ª EN D4) empezó súbitamente y empeoró durante los primeros minutos del ataque?	NO.....1 SI.....5	/24

ANSIEDAD GENERALIZADA

GAD3RA GAD1CDA	D11 Ahora quisiera preguntarle acerca de períodos de al menos un mes, en que se sintiera preocupado(a) o ansioso(a). ¿Alguna vez ha tenido un período de un mes o más en que la mayor parte del tiempo se sintió preocupado(a) o ansioso(a)?	NO... (SALTE A D20)...1 SI.....5	/25
GAD1CDA	D12 ¿Cuánto duró el período más largo en el cual se sentía preocupado(a) o ansioso(a)? SI NS PREGUNTE: ¿Fue este de 6 meses o más? SI DICE SI, CODIFIQUE 95, SI DICE NO, CODIFIQUE 01, SI NS, CODIFIQUE 98.	No. MESES ____/____	/27
	ENTREVISTADOR: ¿SE ANOTO EN D12 6 MESES O MAS?	NO... (SALTE A D20)...1 SI.....5	/28
GAD3RA GAD1CDA	D13 Durante uno de esos períodos de 6 meses o más, ¿se sentía Ud. preocupado(a) acerca de cosas que eran muy poco probable que sucedieran?	NO.....1 SI... (SALTE A D15)...5	/29
GAD1CDA GAD3RA	D14 ¿Se sentía Ud. muy preocupado(a) por cosas que no eran realmente serias?	NO.....1 SI.....5	/30
GAD3RA GAD1CDA	D15 Durante cualquiera de estos períodos, ¿tenía Ud. diferentes preocupaciones en su mente al mismo tiempo?	NO... (SALTE A D18)...1 SI.....5	/31
GAD3RB	D16 ¿Fueron algunas de sus preocupaciones en relación a lo que la gente pudiera hacer o lo que les pudiese suceder?	NO.....1 SI... (SALTE A D18)...5	/32
GAD3RB GAD1CDB	D17 ¿Qué tipo de cosas eran las que le preocupaban?	SOLO ACERCA DE SINTOMAS PROPIOS U OBESIDAD.....1 CUALQUIER OTRA COSA.....5	/33
	EJEMPLO: _____		

GAD3RA D18 Me gustaría preguntarle acerca de otros problemas
 GADJ CDC que Ud. pudo haber tenido cuando Ud. estaba preocupado(a) o ansioso(a). Problemas que no se podrían explicar completamente por una enfermedad física o algún medicamento, droga o alcohol que Ud. hubiese tomado.
 Cuando estaba preocupado(a) o ansioso(a), se sentía además...

NO SI
 ENF.FISICA
 MED/DROG/ALC.

D4	1) Fácilmente cansado(a)?.....	1	5	/34
D15B14	2) Asustadizo(a)?.....	1	5	/35
D1/C3	3) Tembloroso(a) o trémulo(a)?.....	1	5	/36
D5C11	4) Inquieto(a)?.....	1	5	/37
D2/C10	5) Con problemas por la tensión, malestar o dolor muscular?	1	5	/38
D16/C15	6) Con dificultades para mantener su mente en lo que estaba haciendo?.....	1	5	/39
D14/C12	7) A punto de descontrolarse?.....	1	5	/40
D18/C16	8) Particularmente irritable?.....	1	5	/41
D7/C2	9) Sudando mucho?.....	1	5	/42
D6/C1	10) Con el corazón palpitante o acelerado?.....	1	5	/43
D7/C2	11) Con las manos frías y pegajosas?.....	1	5	/44
D9/C7	12) Aturdido(a) o con mareos?.....	1	5	/45
D8/C4	13) Con la boca seca?.....	1	5	/46
D10	14) Con náuseas o diarrea?.....	1	5	/47
D12	15) Tenía que orinar con frecuencia?.....	1	5	/48
D11/C2	16) Con bochornos o escatofríos?.....	1	5	/49
D5/C6	17) Con falta de respiración o sintió como si se estuviera sofocando?.....	1	5	/50
D13/C13	18) Con dificultades para tragar?.....	1	5	/51
A17/C17	19) Con problemas para conciliar o mantener el sueño?.....	1	5	/52
C5	20) Con molestia o dolor en el estómago?.....	1	5	/53
C8	21) Con sensación de mareo o de irrealidad?.....	1	5	/54
C9	22) Con sensación de pérdida del control o de volverse loco?.....	1	5	/55
C15	23) Con dificultades para concentrarse, debido a las preocupaciones?.....	1	5	/56
SI HAY MENOS DE CUATRO SON 5, EN PREGUNTAS 1-23, SALTE A D20.				

D19 INI/REC: ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. estuvo preocupado(a) o ansioso(a) la mayor parte del tiempo por el menos 6 meses y tuvo algunos problemas como (SÍNTOMAS CODIFICADOS 5 EN PREGUNTAS 1 A 23)?
 SI R DICE "TODA LA VIDA", CODIFIQUE 02.

INI: 1 2 3 4 5 6 /57
 EDAD INI: / /59

¿Cuánto tiempo ha pasado desde el último período de 6 meses o más en el cual se sintió ansioso y tenía alguno de esos otros problemas?

REC: 1 2 3 4 5 6 /60
 EDAD REC: / /62

AGORAFOBIA

AGICDA D20 Algunas personas sienten un miedo tan intenso e irracional a estar en un gentío, salir solos de casa, viajar en autobuses, autos o trenes o cruzar un puente, que siempre se sienten muy molestos en tales situaciones o las evitan a toda costa.
 ¿Alguna vez tuvo un período en el que siempre sintió un miedo intenso al estar en situaciones como estas?

NO... (SALTE D32)...1
 SI.....5 /63

AGICDA A. Tuvo este miedo, intenso e irracional al:

	NO	SI	
1) Estar en un gentío o en una cola?.....	1	5	/64
2) Salir de su casa o al estar solo lejos de su hogar?.....	1	5	/65
3) Estar en un lugar público?.....	1	5	/66
4) Viajar en auto, trenes, autobuses o aviones?	1	5	/67
5) Cruzar un puente?.....	1	5	/68

SI CODIFICO ALGUN 5, PIDA EJEMPLO

EJ: _____

SI TODOS SON CODIFICADOS 1, PREGUNTE D21, OTROS SALTEN A D22.

D21 ¿Qué tipo de situaciones tenía Ud. en mente cuando dijo que algunas situaciones siempre le producen un miedo intenso?

ANOTE EJEMPLO: _____

NINGUNA DE LAS ANTERIORES (SALTE A D32).....1
 OTRAS.....5 /69

AGICDB D22 Cuando estuvo en esa situación, alguna vez:

	NO	SI	
1) Se mareó?.....	1	5	/70
2) Sudó?.....	1	5	/71
3) Tembló?.....	1	5	/72
4) Sintió la boca seca?.....	1	5	/73
5) Sintió que su corazón latía demasiado fuerte?	1	5	/74

AGICDB A. En esa oportunidad tuvo Ud. (también) molestia en su tórax o abdomen, dificultad para respirar, sensación de estarse ahogando o que perdía el control de sí mismo o se volvía loco?

NO.....1
 SI.....5 /75

AG1CD9 AGPH3R	D23 Cuando tuvo ese miedo intenso e irracional, temió desmayarse o presentar otro síntoma incapacitante o embarazoso, cuando no había ayuda disponible o escape posible?	NO.....1 SI.....5	/76
AG1CDC AGPH3R	D24 ¿Alguna vez evitó (una de) estas situaciones debido a su miedo intenso e irracional?	NO.....1 SI.....5	/77
AGPH3R AG1CD	D25 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo tales miedos irracionales como (MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D20 A (1-5) o MENCIONADOS EN D21)?	INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: ___/___ REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	/78 FIX 03/80 /01 /03
	D26 ¿CODIFICADO 5 LAS PREGUNTAS D22, D23 Y D24?	NO...(SALTE A D32)...1 SI.....5	/04
AG1CDC	D27 ¿Consultó a un médico acerca de (ese miedo/ alguno de esos miedos)?	NO.....1 SI...(SALTE A 2)...5	/05
	1. ¿Consultó a algún otro profesional acerca de (el/alguno de ellos)?	NO.....1 SI.....5	/06
	2. ¿Tomó medicación más de una vez debido a (este/estos miedo(s))?	NO.....1 SI.....5	/07
	3. ¿Interfirió ese/esos miedo(s) con su vida o actividades en gran medida? (CONTABILICE INTERFERENCIA QUE RESULTA DE EVITAR LAS SITUACIONES TEMIDAS)	NO.....1 SI.....5	/08
AGPH3RA	D28 ¿Ha sido Ud. alguna vez incapaz de viajar a algún lugar al cual deseaba ir, debido a alguno de estos temores?	NO.....1 SI.....5	/09
AGPH3RA	D29 ¿Ha sido Ud. alguna vez incapaz de salir de su casa por todo un día debido a (este temor/estos temores)?	NO.....1 SI.....5	/10
AGPH3RA	D30 ¿SE CODIFICÓ ATAQUE DE PÁNICO (D2) COMO SON 2-5?	NO...(SALTE A D32)...1 SI.....5	/11

PANAG3R D31 Ud. mencionó episodios en los cuales se sintió
 PANAG1CO súbitamente ansioso(a) o intranquilo(a) y tuvo
 AGIC0D (ENUMERE HASTA 3 SÍNTOMAS CODIFICADOS 5 EN D4)?
 ¿Estos episodios ocurrieron sólo cuando Ud. estaba
 (ENUMERE TODOS LOS MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D20 O
 MENCIONADOS EN D21) y ocurrieron también en otras
 ocasiones?

EPISODIOS SOLO EN SITUA-
 CIONES FOBICAS.....1
 EPISODIOS EN OTRAS SI-
 TUACIONES QUE NO SON
 LAS FOBICAS.....5

/12

FOBIA SOCIAL

D32 Algunas personas sienten un miedo tan intenso e
 irracional de hacer cosas delante de otros, como
 hablar en público, que tratan de evitarlos y se
 sienten extremadamente incómodas e inquietas cuando
 deben hacerlas.

SOCPH3RA ¿Ha tenido alguna vez un miedo intenso e irracional a?:

SOC3CDA

	NO	SI	
1) Hablar en público?.....	1	5	/13
2) Usar baños públicos?.....	1	5	/14
3) Comer o beber en público?.....	1	5	/15
4) Hablar a personas debido a que Ud. podría no tener nada que decir o lo que dijera pudiera parecer muy tonto?.....	1	5	/16
5) Escribir mientras alguien le mira?.....	1	5	/17
6) Hablar delante de un pequeño grupo de personas?	1	5	/18

SI CODIFICO ALGUN 5, PIDA UN EJEMPLO

EJ: _____

D33 ¿HAY ALGUN 5 CODIFICADO EN D32?

NO...(SALTE A D42)...1
 SI.....5 /19

SOCPH3RA D34 ¿Continuó (alguno de estos/este miedo(s) intenso
 SOC1CDA e irracional por meses o aún años?

NO.....1
 SI.....5 /20

SOC1C0C D35 ¿Consultó a un médico sobre el miedo a (ENUMERE
 MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D32)?

NO.....1
 SI...(SALTE A 2).....5 /21

1. ¿Consultó a algún otro profesional acerca de
(este/estos miedo(s)?)

NO.....1
 SI.....5 /22

2. ¿Tomó medicación más de una vez debido a
(este/estos miedo(s)?)

NO.....1
 SI.....5 /23

SOCPH3RE 3. ¿Interfirió (este/estos) miedo(s) en gran
 medida con su vida o actividades habituales?

NO.....1
 SI.....5 /24

SOCPH3RE	036	¿Se sintió alguna vez muy molesto(a) con Ud. mismo(a) por tener miedo a (ENUMERE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D32)?	NO.....1 SI.....5	/25
	037	INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo un miedo irracional como: (MENCIONE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D32)?	INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: ___/___ REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	/26 /28 /29 /31
		SI D34, ALGUNO DE D35, (1-3) Y D36 SE CODIFICARON 1, SALTE A D42.		
SOCPH3RE	D38	¿Alguna vez un miedo intenso e irracional a (ENUMERE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D32) lo/a imposibilitó para llevar a cabo alguna tarea en su trabajo, aceptar nuevas responsabilidades, o para aceptar un nuevo empleo?	NO.....1 SI.....5	/32
		SI NUNCA HA TENIDO EMPLEO, CODIFIQUE 1.		
SOCICDC	039	¿Alguna vez un miedo intenso e irracional a (ENUMERE TEMORES CODIFICADOS 5 EN D32) lo/a imposibilitó para asistir a algún evento social, reunión o fiesta?	NO.....1 SI.....5	/33
SOCPH3RD	040	Cuando Ud. (tuvo que exponerse a/sabía que tenía que) (MENCIONE TODOS LOS TEMORES CODIFICADOS 5 EN D32) esto siempre lo hizo ponerse extremadamente nervioso(a) o asustado(a), lo(a) hizo sudar, que su corazón latiera fuerte o le faltó el aire?	NO.....1 SI.....5	/34
SOCICDB	041	Cuando Ud. tuvo que (MIEDO)	NO	SI
	1)	Tembió o enrojció?	1	5
	2)	Sintió que vomitaba o temió hacerlo?	1	5
	3)	Temió hacer algo muy bochornoso?	1	5

ROBIA, SIMPLE

D42 Hay algunas otras cosas que provocan en algunas personas un miedo tan irracional que tratan de evitarlas a toda costa.

SIMPH3RA Alguna vez ha sentido un miedo intenso e
SIMPH3RE irracional a:
SIMICDA

	NO	SI	
1) La altura?.....	1	5	/38
2) Volar?.....	1	5	/39
3) Ver sangre?.....	1	5	/40
4) Tormentas, truenos o relámpagos?.....	1	5	/41
5) Culebras, pájaros, ratos, insectos y otros animales?.....	1	5	/42
6) Espacios cerrados?.....	1	5	/43
7) Que le pongan una (vacuna/inyección) o ir al dentista?	1	5	/44
8) Estar en el agua, como en una alberca o lago?	1	5	/45
9) Estar solo.....	1	5	/46
10) Alguna otra cosa (túneles, enfermedades).....	1	5	/47

SI DICE SI, ANOTE EJEMPLO

D43 HAY ALGUN 5 CODIFICADO EN D42 1-10?)

NO... (SALTE A E1)...1
SI.....5 /48

SIMPH3RA D44 ¿Continuó (éste/alguno de estos) miedos intensos
SIMICDA e irracionales por meses o años?

NO.....1
SI.....5 /49

SIMICDC D45 ¿Consultó a un médico sobre el miedo a (ENUMERE
MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D42)?

NO.....1
SI... (SALTE A 2)...5 /50

1. ¿Consultó a algún otro profesional acerca de (este/estos miedo(s))?

NO.....1
SI.....5 /51

2. ¿Tomó medicación más de una vez debido a (éste/estos miedo(s))?

NO.....1
SI.....5 /52

SIMPH3RB 3. ¿Interfirió (este/estos) miedo(s) en gran medida con su vida o actividades habituales? CONSIDERE INTERFERENCIAS PRODUCIDAS POR LA EVITACION

NO.....1
SI.....5 /53

SIMPH3RE D46 ¿Alguna vez se ha sentido muy molesto(a) con Ud. mismo por haber tenido (este/estos miedo(s) irracionales a (MENCIONE TEMORES CODIFICADOS 5 EN D42).

NO.....1
SI.....5 /54

D47 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo un miedo intenso e irracional como: (MENCIONE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D42)?

INI: 1 2 3 4 5 6
 EDAD INI: ___/___
 REC: 1 2 3 4 5 6
 EDAD REC: ___/___

/55
 /57
 /58
 /60

SI D44, D45 y D46 SON CODIFICADOS 1, SALTE A E1

SIMPH3RD D48 ¿Alguna vez se ha visto imposibilitado(a) de realizar alguna tarea en su trabajo, de aceptar un nuevo empleo a causa de un miedo irracional o (MENCIONE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D42).

SI NUNCA HA TENIDO EMPLEO, CODIFIQUE 1.

NO.....1
 SI.....5

/61

SIMICOC D49 ¿Alguna vez a causa de un temor irracional a (MENCIONE TEMORES CODIFICADOS 5 EN D42) se ha visto imposibilitado(a) de asistir a algún evento social, reunión o fiesta?

NO.....1
 SI.....5

/62

SIMPH3RB D50 Cuando Ud. (tuvo que exponerse a/sabía que tenía que) (MENCIONE TODOS LOS TEMORES CODIFICADOS 5 EN D42) esto siempre lo hizo ponerse extremadamente nervioso(a) o asustado(a), lo(a) hizo sudar, que su corazón latiera fuerte o le faltó el aire?

NO.....1
 SI.....5

/63

SECCION E: DEPRESION E1-E49

EP3RA1 DEP3RA2 DEPICDA1	E1 Durante su vida, ¿alguna vez ha tenido dos semanas o más en las que casi todos los días se sintió triste, melancólico o deprimido?	SON: 1	5	/64
DYS3RA DYS3ICDA	E2 Durante su vida, ¿alguna vez ha tenido un periodo de 2 años o más durante el cual se sintiera deprimido(a) o triste la mayoría de los días, aún cuando usted se sintiera bien o veces?	NO....(SALTE A E7)....1 SI....(PREG. A ANTES DE SONDEAR).....5		/65
DYS3RC DYS3ICDA	A. ¿Alguna vez un periodo como ese duró 2 años, sin ser interrumpido por un lapso de 2 meses o más, en el cual usted se sintiera bien?	SON: 1 2	5	/66
	SI NO CODIFICO SON 5, SALTE A E7			
	INI/REC: ¿Cuándo se inició/finalizó su (primer/último) periodo de al menos dos años de sentirse triste la mayor parte de los días?	INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: ___/___ REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___		/67 /69 /70 /72
DYS1C5	E3 Durante este periodo ¿lloró usted frecuentemente?	NO.....1 SI.....5		/73
DYS1C7	E4 Durante este periodo ¿se sintió frecuentemente desesperanzado?	NO.....1 SI.....5		/74
DYS1C8B	E5 Durante este periodo de 2 años o más ¿sintió frecuentemente que no era capaz de llevar a cabo sus actividades diarias y responsabilidades?	NO.....1 SI.....5		/75
DYS1C9	E6 Durante este periodo ¿sintió que su vida había sido siempre mala y que no iba a mejorar mucho más?	NO.....1 SI.....5		/76

ENTREVISTADOR: PREGUNTE E7-E31,
 OMITA PALABRAS EN [], CODIFIQUE
 EN COLUMNA 1.

A PETIITO		I				II		
		ALGUNA				PEOR		
		VEZ				PERIODO	NO	SI
DEP3RA3 OYS3RB1 DEPICDB10	E7 ¿Alguna vez ha tenido un período de dos semanas o más durante el cuál perdió (Perdió Ud.) el apetito? PUEDE SER POSITIVO AUNQUE COMO EN FORMA NORMAL.	SON: 1	3	4	5*	1	5	/76
MD: _____ OTRO: _____								
SI NO CODIFICO SON 5, SALTE A E 8.								
DEPICDS* DEPICDS6	A. Durante (este/alguno) de este episodio(s) perdió completamente su apetito?	NO.....1				SI.....5	1	5
DEP3BA3 DEPICDB10	E8 ¿Alguna vez ha perdido (Perdió Ud.) peso sin querer, tanto como un kilo a la semana durante varias semanas o tanto como 4 ó 5 kilos en total?	SON: 1	3	4	5*	1	5	FIN 04/01
MD: _____ OTRO: _____								
SI NO CODIFICO 5, SALTE A E9								
DEPICDS* DEPICDS7	A. Durante (este/cualquiera de estos) periodos cuanto peso perdió?	KG ___/___				KG ___/___	/05	
DEP3RA3 OYS3RB1 DEICDB10	E9 ¿Alguna vez ha pasado Ud. por un período de dos semanas o más durante el cual (Ha tenido Ud.) aumentó su apetito sin que Ud. estuviera creciendo (o embarazada)?	SON: 1	3	4	5*	1	5	/07
MD: _____ OTRO: _____								
DEP3RA3 DEICDB10	E10 ¿Alguna vez ha pasado por un período durante el cual comiera tanto que [comió mucho más de lo acostumbrado que] aumentó al menos un kilo por semana durante varias semanas (ó 4 ó 5 kilos en total)? CODIFIQUE 1 SI ES POSTERIOR A MALNUTRICION.	SON: 1	3	4	5*	1	5	/09
MD: _____ OTRO: _____								
SI NO CODIFICO SON 5, SALTE A E11								
DEPICDS* DEPICDS7	A. ¿Cuánto es lo máximo que Ud. ha subido de peso en (este/estos) periodo(s)?	KG ___/___				KG ___/___	/13	

SUEÑO		I				II		
		ALGUNA				PEOR		
		VEZ				PERIODO		
						NO	SI	
DEP3RA4 DYS3RB2 DYS1CC2	E11 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que tuviera, casi todas las noches [tuvo Ud.] problemas para dormirse?	SON: 1	3	4	5*	1	5	/15
MO: _____ OTRO: _____								
SI NO CODIFICO 5, SALTE A E12								
DEPICDS*	A. ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que casi todas las noches tardó [tardó Ud.] al menos dos horas en quedarse dormido(a)?	NO.....1				1	5	/17
		SI.....5						
DEP3RA4 DEPICDB9 DYS3RB2	E12 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que casi todas las noches [Ud.] tuvo problemas en permanecer dormido?	SON: 1	3	4	5*	1	5	/19
MO: _____ OTRO: _____								
SI NO CODIFICO 5, SALTE A E13								
DEPICDS*	A. ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que casi todas las noches se mantuvo [se mantuvo Ud.] despierto más de una hora?	NO.....1				1	5	/21
		SI.....5						
DEP3RA4 DEPICDB9 DYS3RB2	E13 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que casi todas las noches tuvo [tuvo Ud.] problemas por despertar demasiado temprano?	SON: 1	3	4	5*	1	5	/23
MO: _____ OTRO: _____								
SI NO CODIFICO 5 SALTE A E14.								
DEPICDS* DEPICD53	A. ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que casi todas las mañanas Ud. (Ud.) se despertaba al menos 2 horas antes de lo que deseaba?	NO.....1				1	5	/25
		SI.....5						
DEP3RA4 DYS3RB2 DEPICDB9	E14 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que casi a diario Ud. [Ud] dormía mucho?	SON: 1	3	4	5*	1	5	/27
MO: _____ OTRO: _____								

CAANSANCIO

I
ALGUNA
VEZ

II
PEOR
PERIODO
NO SI

DEP3KA6 E15 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de 2 semanas o más
DYS3RB3 en que se ha sentido sin energía o (Se sentía Ud) agotado
DEPICDA3 todo el tiempo, aun cuando no hubiese estado trabajando
SZ3RD9 intensamente?
DTS1COCT

SON: 1 3 4 5* 1 5 /29

MO: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO 5 SALTE A E16

DEPICD5* A. ¿Alguna vez ha estado Ud. (Estuvo Ud.) completamente
sin energía por dos semanas o más?

NO.....1 1 5 /31
SI.....5

E16 ¿Alguna vez ha pasado Ud. por un periodo de 2 semanas o más
MEL3R3 en que se sintió (Se sintió Ud) muy mal al levantarse, pero
DEPICD54 mejor durante el día?

SON: 1 3 4 5* 1 5 /33

MO: _____ OTRO: _____

LENTITUD/INQUIETUD

DEP3RA5 E17 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de 2 semanas o más
MEL3R5 en que casi a diario hablaba o se movía (Habló o se
DEPICD88 movió) más lentamente que lo normal para Ud.?

SON: 1 3 4 5* 1 5 /35

MO: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO SON 5, SALTE A E18.

DEPICD55 A. Durante este (uno de estos) periodo(s) notó (Notó)
DEPICD5* alguien que Ud. hablaba o se movía lentamente?

NO.....1 1 5 /37
SI.....5

E18 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de 2 semanas o más
DEP3RA5 en que casi a diario Ud. tenía (Sentía Ud. que tenía)
MEL3R5 que estar en continuo movimiento, es decir, no podía
DEPICD88 sentarse tranquilo(a) y tenía que andar de un lado para
MAN3R86 otro?
DEPICD5

SON: 1 3 4 5* 1 5 /39

MO: _____ OTRO: _____

INTERES PERDIDO

		I ALGUNA VEZ					II PEOR PERIODO NO SI		
DEPICDA2 DEP3RA2 OYSICD6	E19 ¿Ha pasado alguna vez por un período de varias semanas en el cual su interés sexual (Su interés en el sexo fue mucho menos de lo acostumbrado?	SON: 1	3	4	5*	6	1	5	/41
NO: _____ OTRO: _____ SI DECLARA QUE NUNCA HA TENIDO INTERES, CODIFIQUE SON 6, Y SALTE A E20. SI NO CODIFICO 5, SALTE A E20.									
DEPICDS8 DEPICD5*	A. ¿Alguna vez perdió (Perdió Ud.) completamente el interés en el sexo?	NO.....1					1	5	/43
		SI.....5							
DYSICD6 MEL3R1 DEP3RA2 SDZ3RD9 DEPICDA2	E20 ¿He tenido alguna vez un período de dos semanas o más en que Ud. perdió (Perdió Ud) interés en la mayoría de las cosas, tales como el trabajo, pasatiempos o cosas que a Ud. usualmente le gustaba hacer para entretenerse?	SON: 1		3	4	5*	1	5	/45
NO: _____ OTRO: _____ SI NO CODIFICO 5, SALTE A E21									
DEPICDS1 DEPICD5*	A. ¿Alguna vez perdió (Perdió Ud.) completamente el interés en todas las cosas que a Ud. usualmente le gustaba hacer para entretenerse?	NO.....1					1	5	/47
		SI.....5							
MEL3R2 DEPICDS2	E21 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que Ud. perdió (Perdió Ud.) la capacidad para disfrutar de las cosas buenas que le sucedían, como por ejemplo ganar algo o ser felicitado(a) ó elabado(a)?	NO.....1					1	5	/49
		SI.....5							

MIMUSVALIA

I
ALGUNA
VEZ

II
PEOR
PERIODO
NO SI

DEP3RA7 E22 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DEPIC0B5 o más en que casi a diario se sintió (Se sintió Ud.)

	NO	SI	NO	SI	
1) que no valía nada	1	5*	1	5	/51
2) pecador(a)	1	5*	1	5	/53
3) culpable	1	5*	1	5	/55

SI HAY ALGUN 5, PREGUNTE:
¿Hubo alguna razón particular
para sentirse (que no valía
nada, pecador(a), culpable)
ANOTE EJEMPLO

Ej: _____

SI QUE NO VALIA NADA FUE CODIFICADO 1,
SALTE A E23.

DEPIC0D5* A. ¿Alguna vez sintió (Sintió Ud.)
que no valía nada por una semana o más?
NO.....1 1 5
SI.....5 /57

DYS3RB4 E23 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DEPIC0B4 o más en que sintió (Sintió Ud.) que no era tan bueno(a)
DYS1CDC3 como otras personas o inferior?
SON: 1 5* 1 5 /59

DYS3RB4 E24 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DEPIC0B4 o más en que Ud. tenía (Tuvo Ud.) tan poca confianza
DYS1CDC3 en sí mismo(a) que ni siquiera se atrevió a expresar sus
deseos sobre cualquier cosa?
SON: 1 5* 1 5 /61

SI NO CODIFICO 5, SALTE A E25

DEPIC0D5* A. ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
o más en que Ud. perdió completamente (Perdió Ud
completamente) la confianza en sí mismo(a)?
NO.....1 1 5
SI.....5 /63

DIFICULTAD DE PENSAMIENTO

		1 ALGUNA VEZ				11 PEOR PERIOD NO SI				
DEP3RAB DYS3RB5 DEPICB7 OYSICDC4	E25	¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que casi a diario Ud. tuvo (tuvo Ud.) mucha más dificultad en concentrarse de lo que es normal para usted?		SON: 1	3	4	5*	1	5	/65
HD: _____ OTRO: _____										
DEPICDS*	A.	¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que era incapaz (Era incapaz) de leer cosas que habitualmente le interesaban o de ver la televisión o las películas que usualmente le agradaban, debido a que no podía ponerles atención?		NO.....1				1	5	/67
				SI.....5						
DYSICDC4 DEP3RAB DEPICB7	E26	¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que casi a diario le venían sus pensamientos (Le vinieron sus pensamientos) mucho más lento de lo usual o le parecían confusos?		SON: 1	3	4	5*	1	5	/69
HD: _____ OTRO: _____										
DYS3RBS DEPICB7 DEP3RAB	E27	¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que casi a diario Ud. era (Era Ud.) incapaz de decidir sobre cosas que por lo general le resultaban fáciles de decidir?		SON: 1	3	4	5*	1	5	/71
HD: _____ OTRO: _____										
SI NO CODIFICADO S, SALTE A E28										
DEPICDS*	A.	¿Alguna vez ha tenido un período de dos semanas o más en que Ud. era (Era Ud.) completamente incapaz de decidir sobre cosas que por lo general le resultaban fáciles de decidir?		NO.....1				1	5	/73
				SI.....5						

PENSAMIENTOS SOBRE LA MUERTE

		I		II				
		ALGUNA		PEOR				
		VEZ		PERIODO				
				NO	SI			
DEP3RA9 DEPICDB6	E28 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas o más, en que pensó [Pensó Ud.] mucho en la muerte, ya sea en la suya, en la de otra persona o en la muerte en general?	SON: 1	5*	1	5	/75		
DEP3RA9 DEPICDB6	E29 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas o más en que sintió [Sintió Ud.] que quería morirse?	SON: 1	5*	1	5	/77		
DEP3RA9 DEPICDB6	E30 ¿Alguna vez se ha sentido [Se sintió] tan decaído(a) que pensó en suicidarse?	SON: 1	5*	1	5	/79		
DEP3RA9 DEPICDB6	E31 ¿Alguna vez ha intentado [Intentó Ud.] suicidarse?	SON: 1	5*	1	5	FIN 05/01		
E32 ENTREVISTADOR: HUBO 5* S CODIFICADOS EN 3 O MAS RECUADROS DESDE E7		NO....(SALTE A F1)....1		SI.....5		/02		
E33 SE CODIFICO E1 (TRISTE O DEPRIMIDO E20 (PERDIDA DE INTERES) COMO SON 5		NO....(SALTE A E36)....1		SI.....5		/03		
DEP3R DYS3R DEPICDAB DYSICDAC	E34 Ud. ha dicho que tuvo un periodo en el que el sentirse (deprimido(a) o desinteresado(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) y además dijo haber tenido otros problemas como (ENUMERE SON 5* S EN F7-E31)							
¿Ha habido alguna vez un periodo en el que el sentirse (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) y algunos de estos otros problemas ocurrieron juntos, es decir en el mismo mes?		NO....(PREGUNTE A)....1		SI....(SALTE A E35)....5		/04		
A. Si es que nunca ha pasado por un periodo en el cual se ha sentido (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) y a la vez tuvo alguno de estos otros problemas?		NUNCA TUVO UN PERIODO.. SALTE A F1).....1		TUVO UN PERIODO.....5		/05		
E35	INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que usted pasó por un periodo de dos semanas o más en el que tuvo alguno de estos otros problemas y también se sintió deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL)	INI: 1	2	3	4	5	6	/06
		EDAD INI:	___/___					/08
		REC: 1	2	3	4	5	6	/09
		EDAD REC:	___/___					/11
SALTE A E38								

DEP3R DYS3R DEPICDAB DYSICDAC	E36 Ud. dijo que había tenido períodos en que (ENUMERE SON 5°S EN E7-E31). ¿En alguna ocasión le ocurrieron varios de estos problemas juntos, es decir durante el mismo mes?	NO...(SALTE A F1)...1 SI.....5	/12
	A. Al mismo tiempo en que tuvo alguno de estos problemas, ¿se sentía bien o se sentía muy deprimido(a), decaído(a), triste o desinteresado(a) en todo?	BIEN...(SALTE A F1)...1 DEPRIMIDO(A), DECAÍDO(A), ETC...5	/13
	E37 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez en que Ud. pasó por un período de dos semanas o más en el que tuvo alguno de estos problemas y también se sintió (triste o desinteresado(a) en todo)?	INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: / / REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: / /	/14 /16 /17 /19
DEP3R DYS3R DYSICDA	E38 ¿Cuánto ha durado el episodio más largo que ha tenido en el cual se ha sentido (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) y tuvo varios de estos problemas a la vez? SI TODA LA VIDA O MAS DE 19 AÑOS, ANOTE 996. AÑOSx52 = No. DE SEMANAS, MESES x 4 = No. SEMANAS. SI DE 1 A 13 DIAS, ANOTE 001, Y SALTE A F1, SI MENOS DE 24 SEMANAS, SALTE A E41, SI DE 24 A 104 SEMANAS SALTE A E40. SI MAS DE 2 AÑOS: PREGUNTE E39 INI/REC.	/ / / / No. SEMANAS	/22
	E39 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que pasó por un período de dos años o más en el cual se sintió (deprimido(a)/ EQUIVALENTE PERSONAL) y tuvo alguno de estos problemas a la vez?	INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: / / REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: / /	/23 /25 /26 /28
GAB3RC	E40 ENTREVISTADOR: SI D15 FUE CODIFICADO 5, (PREOCUPACION PERMANENTE ACERCA DE MUCHAS COSAS), PREGUNTE E40: OTROS SALTEN A E41. Ud. dijo anteriormente que había tenido un largo período durante el cual se sentía ansioso(a) y preocupado(a) por diversas cosas. ¿Coincidió ese período en el que estaba preocupado(a) y ansioso(a) con un período en que Ud. estaba deprimido(a)?	NO.....1 SI.....5	/29
DEPICDRIB	E41 Ahora quisiera preguntarle acerca de episodios en los que se ha sentido no sólo (deprimido(a)/ EQUIVALENTE PERSONAL) sino que también tuvo algunos de estos otros problemas como: (ENUMERE CUALQUIER ITEM CODIFICADO SON 5° DE 2 ó 3 RECUADROS DE E7-E31). Durante su vida, ¿Cuántos episodios como éste ha tenido que le hayan durado dos semanas o más? SI 96 EPISODIOS o más, ANOTE 96. SI SOLO UN EPISODIO, SALTE A E42	/ / /	/31

DEP3RRT	A. Entre (cualquiera de) estos episodios, ¿Se sintió bien al menos por algunos meses?	NO...(SALTE A E42)...1 BIEN.....5	/32
DEPICDR1B	B. Entre (cualquiera de) estos episodios ¿Fue Ud. perfectamente capaz de trabajar y disfrutar estando con otras personas?	NO...(SALTE A E42)...1 SI.....5	/33
DEPICDR1B	C. ¿Duró ese periodo "normal" al menos 6 meses?	NO.....1 SI...(SALTE A E42)...5	/34
	D. ¿Duró al menos 2 meses?	NO.....1 SI.....5	/35
DEP3RSE DEPICD5*	E42 ¿Alguna vez estuvo Ud. hospitalizado(a) debido a (ese episodio/cualquiera de esos episodios) depresivos?	NO.....1 SI...(SALTE A E44)...5	/36
	E43 ¿Consultó a un médico sobre (ese episodio/ cualquiera de esos episodios)?	NO.....1 SI...(SALTE A 2)...5	/37
	1. ¿Consultó a cualquier otro profesional sobre (ese episodio/cualquiera de esos episodios)?	NO.....1 SI.....5	/38
	2. ¿Tomó medicina más de una vez a causa de (ese episodio/cualquiera de esos episodios)?	NO.....1 SI.....5	/39
	3. ¿(Interfirió ese episodio/interfirieron esos episodios) mucho con su vida, trabajo o actividades?	NO.....1 SI.....5	/40
DEP3RSEV DEP3RB2	4. ¿fue alguno de estos episodios tan serio que le impidió trabajar o visitar amigos o parientes?	NO.....1 SI.....5	/41

DEP3R82	E44 ¿Este episodio ocurrió/cualquiera de estos episodios ocurrieron) poco después que se le murió un ser querido? SI DECLARA VOLUNTARIAMENTE QUE COMENZO 2 MESES DESPUES DE UNA MUERTE CODIFIQUE 1 Y SALTE A PREG. (E45)	NO...(SALTE A E45)...1 SI.....5	/42
	A. ¿Ha tenido algún episodio de (depresión/EQUIVALENTE PERSONAL) al mismo tiempo que tenía estos otros problemas tales como (ENUMERE 3 SX CODIFICADOS (5*) DE LAS PREGUNTAS E7-E31) inmediatamente después de la muerte de alguien?	NO, SOLO DESPUES DE MUERTE (SALTE A E45)...1 SI, OTRAS VECES.....5	/43
	B. SI EL EPISODIO EN EL ULTIMO AÑO (E35 INI = 1-5 O E37 REC = 1-5), PREGUNTE: ¿El episodio (los episodios) de depresión que tuvo en el último año, se debió (debieron) a que alguien cercano a Ud. murió?	SI, OCASIONADOS SOLO POR MUERTE.....2 NO, NO SOLO POR MUERTE.....3	/44
	E45 ENTREVISTADOR: ¿HAY MAS DE UN EPISODIO CODIFICADO EN E41?	NO.....1 SI...(SALTE A E47)....5	/45
	E46 ENTREVISTADOR: ¿EL EPISODIO MAS LARGO DURO MAS DE 52 SEMANAS (E38)?	NO...(SALTE A E48)...1 SI.....5	/46
DEP3R	E47 Ahora, me gustaría saber más acerca de la vez en que se sintió (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) al menos por dos semanas y al mismo tiempo tuvo la mayor cantidad de estos otros problemas. ¿Qué edad tenía entonces? (SI NO PUEDE ESCOGER, señale entonces uno de los peores episodios).	/ ___ / ___ /	/48
DEP3R DEPICDAB	E48 Me gustaría saber cuál de estos otros problemas tuvo usted durante ese episodio de (depresión/ EQUIVALENTE PERSONAL). Durante ese episodio cuando tenía _____ años. VUELVA A E7 Y LEA CADA PREGUNTA CODIFICADA SON (5/5*) EN LAS PREGS. E7-E31), COMENZANDO CON LAS PALABRAS ENTRE [].		
	SI OCURRIDO DURANTE ESTE EPISODIO DE DEPRESION.....CODIFIQUE 5 EN COLUMNA II SI NO OCURRIDO ENTONCES.....CODIFIQUE 1 EN COLUMNA II		
	SI MAS DE UN EPISODIO, PREGUNTE E-49 SI NO, VAYA A F1.		

DEPICDSRTO E49 Ud. me dijo que había tenido más de un episodio
en que se sintió (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL).
Durante cualquiera de sus otros episodios ¿tuvo de estos
otros problemas tanto como en el episodio que recién
describió?

NO.....1
SI...(EN AL MENOS
UNO).....5

/49

Secciones del CIDI a las que te remiten preguntas finales

NO. DE PREGUNTA	SINTOMA	X
E1	Sentirse triste, deprimido	
E-7	Perder apetito	
E-8	Perder peso	
E-9	Aumentó apetito	
E-10	Aumentó peso	
E-11	Problemas para dormirse	
E-12	Problemas para permanecer dormido	
E-13	Despertar demasiado temprano	
E-14	Dormir mucho	
E-15	Sentirse sin energía o agotado	
E-16	Sentirse muy mal al levantarse y mejor durante el día	
E-17	Moverse más lentamente que lo normal	
E-18	Estar en continuo movimiento, de un lado para el otro	
E-19	Disminución del interés sexual	
E-20	Pérdida de interés en trabajo ó entretenimiento	
E-21	Pérdida de la capacidad de disfrutar de las buenas cosas	
E-22	Que no valía nada () Pecador () Culpable()	
E-23	Inferior a los demás	
E-24	Con poca confianza	
E-25	Dificultad para concentrarse	
E-26	Lentitud ó confusión de pensamiento de pensamiento	
E-27	Incapacidad de decisiones fáciles	
E-28	Pensamientos de muerte	
E-29	Querer morirse	
E-30	Pensar en suicidarse	
E-31	Intentado suicidarse	
D-15	Diferentes preocupaciones en su mente al mismo tiempo	

Otras indicaciones a la aplicación del CIDI

1. Pedir que contesten SI o NO
2. Decir en lugar de "Alguna vez" : "Últimamente"
3. En las preguntas de sueño y apetito solo aplicar una de las dos opciones, ya sea de la de pérdida o aumento (apetito) y dificultad o exceso (sueño)
4. Si tiene ideación, planeación o intentos suicidas recomendar (al final de la entrevista) que acudan inmediatamente a consulta en CAISAME estancia breve, e informar a Rebeca.
5. En Depresión, SOLO CONTESTAR el periodo actual en la fila de "Alguna vez"
6. En Depresión, NO HACER preguntas E48 y E49 (por que no es necesario contestar la segunda fila de peor episodio depresivo)

Anexo 4

Examen Mental Breve

EXAMEN COGNOSCITIVO BREVE
(Mini mental State examination)

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO (M) (F)
FECHA _____ EXAMINADOR _____ ESCOLARIDAD _____

PUNTAJE MÁXIMO	PUNTAJE OBTENIDO	
5	()	¿Qué fecha es hoy? (año, estación, mes, día de la semana, fecha completa)
5	()	¿En dónde estamos? (piso, hospital, ciudad, estado, país)
3	()	Nombre de 3 objetos (1 seg para cada uno). Pida que repita y aprenda las palabras: CORTINA, BATA, BOTÓN.
5	()	Que reste de 7 en 7 empezando de 100 (93, 86, 79, 72, 65); en analfabetas, que deletree "RADIO" al revés.
3	()	Pregunte por los 3 objetos aprendidos.
2	()	Muestre una pluma y un reloj y pida que los identifique.
1	()	Que repita la frase "tres tristes tigres".
3	()	Que ejecute la siguiente orden verbal: "TOME UNA HOJA DE PAPEL CON SU MANO DERECHA, DÓBLELA POR LA MITAD CON LAS DOS MANOS Y COLÓQUELA EN EL PISO".
1	()	Que ejecute lo ordenado en la lámina con la frase escrita que diga: "CIERRE LOS OJOS".
1	()	Que escriba una oración completa. (Debe tener sujeto, verbo y predicado)
1	()	Que copie correctamente un diseño geométrico. (La lámina puede tener un cubo o dos rombos unidos)
Total	()	-----

Anexo 5

Calidad de Vida - PECVEC

PECVEC

Por favor, conteste todas las preguntas del modo en que mejor describan sus sentimientos personales. Asegúrese de que contesta todas las preguntas. Por favor, elija **SOLAMENTE UNA** respuesta y márkela con una cruz (X). Si duda entre dos respuestas, marque aquella que según su criterio es la más adecuada.

Las preguntas tienen el siguiente formato:

Por ejemplo:

Durante **LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS**, ¿cómo pudo cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas en casa ?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
------	-----	---------------	------	----------

Si no se indica lo contrario, sus respuestas se referirán **SIEMPRE A LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS**.

Módulo Central

Conteste las cuarenta (40) preguntas acerca de su bienestar y su capacidad de funcionamiento que se le presentan a continuación. Lea atentamente las preguntas antes de responder y recuerde que éstas se refieren a como se sintió Ud. en los últimos siete días.

1. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida encontró disminuida su capacidad física, su vitalidad o su rendimiento?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------------	-------	-----------

2. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo cumplir con las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
------	-----	---------------	------	----------

3. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo realizar trabajo físico intenso, en caso necesario?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

4. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo mantener la concentración todo el día?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

5. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo resistir el ajetreo y el estrés del trabajo diario?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

6. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo dedicarse a sus aficiones?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

7. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo animarse para hacer cosas?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

8. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo desconectarse o relajarse?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

9. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo olvidarse de sus preocupaciones y miedos?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

10. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo comer con apetito?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

11. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo dormir por la noche?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

12. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo disfrutar o alegrarse por algo?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

13. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo interesarse por algo?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

14. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo mantener contacto con amigos o conocidos?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

15. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo ayudar y/o dar ánimo a los demás?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

16. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo contar a otros lo que le preocupa?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

17. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo interesarse por las preocupaciones de los demás?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

18. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo hacer algo con otras personas? (por ejemplo: deporte, juegos, excursiones, etc.)

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

19. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo luchar para hacer que se cumplan sus deseos o necesidades?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

20. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo hacer para sentirse mejor?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

21. Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo soportar las decepciones y los enfados de la vida diaria?

Nada	Mal	Moderadamente	Bien	Muy Bien
-------------	------------	----------------------	-------------	-----------------

22. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido triste y deprimido?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
-------------	----------------	----------------------	--------------	------------------

23. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido atento y concentrado?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
-------------	----------------	----------------------	--------------	------------------

24. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido tenso y nervioso?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------------	-------	-----------

25. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido feliz y de buen humor?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------------	-------	-----------

26. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido apático e indiferente?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------------	-------	-----------

27. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido preocupado o intranquilo?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------------	-------	-----------

28. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido activo y lleno de energía?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------------	-------	-----------

29. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido tranquilo y relajado?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------------	-------	-----------

30. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido cansado y débil?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------------	-------	-----------

31. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido enfadado e irritado?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------------	-------	-----------

32. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido asustado y amenazado?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------------	-------	-----------

33. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido desesperado y sin esperanza?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------------	-------	-----------

34. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido esperanzado y optimista?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
------	---------	---------------	-------	-----------

35. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido sólo, incluso en compañía de otros?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
-------------	----------------	----------------------	--------------	------------------

36. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido cercano a una persona de su confianza?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
-------------	----------------	----------------------	--------------	------------------

37. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido a gusto y perteneciente a su familia o a su círculo de amigos?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
-------------	----------------	----------------------	--------------	------------------

38. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida tuvo la impresión de ser rechazado por los demás?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
-------------	----------------	----------------------	--------------	------------------

39. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida tuvo la sensación de ser comprendido y tomado en serio?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
-------------	----------------	----------------------	--------------	------------------

40. Durante los últimos siete días, ¿en qué medida tuvo la sensación de que se cansa físicamente enseguida?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
-------------	----------------	----------------------	--------------	------------------

Listado de Síntomas

A continuación se presenta una relación de preguntas acerca de los síntomas físicos más frecuentes entre la población general. Por favor conteste a todas las preguntas marcando con una cruz (x) en el espacio correspondiente, y recuerde que éstas se refieren a como se sintió Ud. en los últimos siete días

DURANTE LOS ULTIMOS SIETE DIAS, ¿ TUVO...

Síntoma	No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
Dolor de cabeza?					
Dificultad respiratoria?					
Mareos?					
Latidos fuertes del corazón en el pecho o en el cuello (palpitaciones)?					
Dolores musculares o articulares?					
Cansancio?					
Hinchazón de tobillos?					
Problemas de visión o de audición?					
Pérdida del apetito?					
Picores o lesiones en la piel?					
Tos molesta?					
Problemas con la orina?					
Alteraciones gastrointestinales (por ejemplo: diarrea, estreñimiento)?					
Problemas con la digestión (por ejemplo ardor de estómago, eructos)?					
Dificultad para conciliar el sueño?					
Interrupciones de sueño (por ejemplo: despertar a media noche o muy temprano y no poder volver a dormir)?					

Preguntas adicionales

Por favor, lea las siguientes preguntas y conteste marcando con una cruz (X) la opción de respuesta que corresponda a su caso.

¿ Hay personas en su familia o círculo de amigos que son importantes para Ud. y con cuya ayuda puede contar realmente?

No, ninguna persona

Si, una persona

Si, varias personas

En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para Ud. que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, abandono de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación)

Sí

No

En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera significativamente en su sensación de bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)

Sí

No

Muchas gracias por su cooperación

Anexo 6

Calidad de Vida - DQOL

CALIDAD DE VIDA EN DIABETES

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

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

Por favor indique que tan frecuentemente le suceden los siguientes eventos. Circule el número apropiado.

	<i>Nunca</i>	<i>Muy Poco</i>	<i>Algunas Veces</i>	<i>Con Frecuencia</i>	<i>Todo el Tiempo</i>
B1. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?	1	2	3	4	5
B2. ¿Con qué frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público?	1	2	3	4	5
B3. ¿Con qué frecuencia tiene baja el azúcar en la sangre?	1	2	3	4	5
B4. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5
B5. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida familiar?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

1. Excelente
 2. Buena
 3. Regular
 4. Pobre
- (Circule uno)

Anexo 7

Inventario de Ansiedad de Beck

BAI

A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de la ansiedad. Por favor lea cuidadosamente cada uno de ellos e indique con una cruz, en el espacio en blanco, el grado en que le hallan molestado durante **LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.**

	NADA	LIGERAMENTE Sin molestia significativa	MODERADAMENTE Muy desagradable pero soportable	SEVERAMENTE casi insoportable
Entumecimiento, Hormiguelo				
Oleadas de calor o bochornos				
Debilidad y temblor en las piernas				
Incapaz de relajarme				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Palpitaciones o aceleración cardíaca				
Falta de equilibrio				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Temblor de manos				
Agitación				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión o molestias abdominales				
Desmayos				
Enrojecimiento de la cara				
Sudoración (no por calor)				

Anexo 8

Inventario de Depresión de Beck

BDI

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo marque el número (0,1,2 o 3) que se encuentre junto al enunciado de cada grupo que **mejor** describa la manera como usted se ha sentido durante **la última semana, incluyendo el día de hoy**. Si considera que dentro de un mismo grupo de enunciados varias pueden aplicarse de la misma manera circule cada uno de ellos. **Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.**

1. 0. No me siento triste.
 1. Me siento triste.
 2. Me siento triste todo el tiempo.
 3. Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. 0. No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro.
 1. Me siento más desanimado que antes con respecto a mi futuro.
 2. No espero que las cosas me resulten bien.
 3. Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguiré empeorando.

3. 0. No me siento como un fracasado.
 1. Siento que he fracasado mas de lo que debería.
 2. Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.
 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. 0. Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan.
 1. No disfruto tanto de las cosas como antes.
 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3. No siento placer con las cosas que solía disfrutar.

5.
 0. No me siento particularmente culpable.
 1. Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía de hacer.
 2. Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6.
 0. No siento que esté siendo castigado.
 1. Siento que tal vez seré castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.

7.
 0. Me siento igual que siempre acerca de mí mismo.
 1. He perdido confianza en mí mismo.
 2. Estoy desilusionado de mí.
 3. No me agrado.

8.
 0. No me critico ni me culpo más de lo usual.
 1. Soy más crítico de mí mismo de lo que solía ser.
 2. Me siento crítico por todas mis fallas y errores.
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.
 0. No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
 1. Tengo pensamientos de matarme, pero no los llevaría a cabo.
 2. Me gustaría matarme.
 3. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.
 0. No lloro más de lo usual.
 1. Ahora lloro más que antes.
 2. Ahora lloro por cualquier cosa.
 3. Siento ganas de llorar pero no puedo.

11.
 0. No me siento más tenso de lo usual.
 1. Me siento más inquieto o tenso de lo usual.
 2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo estar quieto.
 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.

12. 0. No he perdido interés en otras personas o actividades.
 1. Ahora me encuentro menos interesado que antes en otras personas o actividades.
 2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades.
 3. Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.
13. 0. Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre.
 1. Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes.
 2. Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes.
 3. Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión.
14. 0. No me siento devaluado.
 1. No me siento tan valioso o útil como antes.
 2. Me siento menos valioso comparado con otros.
 3. Me siento francamente devaluado.
15. 0. Tengo tanta energía como siempre.
 1. Tengo menos energía de la que solía tener.
 2. No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.
 3. No tengo suficiente energía para hacer nada.
16. 0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
 1a. Duermo mas de lo usual.
 1b. Duermo menos de lo usual.
 2a. Duermo mucho mas de lo usual.
 2b. Duermo mucho menos de lo usual.
 3a. Duermo la mayor parte del día.
 3b. Me despierto 1 o 2 horas mas temprano y no puedo volver a dormir.
17. 0. No estoy más irritable de lo usual.
 1. Estoy más irritable de lo usual.
 2. Estoy mucho más irritable de lo usual.
 3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. 0. No he sentido ningún cambio en mi apetito.
 1a. Mi apetito es menor que lo usual.
 1b. Mi apetito es mayor que lo usual.
 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
 2b. Mi apetito es mucho mayor que antes.
 3a. No tengo nada de apetito.
 3b. Me despierto 1 o 2 horas mas temprano y no me
 puedo volver a dormir.
19. 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 1. No puedo concentrarme tan bien como siempre.
 2. Me resulta difícil concentrarme en algo durante
 mucho tiempo.
 3. No puedo concentrarme en nada.
20. 0. No estoy mas cansado o fatigado de lo usual.
 1. Me canso o fatigo más fácilmente que antes.
 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer
 cosas que solía hacer.
 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer
 la mayoría de las cosas que solía hacer.
21. 0. No he notado ningún cambio reciente en mi
 interés en el sexo.
 1. Me encuentro menos interesado en el sexo ahora.
 2. Me encuentro mucho menos interesado en el sexo
 ahora.
 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

TOTAL: _____

Anexo 9

Afectividad Positiva y Negativa - Panas

PANAS

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique como se ha sentido usted durante **LA ULTIMA SEMANA**. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra *triste*, y en **LA ULTIMA SEMANA** usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivado	_____	irritable	_____
molesto (a disgusto)	_____	alerta	_____
emocionado	_____	avergonzado	_____
de malas	_____	inspirado	_____
firme	_____	nervioso	_____
culpable	_____	decidido	_____
temeroso	_____	estar atento	_____
agresivo	_____	inquieto	_____
entusiasmado	_____	activo	_____
estar orgulloso	_____	inseguro	_____

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique como se siente **GENERALMENTE**, esto es, como se siente regularmente. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra *triste*, y en **GENERAL O REGULARMENTE** usted se siente extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivado	_____	irritable	_____
molesto (a disgusto)	_____	alerta	_____
emocionado	_____	avergonzado	_____
de malas	_____	inspirado	_____
firme	_____	nervioso	_____
culpable	_____	decidido	_____
temeroso	_____	estar atento	_____
agresivo	_____	inquieto	_____
entusiasmado	_____	activo	_____
estar orgulloso	_____	inseguro	_____

Anexo 10

Registro de Adherencia a tratamiento

REGISTRO DIARIO DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO

Por favor registre diariamente en la noche cada una de conductas de tratamiento que realizó durante la semana. Es posible que algunas conductas no deban ser realizadas todos los días de la semana (Ejemplo: Cita con el médico tratante). En ese caso marque únicamente el espacio correspondiente al día de la semana en que realizó esta conducta. Si una o varias de las conductas del registro no se le indicó para su tratamiento, por favor marque con una cruz en el espacio correspondiente.

Ejemplo:

No indicada para mi tratamiento	Conducta de tratamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Toma de medicamento	x	x					
X	Dieta							

En el ejemplo anterior se registran dos días de la semana de la conducta de tratamiento "toma de Insulina", y la "Dieta" no le fue indicada para su tratamiento.

No indicada para mi tratamiento	Conducta de tratamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Toma de medicamento							
	Dieta							
	Ejercicio							
	No fumar							
	Medición de Azúcar en sangre o en orina							
	Cita con médico tratante de Diabetes							
	Otra:							
	Otra:							
	Otra:							
	Otra:							

Evaluación del médico Tratante: 25% 50% 75% 100%
 Evaluación de familiar y/o cuidador cercano: 25% 50% 75% 100%

Anexo 11

Manual de la Intervención

Manual de Terapia Psicológica para mejorar la Calidad de Vida del paciente con Diabetes Mellitus

Manual para el usuario

Introducción

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, y el impacto que tiene en la *calidad de vida* de las personas que la padecen, la define como un problema de salud cuyo estudio, prevención y tratamiento multidisciplinarios resultan de importancia fundamental.

La terapia psicológica es benéfica para los pacientes con Diabetes Mellitus por muchas razones. En primer lugar, el tratamiento médico de esta enfermedad es complicado y requiere de modificaciones en el estilo de vida de quienes la padecen. Es decir, el control de la enfermedad depende en buena medida de la **conducta** del paciente. En una gran cantidad de estudios se ha demostrado que la terapia psicológica es útil para lograr el control médico de esta enfermedad. Además, la Diabetes se encuentra estrechamente relacionada con cambios afectivos, entre los que destaca la **depresión** y la **ansiedad**. Existen técnicas psicológicas sumamente efectivas para resolver estos problemas. Finalmente, el **bienestar psicológico y la calidad de vida** de cualquier persona que padezca una enfermedad puede y debe ser atendida con el mismo interés con que se atienden los síntomas físicos de su enfermedad.

De esta manera, el tratamiento psicológico integral debe incluir al menos los siguientes aspectos: informar al paciente acerca de su enfermedad, enseñar al

paciente las habilidades necesarias para el auto cuidado y control de su enfermedad, así como para el manejo adecuado del estrés y de las emociones negativas como la depresión, enojo y ansiedad, propiciar una relación saludable con su familia y amigos, y mejorar su calidad de vida en general.

*** Procedimiento de la Terapia**

La Terapia Psicológica en la que participarás se llevará a cabo de manera grupal. En cada uno de los grupos de psicoterapia habrá un máximo de diez personas. Cada uno de los grupos se reunirá dos veces por semana durante un mes para completar un total de 8 sesiones. Las sesiones tendrán una duración de dos horas, con un intermedio para descanso de 15 minutos, a la mitad de la sesión.

El tipo de psicoterapia que se impartirá es conocida como "Terapia Cognitivo Conductual" y se caracteriza por ser un sistema de terapia breve y muy efectivo para ayudar a las personas a adquirir conductas, pensamientos y emociones deseables para adaptarse a la enfermedad con el mayor bienestar psicológico posible, y a modificar conductas, pensamientos y emociones no deseables o desadaptativos para las personas.

La Terapia será impartida por una psicóloga previamente entrenada para esta tarea, con Maestría en Psicología Clínica y un Entrenamiento en Terapia Cognitivo Conductual de dos años. Además, otro(a) psicólogo (a) (co-terapeuta) ayudará a los participantes en las actividades que realizarán para aprender a controlar su enfermedad y a mejorar sus calidad de vida.

En términos generales, el procedimiento del tratamiento será el siguiente:

1. Fase inicial

En las primeras sesiones se enseñará a los participantes los conceptos básicos de la terapia cognitivo conductual, se describirá detalladamente el programa de

tratamiento, se describirán los síntomas, clasificación y tratamiento de la diabetes mellitus, se motivará y enseñarán habilidades a los participantes para el apego a tratamiento y el registro diario de conductas de auto cuidado (auto monitoreo de niveles de glucosa en sangre, toma de medicamentos, ejercicio, y alimentación adecuada), y se realizará una lista de “problemas” a partir de los resultados de los cuestionarios de calidad de vida.

2. Fase intermedia

En la segunda fase de la terapia los participantes **identificarán y modificarán las ideas**, creencias, pensamientos o percepciones que les conducen a malestar emocional y físico, y a conductas disfuncionales o inadecuadas que deterioran su calidad de vida; y aprenderán conductas y pensamientos que han demostrado ser útiles para afrontar efectivamente y aceptar estoicamente la enfermedad, y para prevenir y/o aliviar la depresión, ansiedad y el enojo tan frecuentemente asociadas con el deterioro de la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas en general, y con Diabetes Mellitus en lo particular.

3. Fase final

En las últimas sesiones de tratamiento se revisarán las metas alcanzadas con la terapia y se establecerán sesiones de seguimiento y evaluación posteriores.

*** Evaluación de la efectividad de la Terapia**

Es importante conocer si esta terapia psicológica es efectiva para lograr los propósitos para las que fue diseñada. Solo así será posible su mejora continua. Por esta razón se te solicitará que contestes algunos cuestionarios de evaluación, en sesiones individuales, antes de iniciar, al finalizar y a los tres meses de la intervención.

A continuación se enlistan estos cuestionarios. Gracias por tu cooperación.

Cuestionarios

Ficha de identificación

En esta hoja usted anotará sus datos generales, como edad, ocupación, etc., y datos acerca de su enfermedad, como la edad de inicio, etc.

Entrevista Psiquiátrica

Un médico psiquiatra le hará una serie de preguntas para determinar si usted padece Depresión o Ansiedad. Como hemos dicho antes en este texto, la depresión y la ansiedad son problemas emocionales que frecuentemente experimentan las personas que padecen Diabetes. Identificar estos problemas es el primer paso para resolverlos.

Inventario de Ansiedad

Usted nos indicará en esta prueba si tiene uno o varios síntomas de ansiedad.

Inventario de Depresión

Usted nos indicará en esta prueba si tiene uno o varios síntomas de depresión.

Cuestionarios de Calidad de Vida

Se le solicita que complete dos cuestionarios para evaluar su calidad de vida. Es muy importante que conteste todas las preguntas de estos cuestionarios, porque así sabremos si la intervención es efectiva para mejorar su calidad de vida.

Hemoglobina Glucosada

Esta prueba se llevará a cabo para conocer sus niveles de glucosa en sangre, porque esperamos que la intervención favorezca su control.

Cuestionario de Personalidad

En este cuestionario nos indicará algunos datos acerca de la manera en que usualmente comporta. Esto ayudará a planear su tratamiento de forma más efectiva.

Registro conductual

Este registro lo completará diariamente para indicar las actividades que realiza para el tratamiento de su enfermedad.

En la siguiente tabla se presenta la programación de evaluaciones. Como puede observarse, algunos cuestionarios serán aplicados en tan solo una ocasión, y otros deberán contestarse varias veces. Esto es porque es importante ir evaluando los cambios en tu calidad de vida a través del tiempo, para saber si la terapia te está ayudando o no.

Programación de evaluaciones

Cuestionarios	Inicio de la intervención	Intermedio de la intervención	Final de la Intervención	Tres y seis meses después de la intervención
Ficha de Identificación	Si			
Entrevista Psiquiátrica	Si			
Inventarios de Depresión y Ansiedad	Si	Si	Si	Si
Cuestionarios de Calidad de Vida	Si	Si	Si	Si
Hemoglobina glucosilada	Si			Si
Cuestionario de Personalidad	Si			
Registro conductual	Si	Si	Si	Si

En el caso de que aceptes voluntariamente a participar en esta intervención psicológica, el o la terapeuta te solicitarán que firmes una **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**. Este es un requisito de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud para llevar a cabo investigación con seres humanos.

NOTA IMPORTANTE: La intervención psicológica, los materiales didácticos, y la aplicación e interpretación de la totalidad de pruebas (incluyendo la de hemoglobina glucosilada) son gratuitos. Este es un proyecto de investigación de una alumna de doctorado en Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, que recibe (por y para ello) apoyo económico con una beca crédito del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Presentación

Este manual es una herramienta muy importante para apoyar el proceso terapéutico que estas llevando a cabo para controlar tu enfermedad y mejorar la calidad de tu vida. En este manual encontrarás un resumen de los conceptos más importantes que se revisarán en cada sesión de terapia, así como ejercicios complementarios que te ayudarán a desarrollar las habilidades que necesitas para controlar tu enfermedad y mejorar tu calidad de vida.

Las estrategias descritas en el manual han mostrado ser útiles para que las personas con Diabetes adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para el cuidado de su enfermedad, así como para resolver problemas emocionales como la depresión, ansiedad, enojo, culpa o vergüenza, para solucionar las dificultades en las relaciones con los demás, y para manejar mejor el estrés y mejorar la autoestima y la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas.

*** ¿Cómo se usa este manual?**

El manual está dividido en ocho partes, que corresponden a cada una de las sesiones de terapia. Así podrás ir revisando cada parte conforme avance el proceso terapéutico, sesión por sesión.

En cada una de las sesiones encontrarás: 1) un resumen de la sesión, con espacios en blanco para que hagas tus propias anotaciones, 2) ejemplos útiles y hojas para hacer ejercicios durante la sesión, y 3) la descripción detallada de las tareas para casa, para que practiques lo que hayas aprendido en la sesión.

En este manual encontrarás
una guía paso a paso
para mejorar tu calidad de vida



Primera sesión

Objetivo:

1. Encuadre
2. Descripción de la intervención
3. Solución de dudas y expectativas de la intervención
4. Acuerdo de reglas de trabajo grupal

Actividades:

1. Presentación del grupo
 - 1.1 Presentación del terapeuta y co-terapeuta del grupo
 - 1.2 Presentación de los miembros del grupo
 - 1.2.1 Presentación verbal individual
 - 1.2.2 Dinámica grupal
2. Descripción del Tratamiento
3. Solución de expectativas del tratamiento
4. Exposición de reglas de trabajo grupal
5. Entrega de Apartado de "Primera sesión del Manual para el Usuario".
6. Tarea para casa

Definición de la Intervención

La Terapia Cognitivo Conductual es una forma de psicoterapia que ha demostrado ser muy efectiva para ayudar a las personas a llevar a cabo cambios importantes en su forma de pensar, sentir y actuar. Esta terapia parte del supuesto central de que nuestra conducta y nuestras emociones están determinadas, en buena medida, por la forma en que pensamos. De esta manera nosotros podemos hacer algo por modificar la forma en que nos sentimos y comportamos si modificamos

los pensamientos no adaptativos o disfuncionales que hemos aprendido. Además existen otras actividades (además de modificar nuestro pensamiento) que podemos hacer para mejorar nuestro comportamiento y estado emocional en lo particular, y nuestra calidad de vida en lo general.

La Terapia Cognitivo Conductual aplicada a pacientes con Diabetes Mellitus han demostrado ser efectiva para aumentar la adherencia al tratamiento médico de la enfermedad, optimizar el monitoreo de glucosa en sangre, disminuir síntomas de depresión y ansiedad de los pacientes, y tratar algunos problemas relacionados con la Diabetes como el aumento en el peso corporal y los trastornos sexuales, entre otras cosas.

La intervención psicológica en la que participas es una forma de terapia cognitivo conductual en donde se incluyen todas esas técnicas que pueden ser útiles para aprender a manejar tu enfermedad y a mejorar tu calidad de vida.

Es importante que las personas que padecen una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus dediquen tiempo y esfuerzo al tratamiento médico de su enfermedad, pero también así al tratamiento psicológico de la misma.

**El bienestar psicológico
y la calidad de vida de los pacientes
con Diabetes Mellitus
es una meta de tratamiento tan válida
e importante como la de controlar
los síntomas físicos de la enfermedad.**



A continuación se presenta un resumen de la información que te proporcionó la terapeuta acerca de esta intervención.

Número de sesiones: 8 (dos horas cada una) con intermedio de 15 minutos en cada sesión, para descanso.

Tipo de intervención: grupal (10 personas), breve y estructurada (manual para terapeuta y para usuarios).

Objetivo: Aumentar la Calidad de Vida, el bienestar psicológico y el control de la enfermedad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Evaluación de resultados: Se te solicitará que completes una serie de cuestionarios antes, después y a los seis meses de la intervención a manera de probar si esta es efectiva para lograr los propósitos para los que fue diseñada.

Técnicas principales: En términos generales, las técnicas que van a enseñarte en las sesiones se denominan: Psicoeducación o Información de la enfermedad y su tratamiento, Programa de adherencia terapéutica, Automonitoreo, Terapia Cognitiva; Entrenamiento en Relajación de pares musculares, Entrenamiento en Respiración Profunda; Auto reforzamiento, y Tareas para casa.

A continuación se presenta una breve descripción de cada una de las técnicas:

**Psicoeducación:
Información para conocer y afrontar la enfermedad**

- * La psicoeducación es una de las herramientas psicológicas más utilizadas en el tratamiento de la Diabetes Mellitus, y ha demostrado ser sumamente efectiva para que las personas aprendan a controlar su enfermedad.
- * La Psicoeducación consiste en informar a los pacientes y/o familiares acerca de que es y como se trata una enfermedad.
- * Los temas que se incluirán son: Definición y clasificación de la Diabetes, tratamiento (educación, alimentación, ejercicio, medicamentos y autocontrol), complicaciones agudas y crónicas, apoyo emocional, y cuidados por parte de otros especialistas

Auto monitoreo: Observar la propia conducta

- * El auto monitoreo es una técnica efectiva para modificar nuestras conductas y/o pensamientos no adaptativos, disfuncionales y/o incorrectos, que consiste en la mera observación y registro de esas conductas y/o pensamientos.
- * Esta técnica parte del supuesto de que la sola información o retroalimentación impulsa a las personas a modificar sus conductas y/o pensamientos.
- * En la terapia se enseñará esta técnica con el propósito fundamental de aumentar la adherencia a tratamiento médico y el auto cuidado de la enfermedad; por lo que se te solicitará que diariamente registres las todas las conductas de auto cuidado que realices en el día. También se utilizará como parte de grupo de técnicas para llevar a cabo la Reestructuración cognitiva.

Terapia Cognitiva: Pensar bien para hacer y sentirse bien

- * La reestructuración cognitiva es un conjunto de técnicas útiles para identificar y modificar los pensamientos, creencias, ideas, fantasías y/o imágenes que producen emociones negativas como la depresión, el enojo y la ansiedad; y a generar pensamientos racionales y adaptativos que impulsan conductas funcionales y bienestar físico y emocional.
- * Las técnicas principales son: el auto monitoreo y auto registro de situaciones, pensamientos y conductas relacionadas con la depresión y la ansiedad (observar, darse cuenta y anotar en un papel las situaciones, pensamientos y conductas relacionadas con la depresión y la ansiedad), el paro de pensamiento (para los pensamientos relacionados con la depresión y la ansiedad), el debate racional (que es discusión lógica dirigida a modificar los pensamientos irracionales que producen depresión y ansiedad, y auto verbalizaciones positivas o líneas de pensamiento racional.

Auto reforzamiento: Un auto-premio bien merecido

- * El auto reforzamiento se define como: Brindarse a si mismo **una consecuencia positiva por una conducta o actividad** que ha llevado a cabo.
- * La consecuencia positiva, premio o reforzador puede variar de persona a persona. Cada quien habrá de **seleccionar** con anterioridad el premio que se dará cuando realice una conducta o actividad.
- * Es importante que el premio se de **INMEDIATAMENTE** después de la conducta o actividad realizada, y **CONTINGENTE** a la conducta o actividad en cuestión (es decir: **SOLO** se dará ante esa conducta y no ante ninguna otra).
- * Esta técnica es útil para lograr **refuerzo a conductas o actividades difíciles pero necesarias de realizar** por las personas.
- * Cuando las personas son poco premiadas por su ambiente, pueden premiarse a si mismas. **Esta es una habilidad importante de aprender** para aliviar y prevenir la tristeza y/o depresión.

Entrenamiento en Relajación:

Cuerpo y mente relajados en minutos

- * El entrenamiento en relajación es una "clase" en donde se enseña a los participantes a relajar **TODOS** los músculos de su cuerpo. Este entrenamiento es útil para disminuir la ansiedad.
- * En términos generales, el entrenamiento consiste en tensar y distender cada par de músculos del cuerpo, de pies a cabeza.
- * Es importante que lo que se aprenda en la sesión de entrenamiento se practique todos los días, muchas veces, para que después, uno pueda relajarse en unos cuantos minutos.

Entrenamiento en Respiración: Oxígeno y bienestar a cuerpo y mente

* El Entrenamiento en Respiración es una "clase" en donde las participantes reaprender como respirar profundamente. Cuando somos bebés respiramos con el diafragma, proporcionando a nuestro cuerpo el oxígeno necesario y expulsando los tóxicos del organismo. Sin embargo, cuando crecemos generalmente comenzamos a respirar de manera cortada.

Con este entrenamiento reaprendemos la respiración diafragmática. Esto ha probado ser muy útil para lograr bienestar físico y psicológico en general, y para reducir la tensión muscular y la ansiedad en particular.

* Es importante que las participantes ensayen diariamente la respiración profunda para lograr respirar de esta manera de forma habitual, y para cuando se quiera relajarse y disminuir la ansiedad.

Tareas para casa: La práctica hace al maestro

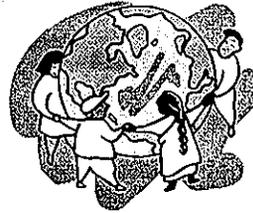
* Las tareas para casa son ejercicios que las participantes practican fuera de las sesiones del grupo. Estas tareas tienen la finalidad de lograr que las participantes desarrollen las habilidades que se enseñan en las sesiones.

Es por medio de la práctica constante que se hace un hábito personal Auto reforzarse, relajarse, respirar profundamente y pensar racionalmente.

* Las tareas se describen detalladamente en cada apartado de las cinco sesiones del Manual para el terapeuta y del Manual para las usuarias, y el terapeuta encargará la tarea de cada sesión y resolverá todas las dudas que tengan las participantes.

Tus notas: _____

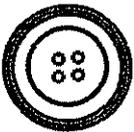
Reglas de trabajo grupal



En todos los grupos de trabajo, independientemente de que tengan o no un objetivo terapéutico como este grupo, es indispensable "tener reglas de trabajo" que aseguren el logro de sus objetivos. Las reglas para el trabajo de este equipo son:

- 1. Asistencia puntual** a todas las sesiones: Es muy importante que todos los participantes asistan puntualmente a las ocho sesiones. Esto permitirá llevar a cabo todas las actividades programadas para la sesión, y así cubrir los objetivos de la misma.
- 2. Confidencialidad y apoyo grupal:** Los participantes y el terapeuta habrán de apoyarse unos a otros, por lo que deberán evitar burlas, y prestarán atención a los comentarios de los demás. Además, los participantes NO deberán comentar fuera de las sesiones, nada de lo que otros compañeros comuniquen en las mismas, menos aún si ello pudiera afectarlos.
- 3. Participación equitativa:** Todos los participantes tiene derecho a manifestar sus dudas, opiniones y ejemplos. Por lo tanto nadie habrá de hacer una participación muy extensa que reste mucho tiempo a las sesiones y no permita participar a los demás. Todos podrán hablar en la sesión en un periodo no mayor de cinco minutos por persona en cada participación.
- 4. Participación en los ejercicios prácticos y tareas para casa:** Todos los participantes llevarán a cabo los ejercicios de las sesiones y las tareas para casa. Solo así podrán aprender las habilidades necesarias para mejorar su calidad de vida.

Para muestra un botón



Al inicio de cada sesión, el o la terapeuta pedirá a los participantes que revisen juntos la tarea para casa de la sesión anterior. Se resolverán las dudas que se presenten y se proseguirá con la exposición de los objetivos de la sesión en curso. En cada sesión aprenderás nuevas habilidades para mejorar tu calidad de vida y te dejarán nuevamente alguna tarea para que practiques lo que haz aprendido. **Recuerda que la práctica hace al maestro.** Por esta razón muchas de las tareas se irán sumando. Es decir, en la tercera sesión habrás de llevar de tarea para casa: la tarea de la segunda sesión MAS la tarea de la tercera sesión, y así consecutivamente. Al final de la sesión el o la terapeuta te explicará detalladamente la tarea para casa y te entregará el apartado correspondiente del Manual del usuario que se elaboró específicamente para esta intervención.

Por favor PREGUNTA AL TERAPEUTA POR CUALQUIER DUDA QUE TENGAS durante o después de la sesión. Recuerda que estas son sesiones de aprendizaje de nuevas y muy útiles habilidades para tu vida, así que entre más claros tengas los conocimientos y más practiques los ejercicios y tareas, mas hábil será para mejorar tu calidad de vida.

La Tarea



La Tarea para casa de la primera sesión es:

1. Lectura del apartado de "Primera sesión" del Manual para el usuario, para reforzar la primera sesión y poder resolver las dudas que se presenten en la próxima sesión.

Mis dudas o comentarios acerca de la primera sesión:

2. Pensar y anotar: **¿Es importante para mi mejorar mi calidad de vida, además de aprender a controlar los síntomas físicos de mi enfermedad?**

3. Pensar y anotar: **¿Estoy dispuesto a invertir tiempo y esfuerzo en mejorar mi calidad de vida?**

4. Pensar y anotar: **¿Es posible vivir con adecuada calidad de vida y bienestar psicológico y emocional aunque padezca una enfermedad crónica como la Diabetes?**

5. Pensar y anotar: **¿Qué puedo hacer para mejorar mi calidad de vida?**

6. Pensar y anotar: **¿Quién es la o el responsable de que pienso, qué hago y de cómo me siento?** _____

7. Autoregistro de conductas de autocuidado y apego a tratamiento

En las próximas sesiones aprenderás algunas estrategias que han demostrado ser útiles para aumentar el auto cuidado y el apego o adherencia al tratamiento de la Diabetes. Por esto es muy importante que contestes **FRANCAMENTE** el siguiente registro de conductas de auto cuidado.

Este registro deberás completarlo diariamente. Así, para la próxima sesión tendrán dos registros completos. A lo largo de toda la intervención seguirás registrando tus conductas de auto cuidado, Por esta razón, a continuación encontrarás un buen número de registros diarios de conductas de auto cuidado.

NOTA IMPORTANTE: Es necesario que en todos y cada uno de los registros anotes tu nombre y la fecha, y que los entregues sesión con sesión al terapeuta. Solo de esta manera podrá seguir ayudándote a mejorar tu apego al tratamiento y probar si la intervención es efectiva para este propósito. Gracias por tu colaboración.

REGISTRO DIARIO DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor registre diariamente en la noche cada una de conductas de tratamiento que realizó durante la semana. Es posible que algunas conductas no deban ser realizadas todos los días de la semana (Ejemplo: Cita con el médico tratante). En ese caso marque únicamente el espacio correspondiente al día de la semana en que realizó esta conducta.

Si una o varias de las conductas del registro no se le indicó para su tratamiento, por favor marque con una cruz en el espacio correspondiente.

Ejemplo:

No indicada para mi tratamiento o	Conducta de tratamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Toma de medicamento	X	X					
X	Dieta							

En el ejemplo anterior se registran dos días de la semana de la conducta de tratamiento "toma de Insulina", y la "Dieta" no le fue indicada para su tratamiento.

No indicada para mi tratamiento o	Conducta de tratamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Toma de medicamento							
	Dieta							
	Ejercicio							
	No fumar							
	Medición de Azúcar en sangre o en orina							
	Cita con médico tratante de Diabetes							
	Otra:							
	Otra:							

Algo más...



¿ Quién es tu terapeuta ?

Esta primera sesión de terapia tiene por objetivos principales: 1) que tu, todo el grupo y yo nos conozcamos, 2) que todos sepan que y como trabajaremos para mejorar su calidad de vida, y 3) que hagamos una evaluación de su calidad de vida actual. En la sección de este apartado, intitulada: "Para muestra un botón" ya se ha ejemplificado como serán las sesiones de trabajo, y como "Tarea" pensarás y anotarás todo aquello que puedes hacer para mejorar tu calidad de vida. Por eso quiero aprovechar esta sección para presentarme ampliamente contigo. Aunque ya nos conocimos en la sesión de terapia hay algunas cosas que es deseable que las personas sepan acerca de sus terapeutas.

Yo estudié la carrera de Psicología en la Ciudad de México. Posteriormente realicé una Maestría en Psicología Clínica y un Entrenamiento en Terapia Cognitivo Conductual de dos años. En este entrenamiento me enseñaron a hacer paso a paso las técnicas que pondremos en práctica durante las ocho sesiones que dura este tratamiento. Actualmente me encuentro estudiando el Doctorado en Psicología de la Salud, que es el área de la Psicología interesada en el estudio y tratamiento psicológico de las enfermedades físicas, como la Diabetes. Me interesa mucho ayudarte a mejorar tu calidad de vida, por lo que te pido que asistas a todas las sesiones de terapia y procures aprovecharlas al máximo. Te agradeceré tus comentarios y sugerencias para mejorar mis procedimientos terapéuticos, así como el llenado de todos los cuestionarios que te solicitaré que completes.

Mucho gusto, y a trabajar por tu calidad de vida...

Segunda sesión

Objetivos:

1. Los participantes identificarán las dimensiones de calidad de vida específicas para Diabetes Mellitus que se encuentran deterioradas en cada caso particular, con base en los resultados de los cuestionarios de calidad de vida DQOL y PECVEC, y desarrollarán un programa de trabajo individual.
2. Los participantes analizarán la relación que existe entre el pensamiento y las conductas y emociones humanas.
3. Los participantes identificarán las creencias, emociones y conductas relacionadas con cada dimensión de su calidad de vida (Satisfacción e impacto de tratamiento, preocupaciones por efectos futuros y aspectos sociales y vocacionales, y bienestar psicológico)
4. Los participantes analizarán las estrategias para modificación de pensamientos, conductas y emociones desadaptativas o disfuncionales.

Actividades:

1. Revisión de tarea para casa
2. Entrega de resultados de la evaluación de calidad de vida; identificación de dimensiones que muestran deterioro y elaboración de plan individual de trabajo.

3. Exposición acerca de la relación entre lo que pensamos y como actuamos y nos sentimos: “No son las cosas que nos pasan las que nos afectan, sino lo que pensamos acerca de ellas...”
4. Identificación de pensamientos, emociones y conductas relacionados con deterioro de la calidad de vida.
5. Ejercicio estructurado: “El procedimiento para identificar los pensamientos irracionales relacionados con el deterioro de mi calidad de vida”
6. Tarea para casa: “Identificación de pensamientos, emociones y conductas relacionadas con el auto cuidado y apego a tratamiento de la Diabetes Melitus”
7. Fin de la sesión



Calidad de Vida de las personas con Diabetes Mellitus

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud debe entenderse como un estado de bienestar tanto físico, como social y psicológico. Desde esta perspectiva, las personas que padecen una enfermedad física deben ser apoyadas también para alcanzar un bienestar psicológico y social. Por esta razón, en la actualidad existe una fuerte tendencia a evaluar la calidad de vida como una medida última de la eficacia de la mayoría de las intervenciones terapéuticas modernas.

La evaluación de la Calidad de vida específica para Diabetes Mellitus incluye:

1. Satisfacción con el tratamiento de la enfermedad
2. Impacto del tratamiento
3. Preocupación acerca de los efectos futuros de la Diabetes
4. Preocupación acerca de los aspectos sociales y vocacionales
5. y Bienestar psicológico

Esta evaluación de la Calidad de Vida específica para Diabetes Mellitus es conocida como DQOL, y fue aquella que completaste antes de iniciar con la intervención. Una adecuada calidad de vida de un paciente con DM estaría representada por puntuaciones cercanas a 100 en el DQOL, e implicaría que la persona se encuentra satisfecha con el régimen de tratamiento de su enfermedad, que se considera capaz de manejar o controlar su enfermedad y que en goza de bienestar psicológico y/o emocional y social.

Cada uno de los participantes de esta intervención puede tener un problema particular en alguna, varias o todas las dimensiones de calidad de vida específica para Diabetes Mellitus. Así por ejemplo, alguno podría presentar un deterioro significativo en la satisfacción con su tratamiento y no así en la dimensión de preocupación por consecuencias futuras de la enfermedad; y otra persona podría presentar un fuerte deterioro en su bienestar psicológico y/o emocional pero sentirse relativamente satisfecho con su tratamiento, etc.

De acuerdo con los resultados de tu evaluación de Calidad de Vida específica para Diabetes Mellitus:

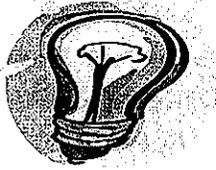
¿Cuál es tu caso?, ¿Qué dimensiones de tu calidad de vida se encuentran deterioradas?, y por lo tanto?, ¿En que aspectos de tu calidad de vida habrás de trabajar con mayor constancia en esta intervención?: _____

En esta intervención aprenderás las habilidades necesarias para mejorar todas estas dimensiones de calidad de vida relacionadas con la Diabetes Mellitus, pero sin duda alguna es conveniente que dediques tiempo y esfuerzo especial a aquellos aspectos de tu calidad de vida que se encuentran especialmente deteriorados. Esto quiere decir que la mayoría de tus ejercicios y tareas para casa habrán de incluir la o las dimensiones de calidad de vida que mostraron un deterioro significativo en tu caso en particular.

Sin duda alguna, una de las habilidades que aprenderás en esta sesión para mejorar tu calidad de vida es: **PENSAR BIEN PARA SENTIRSE BIEN.**

A continuación se presenta un resumen detallado de la exposición que hizo tu terapeuta respecto a la relación entre el pensamiento y las emociones y conductas de los seres humanos, y de la manera en que podemos identificar y modificar los pensamientos negativos, ilógicos o irracionales que nos producen malestar físico y emocional.

Pensar bien para Sentirse bien:



“No son las cosas que nos pasan las que nos afectan, sino lo que pensamos acerca de ellas....”

Epicteus

Como hemos visto en la sesión pasada, la Terapia Cognitivo Conductual parte del supuesto de que la forma en que pensamos determina en buena medida la forma en que nos sentimos y nos comportamos. De esta manera una forma de modificar nuestros sentimientos y conductas negativas, es modificar nuestros pensamientos incorrectos, desadaptativos, disfuncionales, ilógicos o irracionales, y reemplazarlos por pensamiento adaptativos, funcionales, lógicos o racionales. Los pensamientos irracionales nos conducen a emociones intensas y negativas y a conductas poco adaptativas o disfuncionales. Por el contrario, los pensamientos racionales conducen a emociones de intensidad manejables o positivas, y facilitan un comportamiento adaptativo y funcional.

La idea central de la TCC es que nuestras ideas, pensamientos, creencias o percepciones de un evento o experiencia de la vida afectan poderosamente nuestra respuesta emocional, conductual y fisiológica ante tal evento o experiencia.

Por ejemplo:

Si estás esperando a que un amigo pase a recogerte a tu casa, y *pensaras* “Voy a estar esperándome un rato porque hay mucho tráfico en la Ciudad y es probable que tarde en llegar por mi, así que será mejor que me relaje”, probablemente te *sentirás* tranquilo(a). Tu *cuerpo* estará relajado, y a lo mejor decidas *hacer algo* mientras llega por ti, como leer una revista. En cambio, si *pensaras*: “Si se tarda

mucho en llegar es porque seguramente algo malo le ha pasado... y si chocó en el coche?", te *sentirás* angustiado(a) o ansioso(a). Tu *cuerpo* estaría tenso y pasarías el tiempo muy *inquieto(a)* mirando al reloj a cada rato. Finalmente, si *pensaras*: "Seguro no viene por que ni se acuerda de nuestra cita, ya no me quiere y por eso no piensa en mí..." te *sentirías* triste, y probablemente pasarías algún tiempo llorando.

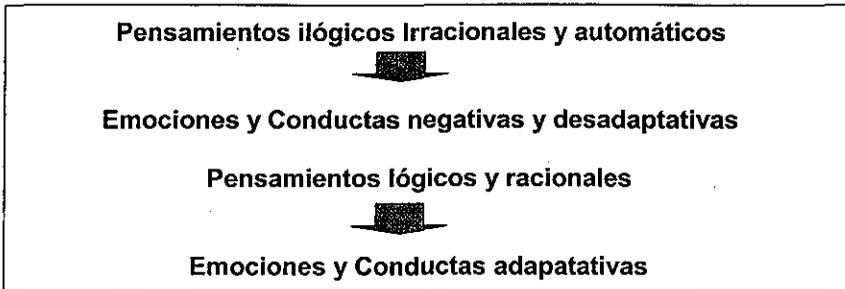
La TCC pretende enseñar a identificar y modificar las ideas, pensamientos, creencias o percepciones que conducen a emociones, conductas y reacciones físicas intensas, inadecuadas, disfuncionales o desadaptativas.

En resumen, es por medio de un cambio de pensamiento, de la modificación de la forma en que percibimos las cosas que nos pasan, que se logra un cambio real y duradero de nuestras emociones, nuestra conducta y nuestras reacciones físicas ante los eventos y experiencias de la vida.

En esta sesión de terapia aprenderás a identificar y modificar los pensamientos inadecuados, ilógicos o irracionales que están relacionados con sentimientos y conductas inadecuadas que impactan negativamente en tu calidad de vida. Así, una de las habilidades que habrás de desarrollar para sentirte y comportarte de forma adecuada, y para mejorar tu calidad de vida, es PENSAR CORRECTAMENTE. Pensar correctamente es pensar de forma lógica, con sentido común, no confundirnos o "hacernos bolas" con pensamientos negativos que solo nos ocasionan malestar, y no nos ayudan siquiera a resolver los problemas.

En la figura siguiente se esquematiza la relación entre los pensamientos irracionales y las emociones y conductas desadaptativas, y entre los pensamientos racionales y las emociones y conductas adaptativas.

Relación entre pensamientos y emociones y conductas



A continuación se presenta una descripción de un Modelo propuesto por Albert Ellis, el creador de la Terapia Racional Emotiva (una forma de Terapia cognitivo Conductual), para enseñar a las personas a identificar y modificar los pensamientos irracionales o ilógicos que nos ocasionan malestar emocional y conductas inadecuadas.

El modelo ABC

Generalmente las personas creemos que son las cosas que nos pasan las que nos hacen sentir mal (tristeza, enojo o angustia), pero no es así. La mayoría de las veces las emociones intensas y desagradables son ocasionadas por algo que pensamos, más que por algo que nos sucede realmente: "Nos son las cosas que nos pasan las que nos afectan, sino lo que pensamos o interpretamos de ellas".

A= Acontecimiento, evento, situación o antecedente de una emoción (lo que pasa)

B= Creencia, pensamiento, idea o interpretación de la situación (lo que piensas)

C= Consecuencia emocional y conductual (lo que haces y lo que sientes)

En este esquema vemos lo que generalmente nos sucede cuando sentimos algo: primero nos pasa algo (**A = acontecimiento**), luego interpretamos eso que pasa de alguna manera (**B = creencia, pensamiento o ideas**), y esa forma de interpretarlo hace que nos sintamos y que nos comportemos de alguna forma (**C = consecuencia emocional y conductual**).

En el ejemplo anterior, el modelo ABC se aplicaría de la siguiente manera:

A (acontecimiento o situación)= Estoy esperando en casa a que pase una amiga a recogerme pero ella se ha retrasado. Quedo de llegar a las 5:00 y son las 5:30. Este es un hecho. Algunas personas sentirán angustia o ansiedad, otras quizás se sientan tristes, y otras cuantas tranquilas. ¿De qué depende ese sentimiento, porque unas se sentirán tristes, otras tranquilas y otras angustiadas?. La respuesta es sencilla: Por lo que piensan. Por la forma en que cada quien interprete las cosas. Aquellas que se sienten angustiadas o ansiosas seguramente es por que habrán pensado algo así como:

B= (creencia, pensamiento o ideas): "Seguramente le ha pasado algo, un accidente o algo y por eso no puede llegar... Y yo que podré hacer, no se que hacer... que angustia!".

Por otra parte, las mujeres que se sienten tristes ante esta situación, podrían estar pensando algo así como:

B= (creencia, pensamiento o ideas): "Seguro ya no me quiere y no le importo, a lo mejor quiere que entienda que no quiere que vaya con ella por que no se la pasa bien conmigo, se avergüenza de mi, soy una tonta por haber creído que quería ir conmigo".

Finalmente, si las personas piensan:

B= (creencia, pensamiento o ideas): "Ya falta poco para que llegue mi amiga, en lo que llega puedo ponerme a hacer algo atrasado, o descansar simplemente".

Fijate como son nuestros pensamientos los que determinan en buena medida como nos sentimos. La ventaja de esto es que podemos controlar nuestras emociones negativas al controlar nuestros pensamientos: Pensar bien para sentirse bien.

¿ Qué es un pensamiento irracional y automático?

Los pensamientos irracionales son pensamientos negativos, automáticos que nos ocasionan emociones intensas y negativas. Son cosas que nos decimos a nosotros mismos. Estos pensamientos son llamados "irracionales" por que no son lógicos; por el contrario, son absurdos, pero creemos que son ciertos. Podemos distinguirlos por que generalmente se presentan en forma de comandos rígidos, imperativos, para lo que empleados las palabras: **debo, debería, tengo, tendría, siempre, nunca, horrible, espantoso, terrible, bueno, y malo.** Palabras exageradas, que podemos cambiar por palabras racionales, lógicas, como: **quiero, prefiero, sería deseable, desagradable, adecuado e inadecuado,** respectivamente.

Ahora practicaremos como identificar esos pensamientos relacionados con el deterioro la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus.

Ejercicio de Identificación de pensamientos irracionales relacionados con

el deterioro de la calidad de vida del pacientes con Diabetes Mellitus.

La mayoría de las personas que padecen una enfermedad crónica presentan ciertos pensamientos irracionales o ideas ilógicas que les producen malestar emocional significativo y problemas conductuales.

Los problemas emocionales más frecuentes de los pacientes con Diabetes Mellitus son la depresión y la ansiedad, y entre los problemas conductuales más importantes destacan la ausencia de conductas de auto cuidado o pobre apego al tratamiento de la enfermedad, entre otros. En sesiones posteriores nos dedicaremos a aprender habilidades específicas para resolver cada uno de estos problemas emocionales y conductuales. Por el momento, en esta sesión aprenderás a identificar esos pensamientos irracionales relacionados con el deterioro de tu calidad de vida. En las próximas sesiones aprenderán parar y modificar esos pensamientos, y muy pronto podrás aplicar esta habilidad de pensamiento, y algunas cosas más que aprenderás, para controlar tu enfermedad.

Como hemos visto, los pensamientos que nos hacen sentir mal son pensamientos ilógicos, sin sentido, exagerados y rígidos. Para empezar a identificarlos debemos estar alerta a ellos. Generalmente estos pensamientos "pasan rápidamente por nuestra cabeza", son automáticos, por que ya los tenemos muy aprendidos, y son un hábito. Para modificar estos pensamientos negativos y poder controlar nuestras emociones negativas, primero tenemos que hacernos expertos en identificarlos o detectarlos.

Así, primero practicaremos el **AUTO REGISTRO de pensamiento**, que no es mas que darnos cuenta de que pensamos cuando nos sentimos mal o cuando nos comportamos de manera inadecuada, y anotarlo en la siguiente hoja de registro.

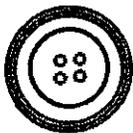
Hoja de Auto Registro de Pensamientos con Guía de preguntas

A= Antecedente o Situación	B= Pensamiento, idea, creencia irracional y automática	C= Consecuencia Emocional	C= Consecuencia Conductual
¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?	¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de sentirme de esta forma? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esta situación?	¿Qué siento? ¿Con qué intensidad (0-100%) lo siento?	¿Qué hago o que dejo de hacer? ¿Con qué frecuencia?

Como puedes observar, primero se anota la situación en la que uno se encuentra cuando experimenta una emoción negativa que desea controlar (como tristeza o ansiedad), después se registra el pensamiento, idea, creencia, imagen, fantasía que pasa por nuestra cabeza en ese momento y después se anota esa emoción y su intensidad (de 0 a 100%), y las reacciones conductuales que tenemos. Con esto completamos la primera parte del proceso de modificar los pensamientos negativos: la Identificación de pensamientos irracionales y automáticos.

En la hoja de registro puedes encontrar también, algunas de las preguntas que nos pueden ayudar a identificar las situaciones, pensamientos ilógicos y automáticos y emociones y conductas inadecuadas. Estas son solo sugerencias para ayudarte a llevar a cabo tus registros de pensamiento, pero sin duda alguna, durante tus primeros esfuerzos para monitorear y darte cuenta de tus pensamientos irracionales puedes notar que otras preguntas son útiles que te hagas para completar tus registros. Anótalas también en tu hoja de registro para recordarlas en ensayos posteriores de identificación de pensamientos irracionales.

Para muestra un botón



Martha es una mujer de 52 años de años de edad, casada con Antonio hace 25 años, con tres hijos, y padece Diabetes Mellitus tipo II desde hace 5 años. A continuación se presenta la hoja de auto registro de pensamientos que completó para aprender a detectar las ideas, creencias o pensamientos ilógicos y automáticos que le hacían sentirse: ***“triste, enojada y sin ganas de hacer nada”, y no llevar a cabo las***

actividades de auto cuidado para el control de la enfermedad,

como monitoreo de niveles de glucosa en sangre, ejercicio, dieta adecuada, etc. Con base en este y otros registros, Martha pudo darse cuenta de la estrecha relación que existe entre la forma en que piensa y como se siente y se comporta. Se dio cuenta de que los pensamientos irracionales pasan de forma muy rápida por su cabeza, digamos que de manera automática.

Por esta razón, le costó trabajo hacer los primeros registros de pensamientos, ***“parece que no estás pensando nada...”***, decía, ***“y poco a poco te das cuenta que sí, que algo piensas para sentirte triste y para dejar de hacer las cosas que te dijo el doctor que hicieras...”***, concluyó.

Es necesario que como Martha, todos aquellos que pretendamos controlar nuestras emociones y conductas negativas, practiquemos primero “la detección de los pensamientos que nos hacen sentirnos y comportarnos así”. Para lograr ser hábiles en la detección de esos pensamientos (y luego en su modificación o cambio por pensamientos lógicos, adecuados y adaptativos), es necesario que practiquemos muchas veces el auto registro de nuestros pensamientos. ***La práctica hace al maestro.***

A continuación te presentamos uno de los registros de pensamientos irracionales y/o automáticos de Martha. Observa la relación que tienen cada pensamiento con las emociones y conductas de Martha, es decir, con lo que sentía y hacía. Observa también como Martha logró anotar exactamente todo lo que pasaba por su cabeza. En ocasiones pueden ser groserías o palabras altisonantes. “ Me he dado cuenta que en realidad no acostumbramos hablarnos muy bonito que digamos..., y hay que aprender a echarnos porras, ¿no cree...?”, preguntó hace poco Martha.

Hoja de Auto Registro de Pensamientos con Guía de preguntas

A= Antecedente o Situación	B= Pensamiento, idea, creencia irracional y automática	C= Consecuencia Emocional	C= Consecuencia Conductual
<p>¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?</p> <p><i>Antonio no ha llegado a casa. Es Lunes y son las 10 de la noche. Estoy esperándolo desde hace una hora por que quedó de traer la cena a casa.</i></p>	<p>¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de sentirme de esta forma? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esta situación?</p> <p><i>Él ya no me quiere por que estoy enferma, y ya no sirvo para nada. Seguramente está con sus amigos, con ellos si se la pasa bien... y no se acuerda de que quedó en traer algo de cenar... No me respeta. ¿Para que me cuido, esta maldita enfermedad no se me va a quitar de todas maneras? Ya no soporto más, odio estar enferma... Nadie me respeta ni me quiere...</i></p>	<p>¿Qué siento? ¿Con qué intensidad (0-100%) lo siento?</p> <p><i>Tristeza (70%) Enojo (30%)</i></p>	<p>¿Qué hago o que dejo de hacer? ¿Con qué frecuencia?</p> <p><i>Llanto, me quedo dormida, ya no cenó y no me midió la glucosa en sangre</i></p>

La Tarea



La tarea para casa es:

1. Hacer al menos un registro de pensamientos que deterioran cada una de las dimensiones de tu calidad de vida:
 - 1.1. Registro de Pensamientos relacionados con Insatisfacción con el Tratamiento de la enfermedad.
 - 1.2. Registro de Pensamientos relacionados con el impacto del tratamiento de la enfermedad.
 - 1.3. Registro de Pensamientos relacionados con los efectos futuros de la enfermedad.
 - 1.4. Registro de Pensamientos relacionados con aspectos sociales o vocacionales (de relaciones interpersonales, aspectos laborales (en el trabajo, o escolares).
 - 1.5. Registro de Pensamientos relacionados con problemas psicológicos o emocionales (que provocan deterioro de bienestar psicológico).
2. Registro de conductas de auto cuidado.

Al final de apartado de esta sesión encontrarás un buen número de hojas de registro de pensamientos para que puedas llevar a cabo esta tarea.

Además, en la sección de **Algo más** te ofrecemos un adelanto de lo que podrás hacer con tus pensamientos, emociones y conductas, una vez que aprendas a detectarlos y registrarlos. Para ello te mostraremos la forma en que Martha, de nuestro ejemplo anterior (**Para muestra un botón**), llevó a cabo la modificación de sus pensamientos negativos y logro el control de sus emociones, su conducta y su enfermedad.

Algo más...

El Segundo paso de Martha



Una vez que Martha aprendió a registrar los pensamientos, conductas y emociones que quería modificar se esforzó y trabajó para modificarlos. En la próxima sesión aprenderán a modificar los pensamientos que deterioran tu calidad de vida. Para ello podrás utilizar la Hoja de Modificación de Pensamientos con guía de preguntas. A continuación te presentamos la Hoja de Modificación de Pensamientos que utilizó Martha para modificar los pensamientos que le provocaban tristeza (consecuencia emocional), llanto y dejar de llevar a cabo conductas de auto cuidado para el control de su enfermedad (consecuencias conductuales), para que puedas observar “por adelantado” lo útil que resulta aprender a identificar y modificar los pensamientos irracionales

“He aprendido que mis pensamientos negativos y automáticos me causan dolor, que no me sirven para nada, y que en realidad no son lógicos o racionales, no son verdaderos..... Cuando te pones a analizar bien las cosas, de manera objetiva, te das cuenta de que lo que te pasa no es para tanto....**el problema es que uno le echa mucha crema a sus tacos....**

Así, Martha se dio cuenta de que uno tiende a pensar muchas cosas negativas acerca de lo que le sucede, y muchas de esas cosas no son ciertas, las pensamos por que tenemos ese mal hábito, y por eso nos sentimos mal y dejamos de hacer cosas que nos conviene. De esta manera, cuando logramos cambiar esa forma negativa de pensar, logramos controlar nuestras emociones y nuestras conductas. No es necesario echarle la culpa a las situaciones o personas de cómo nos sentimos o de lo que hacemos o dejamos de hacer. Si cambiamos nuestros pensamientos negativos tomamos control de nuestra vida, y aunque no podamos cambiar algunas cosas, como estar enfermo, si podemos sentirnos bien comportarnos de forma adaptativa, conveniente y/o adecuada para nuestra vida y la de los que nos rodean. Actualmente Martha rara vez se siente triste ante esta y otras muchas situaciones. Y cuando llega a ponerse triste, la intensidad de la tristeza es mucho menor, e inmediatamente se pone a trabajar para disminuirla lo más posible y para que eso no afecte el cuidado de su enfermedad.

Hoja de Modificación de Pensamientos con Guía de Preguntas

A= Antecedente o Situación	B= Pensamientos irracionales y automáticos	C= Consecuencias emocionales y conductuales	Evidencia a favor del pensamiento irracional y automático	Evidencia que no apoya el pensamiento irracional y automático	Pensamientos alternativos y equilibrados	Nueva valoración de emociones y conductas
<p>¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?</p>	<p>¿Qué estaba pasando por mí justo antes de empezar a sentirme de esta forma? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esa situación?</p>	<p>¿Qué siento? ¿Con qué intensidad lo siento (0-100%)? ¿Qué hago o que dejo de hacer? ¿Con qué frecuencia?</p>	<p>¿Qué hechos o datos reales apoyan este pensamiento o conclusión? (Evitar la interpretación de hechos)</p>	<p>¿He tenido alguna experiencia que muestre que este pensamiento no es siempre correcto? ¿Si mi mejor amiga (o), hijo (a) o esposo (a) tuviera este pensamiento, qué le diría? ¿Qué es lo que pienso de esta situación cuando NO estoy sintiéndome de esta forma? ¿Hay algo que contradiga mis pensamientos? ¿Estoy culpándome a mí mismo por algo de lo cual no tengo el control? ¿Estoy anticipando cosas que es poco probable que sucedan?</p>	<p>¿Hay alguna forma alternativa o diferente de pensar acerca de la situación? Si lo que pienso es verdad, ¿Cuál es la peor consecuencia, y cuál es el resultado más realista? ¿Puede alguien de mi confianza interpretar de otra forma esta situación, cómo?</p>	<p>¿Qué siento ahora que pienso de forma distinta? ¿Con qué intensidad lo siento (0-100%)? ¿Qué hago ahora que pienso de forma distinta?</p>
<p>Antonio no ha llegado a casa. Es Lunes y son las 10 de la noche. Estoy sola en la casa y lo espero hace una hora, por que quedó de que traería la cena.</p>	<p>¿Ella ya no me quiere por que estoy enferma, y ya no sirvo para nada... Seguramente está con sus amigos, con ellos si se la pasa bien...</p>	<p>Tristeza (70%)</p>	<p>Antonio me dijo que traería de cenar, y generalmente cenamos a las 8 o 9 de la noche. Lleva una hora de retraso. Él me dijo que estaría con sus amigos en la tarde.</p>	<p>Pocas veces llega tarde, y cuando esto pasa es por que ocurrió algún imprevisto, como tráfico o mucha gente en la tienda en donde compra la cena. Antonio me ha demostrado muchas veces cariño y respeto. Cuando no estoy triste este tipo de cosas no me afectan como para que no cene y no me tome la glucosa.</p>	<p>El hecho de que lleve una hora de retraso no necesariamente quiere decir que siga con sus amigos, y mucho menos que no me quiera ni me respete por que estoy enferma. Además, lo más grave que puede pasar si está con sus amigos es que llegue tarde y no cenemos juntos. No es necesario que él esté aquí para que cene. Me conviene cenar y medirme la glucosa en sangre para controlar la enfermedad. Puedo cuidarme y tolerar esta situación al igual que puedo tolerar mi enfermedad. La mayoría de las veces Antonio llega puntual, y me demuestra su cariño y respeto, al igual que mucha gente.</p>	<p>Tristeza (5%) Enojo (5%) Motivación y Tranquilidad (70%)</p>
<p>¿Para qué me cuido, esta maldita enfermedad no se me va a quitar de todas maneras? Ya no soporto más, odio estar enferma... Nadie me respeta ni me quiere</p>	<p>¿Para qué me cuido, esta maldita enfermedad no se me va a quitar de todas maneras? Ya no soporto más, odio estar enferma... Nadie me respeta ni me quiere</p>	<p>Enojo (30%) Llanto, me quedo dormida, ya no ceno, y no me mido la glucosa</p>	<p>Tengo Diabetes Mellitus y debo cuidar mi alimentación y medir la glucosa en sangre para controlar la enfermedad.</p>	<p>Me preparo algo de cenar, ceno, me mido la glucosa en sangre, cuando llega Antonio hablamos con tranquilidad de las razones de su retraso, y me duermo tranquila a la hora acostumbrada.</p>	<p>Me preparo algo de cenar, ceno, me mido la glucosa en sangre, cuando llega Antonio hablamos con tranquilidad de las razones de su retraso, y me duermo tranquila a la hora acostumbrada.</p>	<p>Me preparo algo de cenar, ceno, me mido la glucosa en sangre, cuando llega Antonio hablamos con tranquilidad de las razones de su retraso, y me duermo tranquila a la hora acostumbrada.</p>

Tercera sesión

Objetivos:

1. Los participantes aplicarán las estrategias para detener y/o modificar los pensamientos irracionales y/o automáticos relacionados con el deterioro de su calidad de vida.

Actividades:

1. Revisión de tarea: Registro de pensamientos relacionados con el deterioro de calidad de vida, y registro de conductas de auto cuidado.
2. Análisis Grupal: "Pensamientos irracionales relacionados con el deterioro de nuestra calidad de vida".
3. Ejercicio Estructurado: "Modificación de pensamientos irracionales y/o automáticos relacionados con el deterioro de la calidad de vida".
4. Tarea para casa: "Detención y modificación de pensamientos irracionales relacionados con el deterioro de mi calidad de vida".
5. Fin de la sesión.

Pensamientos irracionales relacionados con el deterioro de la calidad de vida.

En esta sesión aprenderás a modificar los pensamientos relacionados con el deterioro de tu calidad de vida. Recuerda que la calidad de vida relacionada con la diabetes mellitus se evalúa con base en cinco aspectos: 1) grado de insatisfacción con el tratamiento, 2) grado de impacto del tratamiento, 3) grado de preocupaciones por aspectos sociales y/o vocacionales o laborales, 4) grado de

preocupaciones por efectos futuros o consecuencias de la diabetes, y 5) grado de bienestar psicológico o emocional.

A continuación te presentamos algunas de las creencias, pensamientos, ideas y/o fantasías que afectan a las personas con Diabetes Mellitus II. Observa como se pueden clasificar en alguno de los cinco aspectos que señalamos anteriormente.

- 1) Las pruebas de glucosa lastiman mis dedos
- 2) Mis hijos heredarán la diabetes
- 3) Nadie se querrá casar conmigo
- 4) No es justo que tenga que estar pensando en la diabetes todo el tiempo
- 5) Tener el azúcar alto o bajo me hace sentir deprimido
- 6) Debo seguir tomando azúcar hasta que ya no tenga síntomas para que no vuelva a darme otro episodio de hipoglucemia.
- 7) Las complicaciones son "bombas de tiempo" esperando para explotar.
- 8) Estoy harto (a) y cansado (a) de cuidarme de la diabetes.
- 9) Debo mantener en secreto mi diabetes por que si no perderé a mis amigos.
- 10) Siento como que el doctor nos juzga.
- 11) Nuestro seguro no cubre los gastos de la diabetes (tratamiento, educación, etc).
- 12) No tolero estar enfermo (a).
- 13) Debo mantener en secreto mi diabetes por que si no nadie se fijará o se enamorará de mí y/o no querrán estar o casarse conmigo.
- 14) Soy una persona menos valiosa por que estoy enfermo (a).
- 15) Debo mantener en secreto mi diabetes por que si no me correrán de la escuela o del trabajo (o no me darán empleo).

Estos son sólo algunos ejemplos de ideas, creencias o pensamientos que una persona con Diabetes puede tener. Es importante detectar y modificar este tipo de pensamientos. Por esta razón en el próximo ejercicio anotarás tus propios pensamientos respecto al tratamiento y efectos de la Diabetes Mellitus.

¿Cuáles son los pensamientos irracionales que se relacionan con el deterioro de tu calidad de vida?

Pensamientos Irracionales relacionados con Insatisfacción con el tratamiento:

Pensamientos Irracionales relacionados con el impacto del tratamiento:

Pensamientos irracionales relacionados con efectos futuros de la enfermedad:

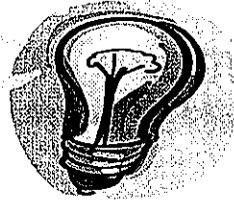
Pensamientos irracionales relacionados con aspectos sociales o vocacionales:

Aspectos sociales:

Aspectos laborales y/o escolares:

Pensamientos irracionales relacionados con problemas psicológicos o emocionales:

Y ahora, la modificación de los pensamientos irracionales.



PENSAR BIEN PARA HACER Y SENTIRNOS BIEN....

Después de haber identificado los pensamientos irracionales, ilógicos y automáticos que nos ocasionan malestar, es necesario que los modifiquemos. Es decir, que los cambiemos por pensamientos lógicos o racionales que conducen a emociones fáciles de manejar.

La modificación de los pensamientos se hace de la siguiente manera:

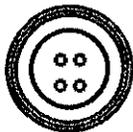
- a) se identifican los pensamientos,
- b) se analiza la evidencia o hechos concretos que apoyan ese pensamiento o conclusión,
- c) se analiza la evidencia en contra de ese pensamiento conclusión,
- d) se generan pensamientos alternativos, racionales, lógicos, y
- e) se vuelve a valorar el estado emocional en el que uno se encuentra pensando de forma racional.

Las preguntas que nos ayudan a detectar evidencia a favor y en contra del pensamiento irracional, así como a generar pensamientos alternativos racionales y a valorar nuevamente las emociones, se encuentran descritas en las últimas cuatro columnas del siguiente esquema, que no es más que la hoja para modificación de pensamientos irracionales. En este manual encontrarás una buena cantidad de estas hojas de registro para que lleves a cabo, tantas veces como puedas, los ejercicios de identificación y modificación de pensamientos irracionales o negativos.

Hoja de Modificación de Pensamientos con Guía de Preguntas

A= Antecedente o Situación	B= Pensamientos irracionales y automáticos	C= Consecuencias emocionales y conductuales	Evidencia a favor del pensamiento irracional y automático	Evidencia que no apoya el pensamiento irracional y automático	Pensamientos alternativos y equilibrados	Nueva valoración de emociones y conductas
<p>¿Quién?</p> <p>¿Qué?</p> <p>¿Cuándo?</p> <p>¿Dónde?</p>	<p>¿Qué estaba pasando por mí justo antes de empezar a sentirme de esta forma?</p> <p>¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esa situación?</p>	<p>¿Qué siento?</p> <p>¿Con qué intensidad lo siento (0-100%)?</p> <p>¿Qué hago o que dejo de hacer?</p> <p>¿Con qué frecuencia?</p>	<p>¿Qué hechos o datos reales apoyan este pensamiento o conclusión? (Evitar la interpretación de hechos)</p>	<p>¿He tenido alguna experiencia que muestre que este pensamiento no es siempre correcto?</p> <p>¿Si mi mejor amiga (o), hijo (o) o esposo (a) tuviera este pensamiento, qué le diría?</p> <p>¿Qué es lo que pienso de esta situación cuando NO estoy sintiéndome de esta forma?</p> <p>¿Hay algo que contradiga mis pensamientos?</p> <p>¿Estoy culpándome a mí mismo por algo de lo cual no tengo el control?</p> <p>¿Estoy anticipando cosas que es poco probable que sucedan?</p>	<p>¿Hay alguna forma alternativa o diferente de pensar acerca de la situación?</p> <p>Si lo que pienso es verdad, ¿Cuál es la peor consecuencia, y cuál es el resultado más realista?</p> <p>¿Puede alguien de mi confianza interpretar de otra forma esta situación, cómo?</p>	<p>¿Qué siento ahora que pienso de forma distinta?</p> <p>¿Con qué intensidad lo siento (0-100%)?</p> <p>¿Qué hago ahora que pienso de forma distinta?</p>

Para muestra un botón



Francisco, un hombre de 35 años, soltero, con Diabetes Mellitus Tipo II, de 10 años de evolución fue referido con una psicóloga por su médico tratante, debido a que presentaba síntomas de ansiedad importantes y “no puedo aceptar la enfermedad”, decía. En su primera cita, Francisco advirtió a la psicóloga que el “no creía en el tratamiento psicológico...” porque eso no le iba a quitar la enfermedad, ni podría hacerlo sentirse bien, “la verdad no creo en los psicólogos,... cualquiera que estuviera enfermo de esto se sentiría como yo, es normal,... ya me amolé...”, comentó. La psicóloga sugirió a Francisco que intentara asistir y participar en las sesiones de terapia, al menos un tiempo. Una vez que Francisco aceptó, se le enseñó que era la Terapia Cognitivo Conductual y como se detectaban y modificaban los pensamientos irracionales y/o automáticos.

A continuación se presenta una de las hojas de registro y modificación de pensamientos en donde Francisco pudo percatarse y modificar su problema central: ***la preocupación por efectos futuros de la enfermedad***. Observa que las frases que circuló (por que le ocasionan mayor malestar), se refieren justamente a eventos negativos que pudieran ocurrir en el futuro.

Francisco encontró que había ciertos pensamientos que se relacionaban con una intensa ansiedad y con síntomas físicos como: hiperventilación (respiración rápida), taquicardia y sudoración. Después, Francisco ensayó primero “el paro” de estos pensamientos, y observó que su ansiedad se reducía de forma importante. Posteriormente, y con base en un debate racional de pensamientos, tal y como el que aprendiste en esta sesión, logró modificar las ideas y creencias ilógicas que convertían a su anticipación en preocupación irracional por eventos futuros de la enfermedad.

Hoja de Modificación de Pensamientos con Guía de Preguntas

A= Antecedente o Situación	B= Pensamientos irracionales y automáticos	C= Consecuencias emocionales y conductuales	Evidencia a favor del pensamiento irracional y automático	Evidencia que no apoya el pensamiento irracional y automático	Pensamientos alternativos y equilibrados	Nueva valoración de emociones y conductas
<p>¿Quién? Cuándo? ¿Dónde?</p>	<p>¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esta forma? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esa situación?</p>	<p>¿Qué siento? ¿Con qué intensidad lo siento (0-100%)? ¿Qué hago o que dejo de hacer? ¿Con qué frecuencia?</p>	<p>¿Qué hechos o datos reales apoyan este pensamiento o conclusión? (Evitar la interpretación de hechos)</p>	<p>¿He tenido alguna experiencia que muestre que este pensamiento no es siempre correcto? ¿Si mi mejor amigo (o), hijo (a) o esposo (a) tuviera este pensamiento, qué le diría? ¿Qué es lo que pienso de esta situación cuando NO estoy sintiéndome de esta forma? ¿Hay algo que contradiga mis pensamientos? ¿Estoy culpándome a mí mismo por algo de lo cual no tengo el control? ¿Estoy anticipando cosas que es poco probable que sucedan?</p>	<p>¿Hay alguna forma alternativa o diferente de pensar acerca de la situación? Si lo que pienso es verdad, ¿Cuál es la peor consecuencia, y cuál es el resultado más realista? ¿Puede alguien de mi confianza interpretar de otra forma esta situación, cómo?</p>	<p>¿Qué siento ahora que pienso de esta forma? ¿Con qué intensidad lo siento (0-100%)? ¿Qué hago ahora que pienso de esta forma? ¿Cuál es la peor consecuencia, y cuál es el resultado más realista? ¿Puede alguien de mi confianza interpretar de otra forma esta situación, cómo?</p>
<p>A la hora de la comida, en el comedor del trabajo, cuando me siento solo a comer, y voy a empezar a comer. Son las 3:00 p.m.</p>	<p>Y si me da una hiperglucemia...? No sé sabría que hacer y me pondría muy grave...</p>	<p>Ansiedad 70%</p>	<p>Cuando los niveles de azúcar en sangre son altos te da hiperglucemia, y eso es peligroso en personas con Diabetes.</p>	<p>En la última ocasión que me subió el azúcar y que necesité ayuda la obtuve con sólo pedirle (llamaron a la enfermera y me dejaron salir temprano del trabajo)</p>	<p>Si como adecuadamente y hago ejercicio no me pasará nada grave, y si llegara a pasarme algo (como una hiperglucemia) yo me daré cuenta a tiempo y cuento con personas que pueden ayudarme. En el peor de los casos, yo mismo puedo resolver el problema (tomando la medicina, llamando al doctor, etc)</p>	<p>Ansiedad 10%</p> <p>Consecuencias conductuales: Como adecuadamente, hago 20 minutos de ejercicio y duermo muy tranquilo.</p>
<p>También cuando llego a casa y me siento cansado. Estoy en mi cuarto viendo la tele y me da flojera hacer ejercicio y tomarme la glucosa</p>	<p>"Tengo flojera de medirme el azúcar, y luego ver que como... Ahí ya no soporto más. Pero luego por flojo me va a pasar algo, y bien merecido que me lo voy a tener", ¿Porqué será así de descuidado?, como que ni me quiero a mí mismo... "Y si me pasara algo grave... Si me da hiperglucemia..."</p>	<p>Consecuencias físicas: hipertensión taquicardia y sudor. Otras consecuencias: No disfruto la comida y no puedo dormir bien</p>	<p>Ya pedí a mis amigos y familiares que me ayudaran si me pasa algo (como una hiperglucemia) y ellos aceptaron.</p>	<p>Mejor trataré de disfrutar la comida y hacer ejercicio para sentirme bien. Si puedo tolerar NO comer azúcar y hacer ejercicio, es más, de hecho lo prefiero para sentirme bien.</p>	<p>Como adecuadamente, hago 20 minutos de ejercicio y duermo muy tranquilo.</p>	

La Tarea



La tarea de la tercera sesión es:

1. Modificación de pensamientos que deterioran cada una de las dimensiones de tu calidad de vida:

1.1 Modificación de pensamientos relacionados con la Insatisfacción con el Tratamiento de la enfermedad.

1.2 Modificación de pensamientos relacionados con el impacto del tratamiento de la enfermedad.

1.3 Modificación de pensamientos relacionados con los efectos futuros de la enfermedad.

1.4 Modificación de pensamientos relacionados con preocupaciones por aspectos sociales y/o laborales y/o vocacionales.

1.5 Modificación de pensamientos relacionados con problemas psicológicos o emocionales (que deterioran el bienestar psicológico).

2. Registro de pensamientos relacionados con el deterioro de calidad de vida.

3. Registro diario de conductas de auto cuidado

A continuación encontrarás hojas de modificación de pensamientos, y recuerda que en las sesiones pasadas te entregamos un buen número de hojas de registro de pensamientos y de registros diarios de conductas de auto cuidado para que continúes haciendo estas actividades a lo largo de toda la intervención. Si te hacen falta más copias, solo solicítalas a tu terapeuta.

Recuerda que la práctica hace al maestro.

Algo más...



El problema de fondo:

Cuestionar nuestra valía personal

Los pensamientos irracionales y automáticos que nos ocasionan malestar son transmitidos culturalmente, por lo que nos es difícil darnos cuenta de ellos y eliminarlos. Creemos que son "normales". Es necesario hagamos un esfuerzo generar el hábito de pensar racionalmente. De esa manera controlaremos nuestra conducta y nuestras emociones. Tal y como haz aprendido en estas primeras sesiones, los primeros pasos para lograr este maravilloso hábito de pensar racionalmente son: 1) identificar los pensamientos irracionales y automáticos y 2) parar y modificar los pensamientos irracionales y automáticos.

En esta sección hablaremos de un tercer paso muy importante: Modificar la fuerte o fondo de esos pensamientos irracionales y automáticos. El problema de fondo es el cuestionarse la propia valía personal. ¿Qué significa esto?: Dudar de nuestro valor como personas.

Reflexiona lo siguiente: Los seres humanos valemos "per se", por el hecho de existir, independientemente de nuestros atributos o características físicas, independientemente del "éxito" o "fracaso" que tengamos en algunas cosas, independientemente de si tenemos una enfermedad o estamos sanos.

Sin embargo, muchas veces los seres humanos nos cuestionamos nuestro valor personal, y pensamos que valemos menos, o que nadie nos querrá por que no tenemos trabajo, o por que pesamos unos kilitos de más, o peor aún, por cosas o situaciones de las que no tenemos responsabilidad o culpa alguna, como es el caso de estar enfermo.

Una persona racional no cuestiona NUNCA la propia valía.

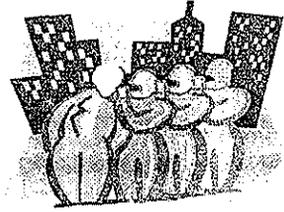
Cuarta sesión

Objetivos:

1. Los participantes conocerán, inventarán y aplicarán auto verbalizaciones positivas y lógicas para aumentar su calidad de vida:
 - 1.1 Auto verbalizaciones para aumentar satisfacción de tratamiento.
 - 1.1.1 Aumentar auto eficacia percibida
 - 1.2 Auto verbalizaciones para disminuir impacto de tratamiento.
 - 1.2.1 Aumentar el apego o adherencia a tratamiento
 - 1.2.2 Aumentar la tolerancia a la frustración
 - 1.3 Auto verbalizaciones para disminuir preocupaciones por efectos futuros de la diabetes.
 - 1.4 Auto verbalizaciones para disminuir preocupaciones por aspectos sociales, vocacionales y laborales.
 - 1.5 Auto verbalizaciones para aumentar bienestar psicológico.
 - 1.5.1 Detener la auto denigación
 - 1.5.2 Detener el cuestionamiento sobre la propia valía personal
 - 1.5.3 Aceptación estoica de la enfermedad

Actividades:

1. Revisión de tarea para casa.
2. Conferencia: Auto verbalizaciones o líneas de pensamiento positivas: Hablarnos bien para hacer y sentirnos bien.
3. Ejercicio Estructurado: "Generando auto verbalizaciones positivas para aumentar mi calidad de vida".
4. Tarea para casa.
5. Fin de la sesión.



Autoverbalizaciones positivas:

“Habarnos bien para hacer y sentirnos bien”

Lo que nos decimos a nosotros mismos, en voz alta, en voz baja o en el pensamiento, nos influye tanto como lo que nos dicen los demás. Sin embargo, mucha gente tiene claro como le afecta que otras personas le critiquen, o cuanto le alienta que otros le halaguen, pero pocas veces se percata de cómo se habla así misma y cuanto influye en su comportamiento y en sus emociones lo que se dice o lo que se deja de decir.

En las sesiones anteriores aprendiste a detectar y modificar esas ideas, pensamientos o creencias negativas o irracionales que nos afectan, pero que acostumbramos mucho a decirnos a nosotros mismos (o a pensar). Espero que continúes practicando la detección, paro y modificación de esos pensamientos negativos, irracionales y automáticos.

En esta sesión practicarás otra habilidad importante: Decirte a ti mismo cosas positivas. Tan importante es aprender a detectar y modificar pensamientos negativos como aprender a pensar de forma positiva, a darnos instrucciones útiles para nosotros mismos, a hablarnos racionalmente.

A esta forma positiva de hablarte a ti mismo le llamaremos: Auto verbalizaciones positivas. Estas auto verbalizaciones pueden darse en voz alta, en voz baja o únicamente en el pensamiento (ocultas). Lo importante es darnos a nosotros mismos todas aquellas auto verbalizaciones positivas que nos ayuden a comportarnos y sentirnos adecuadamente (además de eliminar las que nos producen malestar).

Para ello llevaremos a cabo una selección de auto verbalizaciones útiles para tu caso particular, para que puedas practicarlas entonces y gozar de sus beneficios.

**“Generando auto verbalizaciones positivas
para aumentar mi calidad de vida”**

Auto verbalizaciones para aumentar la satisfacción con mi tratamiento:

(¿Soy capaz de llevar a cabo mi tratamiento? ¿Puedo llevar a cabo y tolerar el tratamiento (medicación, dieta, ejercicio)? ¿Qué ventajas o beneficios obtengo de mi tratamiento?, ¿Es adecuado el tratamiento que me indicaron para mi enfermedad? ¿Recibo la atención necesaria para controlar mi enfermedad? ¿Es fácil de entender y llevar a cabo mi tratamiento? ¿Puedo controlar mi enfermedad y evitar complicaciones mayores con mi tratamiento?, ¿Es mejor hacer el esfuerzo por seguir mi tratamiento que no hacerlo?, etc.)

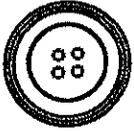
Auto verbalizaciones para disminuir el impacto de mi tratamiento

(¿Puedo hacer algo para aumentar la efectividad del tratamiento? ¿Puedo hacer algo para reducir el impacto que me ocasiona el tratamiento?. ¿Es mucho o intolerable el impacto que tiene el tratamiento en mi vida? ¿Puedo tolerar el impacto del tratamiento?, ¿Es mejor tolerar algunas consecuencias negativas del tratamiento que no tratarme?, etc.)

Auto verbalizaciones para disminuir preocupaciones por efectos futuros

(¿Las complicaciones médicas mayores como el pie diabético, la enfermedad de los riñones, los problemas vasculares, la hipertensión, etc. son inevitables? ¿Puedo hacer algo para prevenir las complicaciones médicas de la enfermedad? ¿Me sirve de algo estar preocupado por lo que me va a pasar, o más bien me hace daño la preocupación y ni siquiera me ayuda o motiva para llevar a cabo mi tratamiento? ¿Puedo tolerar tener algún sufrimiento o alguna complicación futuros por mi enfermedad?

Para muestra un botón



El propio Albert Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva (una forma de terapia cognitivo conductual) padece Diabetes Mellitus desde hace muchos años. Albert Ellis sugiere decirse a sí mismo las siguientes ideas. Estas ideas son racionales y por eso permiten reducir el malestar emocional que se experimenta en algunas ocasiones y ayudan a aumentar la tolerancia a la frustración y la aceptación de la enfermedad.

“ Realmente no me gusta ocupar todo este tiempo y esfuerzo en el tratamiento de mis dificultades o incapacidades, y desearía no tener que hacerlo. Pero lo hago. Es difícil hacer muchas cosas para conservarme relativamente saludable, pero es mucho más difícil y a la largo mucho más doloroso si no hago estas cosas. No existe una razón para que tenga que ser más fácil de hacer que como yo lo hago. No es cierto que yo esté más afligido que lo que muchas otras personas están. Yo estoy tan afligido como yo estoy. El sufrimiento existe en el mundo, para mí y para todos los demás, por que existe. Tan malo como es, pero existe. No puedo cambiar mis incapacidades pero puedo vivir con ellas, y lo hago. Puedo reducirlas en alguna medida y lo hago”.

NOTA: Traducción de Ellis, A (1997). Using Rational Emotive Behavior Therapy Techniques to COPE With Disability. Professional Psychology: Research and Practice, Vol. 28, No. 1, 17-22.

2. Recuerda hacer el auto registro de conductas diarias de tratamiento, y continúa practicando el registro y modificación de los pensamientos irracionales que te provocan malestar físico, emocional y conductual. La práctica hace al maestro.

Algo más...

El colmo de lo racional:

“Puedo ver ventajas de mi enfermedad”



Una de las salvedades de tener una enfermedad o incapacidad sería es que, si tu realmente la aceptas, y paras y dejas de atormentarte por tenerla, puedes convertir sus “limones” en una “limonada”. Al respecto Albert nos dice:

“Yo comencé a hacer esto con mi mayor incapacidad... Desde que tenía 19 años comencé a tener problemas para leer y tuve que usar lentes,.... que me dejaron la “vista cansada” probablemente por mi condición de glucosuria renal... Hoy, después de medio siglo me encuentro claramente incapacitado por mi vista cansada crónica... Así que acepté estoicamente mi vista cansada y sigo viviendo con ella: Puedo leer por más de 20 minutos al día, y generalmente cierro los ojos cuando no estoy leyendo, trabajando o haciendo algo para lo que deba tener mis ojos abiertos... Mi limitación me ha acompañado durante mi trabajo como terapeuta (psicólogo) por muchos años. He visto a más pacientes que casi todos los terapeutas en el mundo... Generalmente veo a pacientes en grupos o individualmente de las 9:30 a.m. a las 11:00 p.m., con un par de horas para comer... Así que en la semana veo a 80 pacientes de forma individual y a 40 grupos... He conducido la mayoría de las sesiones de terapia con mis ojos prácticamente cerrados... Y aunque he experimentado algunas limitaciones reales, también he obtenido ventajas, como: 1) Con mis ojos casi cerrados me he podido enfocar más a lo que los pacientes me dicen,... y puedo estar más relajado,... 2) mi actitud relajada ayuda a los pacientes durante la sesión a concentrarse en sus problemas,... y 3) Algunos de mis pacientes se dan cuenta de mis incapacidades o dificultades personales... y se dan cuenta de que no me dejo vencer por ellas, y que tengo el coraje para aceptar lo que no puedo cambiar.... Entonces ellos me usan como un ejemplo saludable y se dan cuenta de que ello también pueden trabajar rápidamente para vivir satisfactoriamente a pesar de sus dificultades...”

Quinta sesión

Objetivos:

1. Los participantes analizarán información acerca de la Diabetes Mellitus y de su tratamiento.
2. Los participantes analizarán y aplicarán el programa "Pasos vitales" para aumentar su adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus.
3. Los participantes conocerán el grado de control metabólico de su enfermedad en los últimos tres meses, analizarán las causas del mismo y planearán las actividades necesarias para mejorarlo.

Actividades:

1. Revisión de tarea para casa y entrega de apartado de la quinta sesión de terapia del Manual para el usuario.
2. Diálogo grupal estructurado: "La Diabetes Mellitus y su tratamiento"
3. Ejercicio estructurado: "Pasos vitales"
4. Entrega de resultados de Hemoglobina Glucosilada a cada participante
5. Ejercicio estructurado: CONOCER PARA MEJORAR: Análisis de resultados de Control Metabólico
6. Tarea para casa y Fin de la sesión.

La Diabetes Mellitus y su Tratamiento

A partir de esta sesión nos ocuparemos de tratar de resolver algunos problemas específicos que experimentan con mucha frecuencia los pacientes con Diabetes: 1) la baja adherencia a tratamiento, 2) la depresión, y 3) la ansiedad. Esta sesión se dedicará a promover conductas de auto cuidado y aumentar la adherencia al tratamiento de la enfermedad.

Para ello es necesario que los pacientes conozcan al detalle toda la información acerca de su enfermedad y tratamiento. A continuación se presenta un resumen de la conferencia informativa acerca de Diabetes y su tratamiento, que impartió tu terapeuta. POR FAVOR PREGUNTA A TU TERAPEUTA ACERCA DE CUALQUIER DUDA QUE TENGAS.

¿Qué es la Diabetes?

* La Diabetes es una enfermedad metabólica de curso crónico que se caracteriza por la reducción de la capacidad del cuerpo para transformar la glucosa (azúcar) en energía.

* Existen dos tipos de Diabetes:

- 1) La Tipo I o insulino dependiente, que afecta principalmente a niños y a menores de 30 años. En este tipo de Diabetes el páncreas produce muy poca o ninguna insulina, por lo que el paciente se trata a base de inyecciones de esta hormona; y
- 2) la mas frecuente: Diabetes Tipo 2, que afecta principalmente a personas mayores de 40 años, y en cuyo caso el cuerpo produce insulina pero no en la cantidad adecuada, y su acción es insuficiente, por lo que los pacientes no requieren necesariamente de la aplicación de insulina.

Tratamiento de la Diabetes

* El tratamiento de la Diabetes abarca varios factores: 1) Educación, 2) Alimentación, 3) Ejercicio, y 4) Tratamiento médico.

* **Educación:** Es la base del tratamiento ya que ayudará al paciente adquirir conductas de auto cuidado, y corregir y conductas inadecuadas con el fin de lograr el control de la enfermedad, evitar al máximo la aparición o progresión de complicaciones y mejorar su calidad de vida.

* **Alimentación:** En tanto que la Diabetes es un desorden metabólico que impide al cuerpo el aprovechamiento adecuado de algunos nutrimentos, se puede balancear la alimentación de manera que se ayude a lograr un buen control de la glucosa.

* **Ejercicio:** Es muy importante que el paciente haga ejercicio para que el cuerpo aproveche la energía dando como resultado una sensación de bienestar y mejor control de la diabetes.

* **Tratamiento Médico:** Incluye visitas periódicas con el médico especialista quien determinará el tratamiento con medicamentos adecuado para el paciente: pastillas (hipoglucemiantes orales), o pastillas e insulina, o insulina.

Alimentación

* La alimentación adecuada permite el control de la diabetes.

* Los planes de alimentación deben ser individualizados, tomando en cuenta la edad, peso, talla, estilo de vida, gustos, capacidad económica y objetivos personales.

* Las metas de un plan de tratamiento son: 1) Mantener las cifras de glucosa lo más cercano a lo normal, 2) Prevenir complicaciones agudas (hiperglucemia e hipoglucemia), 3) Prevenir el desarrollo de complicaciones crónicas, 4) Alcanzar niveles óptimos de grasas en sangre, 5) Proporcionar la cantidad adecuada de calorías, 6) Proporcionar los nutrimentos necesarios para mantener la salud, y 7) mantener un peso corporal adecuado.

* **Nutrimentos:** Sustancias de las cuales se forman los alimentos:

- 1) **Hidratos de carbono:** Fuente principal de energía. Debe constituir del 50 al 60% del aporte calórico en nuestra alimentación. Existen dos tipos:
 - a) **Hidratos de Carbono simples:** cuando los ingerimos aumentan rápidamente la glucosa en la sangre, se encuentran en la fruta, dulces, refrescos, y son los que se recomienda tomar en caso de hipoglucemia,
 - b) **Hidratos de carbono complejos:** aumentan más lentamente la glucosa y se encuentran en galletas, papas, cereales. Se recomiendan para las colaciones.
- 2) **Proteínas:** Nutrimento que nos ayuda al crecimiento y a reparar tejidos. Se encuentra en los productos de origen animal (carne, leche, huevo), y en cereales o leguminosas.
- 3) **Grasas:** Son la fuente de energía mas concentrada que contienen los alimentos. Existen tres tipos: a) **Saturada** (de origen animal) que hay que tratar de evitar por salud, b) **Insaturada** (de origen vegetal), y c) **Monoinsaturada** (de origen vegetal y que no contienen colesterol (protegen el corazón): aguacate, nueces, cacahuete, semillas de girasol, aceitunas y ajonjolí.
- 4) **Fibras:** Son hidratos de carbono que forman parte de la estructura de las frutas, vegetales, cereales y leguminosas, que actúan en el intestino absorbiendo parte de la glucosa y grasa antes de que pase a la sangre. **SON MUY IMPORTANTES EN LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS CON DIABETES.**
Existen dos tipos: a) **Soluble:** se encuentra en leguminosa y frutas, y ayuda a controlar niveles de glucosa y colesterol en el cuerpo; y b) **Insoluble:** Se encuentra en los alimentos integrales y salvado (cáscara de los cereales).
- 5) **Agua:** Nutrimento que se requiere en mayor cantidad y que constituye el 60-80% del peso corporal.
- 6) **Vitaminas y nutrimentos inorgánicos (minerales):** Los requerimientos de vitaminas y minerales son pequeños y generalmente se cubren con una alimentación balanceada. Por eso es importante consumir frutas, verduras y cereales.
- 7) **Alcohol:** En términos generales no es recomendable para una persona con Diabetes. El alcohol no se convierte en glucosa (una pequeña parte se utiliza como energía y el resto se almacena como grasa). El consumo moderado de alcohol puede llegar a afectar el control de glucemia, sobre todo si la persona tiene problemas hepáticos o renales.

Plan de Alimentación: Recomendaciones

- * Alcanzar y conservar el peso ideal
- * No endulzar ningún alimento con azúcar
- * No consumir refrescos no dietéticos, dulces ni pasteles
- * Evitar alimentos fritos, capeados o empanizados
- * Evitar alimentos ricos en colesterol
(grasas saturadas máximo 300 mg. al día)
- * Disminuir el consumo de sal con un máximo de 3 gr. al día
- * No añadir, quitar o cambiar las raciones que no sean del mismo grupo de alimentos, en la dieta que indique su médico.
- * Tomar suficiente agua (mínimo 8 vasos al día)
- * Consumir alimentos altos en fibra
- * Utilizar sustitutos de azúcar para endulzar los alimentos
- * Consumir carbohidratos complejos
- * El consumo de proteínas puede ser menor del que generalmente se acostumbra.

**Una alimentación balanceada esta conformada por:
50-60% de hidratos de carbono, 12-20% de proteínas, 25-30% de grasas
(y solo el 10% de grasas debe ser de origen animal).**

Ejercicio

- * El ejercicio mejora el funcionamiento cardiovascular, disminuye los nivel de glucosa en sangre, baja los niveles de Hemoglobina glucosilada, disminuye las grasas en sangre (colesterol y triglicéridos), mejora la sensibilidad a la insulina, quema calorías lo que ayuda a perder peso, reduce el estrés, y produce una sensación de bienestar y mejoría del estado del ánimo.
 - * Antes de iniciar cualquier tipo de ejercicio es importante la valoración médica, para disminuir cualquier riesgo para la salud (Se recomienda el electrocardiograma, la prueba de esfuerzo, una valoración de la función renal y del fondo de ojo). Hay algunas contra indicaciones médicas para hacer ejercicio, como la presencia de complicaciones crónicas (neuropatía, nefropatía, retinopatía o enfermedad cardiovascular)
- * NO DEBES HACER EJERCICIO SI:**
- 1) Tu glucosa está arriba de 250 mg/dl y hay cetonas en orina, pues aumentarás las concentraciones de glucosa en sangre, y
 - 2) Si tienes alguna infección, gripa, abscesos o un estado emocional alterado.

Ejercicio: Recomendaciones



- * Es muy importante que las personas con diabetes hagan ejercicio diariamente para mejorar el control glucémico.
 - * Checar la glucemia, antes, durante y después del ejercicio
- * Traer consigo algún tipo de azúcar, dulces, jugos o refrescos no dietéticos y frutas.
 - * No iniciar el ejercicio con la glucosa debajo de 100 mg/dl
- * Es preferible realizar ejercicio 90 minutos después de las comidas principales
 - * Avisar al entrenador o maestro que tiene diabetes e instruirlo para ayudarte en una emergencia.
 - * Traer una identificación o placa con datos
 - * Estar bien hidratado
 - * Empieza poco a poco si no acostumbrabas realizarlo
 - * Es muy importante que antes de iniciar un programa de ejercicio consultes a tu médico
 - * Escoge un ejercicio que te agrade
- * No tomes el ejercicio como una obligación, si no como una diversión
 - * Usa ropa cómoda y zapatos adecuados

Medicamentos

La insulina: Es una hormona que se produce en las células beta del páncreas, permite la entrada de la glucosa en las células de nuestro cuerpo, que se usa como combustible.

Cuando el páncreas no produce insulina es necesario proporcionársela por medio de inyecciones.

Las personas con Diabetes Mellitus Tipo II pueden llegar a requerir de algunas inyecciones de insulina en caso de que la alimentación o las pastillas (hipoglucemiantes orales) no estén funcionando bien o de manera temporal durante una infección grave o una cirugía.

Para comprar insulina hay que tomar en cuenta su concentración y tiempo de acción.

Las pastillas (hipoglucemiantes orales): Las pastillas hipoglucemiantes no son insulina, son sustancias químicas que ayudan entre otras cosas a producir más insulina y a utilizarla eficientemente para reducir la glucosa en sangre.

Hay diferentes tipos de hipoglucemiantes orales

y **solo el médico** puede determinar cual es el mejor para ti.

Se recomienda su uso en pacientes con diabetes tipo II.

El médico es el UNICO que puede cambiar la dosis.

NO OLVIDES TOMAR LA PASTILLA

y evita saltarte comidas para disminuir el riesgo de hipoglucemia

Auto monitoreo de Glucosa Capilar

Es la medición de la glucosa capilar realizada por el propio paciente en diferentes momentos del día. La frecuencia en que debe realizarse depende del tipo de diabetes y del grado de control que se desea lograr.

Recomendaciones:

1. Medir antes de las comidas principales (desayuno, comida y cena)
2. Medir dos horas después de los alimentos (tomando en cuenta la hora en que empezó a comer)
3. Medir a las 10 de la noche, sobre todo si se realizó actividad física extra de lo habitual.
4. Medir cada 3 o 4 horas si estas enfermo (a)
5. Medir antes durante y después de hacer ejercicio

Ventajas:

1. Ayuda al médico a ajustar la dosis de insulina o de pastillas
2. Permite decidir la aplicación de insulina rápida en emergencias (infecciones, traumatismos, estrés)
3. Ayuda a corregir errores en la alimentación y ejercicio
4. Ayuda a obtener un mejor control de la enfermedad

Equipo: Lancetas estériles, dispositivo para la lanceta, frasco de tiras reactivas, material de aseo (agua y jabón) y glucómetro (fíjate que las tiras reactivas sean fáciles de encontrar)

Procedimiento: Lavarse las manos, secarlas bien, frotar el dedo hacia la punta como "ordeñándolo", "pinchar" el dedo en la parte lateral hasta obtener una gota de sangre, depositar la muestra de sangre en la tira reactiva sin tocarla ni "embarrarla" (sólo dejarla caer), tomar el tiempo, limpiar, comparar los resultados de acuerdo a las instrucciones del frasco. Si tienes un glucómetro sigue sus instrucciones de uso (cada marca funciona diferente).

Medición de cuerpos cetónicos en orina:

Cuando falta insulina se producen en gran cantidad y se eliminan por la orina, y si se tiene la glucosa en sangre arriba de 250 mg/dl la persona está en riesgo de descompensarse (cetoacidosis diabética).

Recomendación: Medir en caso de que la glucosa en sangre esté por arriba de 250 mg/dl o cuando hay otra enfermedad (infecciones, estrés, cirugía). Existen varias marcas de tiras reactivas para medir la cetona en orina. Es conveniente tenerlas a la mano en casa.

IMPORTANTE: Cuando hay presencia de cuerpos cetónicos en orina y glucosa elevada es sangre se requiere de atención médica inmediata.

Hemoglobina Glucosilada: Es otra prueba que indica cual ha sido el control de la glucosa. Indica el porcentaje promedio de glucosa en sangre en los últimos 3-4 meses.



DetECCIÓN Y TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES

1) **Hipoglucemia:** Disminución de la glucosa en sangre (menor a 70 mg/dl)
El cerebro requiere de glucosa para funcionar. La falta de glucosa puede dañar sus células (neuronas). Los episodios de hipoglucemia severos son peligrosos.

Causas: Ayuno (retraso u omisión de comidas); Diarrea, Exceso de insulina o hipoglucemiantes oral, exceso de ejercicio intenso, consumo de alcohol, hipoglucemias previas.

Síntomas de Hipoglucemia Leve: Hambre repentina (sensación de vacío), mareo, debilidad, dolor de cabeza, sudoración fría, nerviosismo, temblor de manos y piernas, hormigueo alrededor de la boca, latidos acelerados del corazón.

Tratamiento de Hipoglucemia Leve: tomar algún alimento como: medio vaso de jugo de frutas o de refresco no dietético, cucharada de mermelada o de miel de abeja, o cuatro caramelos.

Síntomas de Hipoglucemia moderada: Visión borrosa, dificultad para hablar, movimientos torpes, cambios emocionales (llanto, risa, enojo), dificultad para concentrarse y desorientación.

Tratamiento de Hipoglucemias moderadas: tomar algún alimento como: vaso de jugo de naranja o de refresco no dietético, dos cucharadas de miel o mermelada, reposo de 15 a 30 minutos (o hasta que desaparezcan los síntomas), medición de glucosa antes y después del tratamiento, y si no puede comer será necesaria la aplicación de glucagón intramuscular.

Síntomas de Hipoglucemia Severa: Convulsiones y pérdida de conocimiento.

Tratamiento de Hipoglucemia Severa: Es necesaria la asistencia de otra persona para que se administre glucagón o solución glucosada intravenosa, y en cuanto se recupere el conocimiento tomar una bebida azucarada (vaso de jugo o refresco no dietético).

2) **Hiperoglucemia:** Elevación de glucosa en sangre por arriba de lo normal (110 mg/dl). La hiperoglucemia durante mucho tiempo puede provocar problemas graves (cetoacidosis, síndrome hiperosmolar no cetónico)

Síntomas: Poliuria (mucho orina), polidipsia (mucho sed), polifagia (mucho hambre), pérdida de peso.

Causas: No aplicar insulina, no tomar el medicamento para el control de la glucosa, aumento en consumo de alimentos, otra enfermedad (infecciones), estrés o falta de ejercicio.

Tratamiento: Remedio de causas.

3) Cetoacidosis: Aumento de las hormonas contrarreguladoras que bloquean la acción de la insulina = hiperglucemia = eliminación de glucosa por la orina = deshidratación con pérdida de algunas sales (sodio y potasio). Glucosa en 250 mg/dl y cuerpos cetónicos (ácidos tóxicos) en sangre y orina

¿Por qué sucede?: Suspender aplicación de insulina, otra enfermedad (infecciones) m traumatismos, no seguir el plan de alimentación.

¿Cómo de doy cuenta?: Poliuria (mucha orina), polidipsia (mucha sed), pérdida de peso, aliento cetónico (frutas o vinagre), náuseas, vómito, dolor abdominal, deshidratación (boca y piel secas), respiración rápida y profunda, somnolencia, pérdida de conciencia.

¿Qué puedo hacer?: Si se presenta glucosa arriba de 250 mg/dl y cetonas en orina mantenga contacto con el médico, hidratación con suero oral (tomar a "sorbitos" todo lo que pueda), Realizar monitoreo de glucosa en sangre, inyectas insulina rápida si lo indica el médico. **ES CONVENIENTE TRATAR EN HOSPITAL.**

4) Síndrome Hiperosmolar No cetónico: Complicación asociada con una infección.

¿Por qué sucede?: Suspender el tratamiento médico, infecciones, traumatismos (accidentes, cirugías), trastornos emocionales, no continuar con el plan de alimentación

¿Cómo me doy cuenta?: Mucha orina, mucha sed, pérdida de peso, cansancio, glucosa superior a 600 mg/dl y deshidratación grave.

¿Qué puedo hacer?: Acudir al médico en cuanto se detecte una infección y realizar monitoreo de glucosa varias veces al día.

5) Neuropatía: Daño a sistema nervioso central que puede afectar: corazón (taquicardias, presión arterial baja o infarto), estómago (problemas para vacío), intestino (diarrea, estreñimiento), vejiga (problemas para vacío), sexuales (impotencia), defectos en sudoración (nada o mucho).

¿Cómo me doy cuenta?: Hormigueo, adormecimiento, sensación de frío o calor, dolor quemante o "puzante", disminución de sed, pérdida de la sensibilidad al dolor. **ACUDE AL MEDICO.**

6) Pie diabético: Complicación debida a la mala circulación, por incapacidad para defenderse contra las infecciones y por pérdida de sensibilidad.

¿Qué puedo hacer? Lavar los pies diariamente y secarlos cuidadosamente, especialmente entre los dedos (puede usar talco); no caminar descalzo, usar zapatos cómodos y que no aprieten, no usar medias o calcetines apretados, no usar bolsas con agua caliente o cojines eléctricos que pueden causar quemaduras; No lime o corte un callo o juanete, acuda al podiatra o al ortopedista, corte recta las uñas para evitar que se entierren, no hacer pedicure en lugares no profesionales (ir al podiatra); no usar tela adhesiva ni curitas, bañarse todos los días con jabón neutro y esponja suave, usar lanolina en todo el cuerpo (para atender la resequedad), usar ropa interior y calcetines de algodón, no exponerse mucho al sol, tener cuidado de no cortarse al depilarse, no hacerse tatuajes, revisar diario los pies para notar cualquier cambio, y **ACUDIR AL MEDICO** ante cualquier herida o ampolla, ulceración en los pies y piernas, uñas enterradas, cambios de color en algunas zonas del pie, falta de sensibilidad o adormecimiento o si hay alguna deformación en los pies.

7) Retinopatía (daño a los ojos): Daño en la retina por el exceso de glucosa en la sangre. Puede llegar a ser necesario el tratamiento con rayo láser.

8) Nefropatía (daño a los riñones): Lesión de los pequeños vasos sanguíneos de los riñones y alteración de la capacidad para filtrar los desechos del organismo que provoca insuficiencia renal. Puede llegar a necesitarse diálisis, que es una forma mecánica externa de ayudar a los riñones a eliminar las toxinas.

¿Qué factores predisponen a las complicaciones crónicas?

1. Mantener niveles de glucosa en sangre elevados por mucho tiempo
2. Tener presión arterial alta
3. Tener altas las grasas en sangre (triglicéridos y colesterol)
4. Fumar
5. Tomar alcohol
6. No hacer ejercicio

¿Qué puedo hacer para evitar lo mas posible o retardar la aparición de complicaciones crónicas severas?

1. Aprender continuamente sobre el manejo y cuidado de la diabetes
2. Mantener las cifras de glucosa en sangre lo más cercano a lo normal
3. Visitar al médico con frecuencia
4. Visitar al odontólogo (dentista) por lo menos una vez al año
5. Llevar un estilo de vida equilibrado
6. Llevar una especie de diario donde anotar los niveles de glucosa en sangre o cetonas
7. Tomarse con frecuencia la presión arterial
8. Medirse los niveles de grasas en sangre (colesterol, triglicéridos) por lo menos una vez al año
9. Medirse la hemoglobina glucosilada cada tres meses.
10. Mantener un peso adecuado
11. Examinar los pies y la piel diario, manteniéndolos hidratados
12. Acudir con el oftalmólogo para checarse fondo de ojo por lo menos una vez al año, y 2 o 3 veces al año si existe algún problema.
13. Pedir una depuración de creatinina en orina de 24 hrs. Para checar los riñones por lo menos una vez al año.
14. Acudir al podiatra para tratarse cualquier problema de uñas enterradas y callosidades (para evitar prácticas caseras que podrían ocasionar una infección)
15. Acudir con un nutriólogo para hacer ajustes en la alimentación, en caso de que sea posible.
16. Evitar emociones intensas (tensión, angustia, enojo, depresión), y acudir con el psicólogo o psiquiatra si es posible y si las emociones son difíciles de controlar.

PASOS VITALES



Paso 1:

¿Qué ideas tiene acerca de seguir el tratamiento para la Diabetes Mellitus?

En su caso, ¿qué podría interferir o estorbar el seguimiento de su tratamiento?

Cuando mira sus medicinas ¿qué pasa por su mente? ¿Qué ideas le vienen a la cabeza?

Cuando va a hacer ejercicio ¿qué pasa por su mente? ¿Qué ideas le vienen a la cabeza?

Cuando va a iniciar a comer su dieta ¿qué pasa por su mente? ¿qué ideas le vienen a la cabeza?

Cuando se va a medir la glucosa en sangre ¿qué pasa por su mente? ¿qué ideas le vienen a la cabeza?

Paso 2:

¿Cuántas citas con el médico tiene al mes? _____

Medio de transporte para las citas: _____

El plan "b" para transporte a las citas es: _____

Otros problemas que pueden surgir para acudir a la cita: _____

La (s) manera (s) de resolverlos es (son): _____

Paso 3:

Dificultades para preguntar o problemas de comunicación con el médico:

Cosas que no ha podido preguntar sobre su tratamiento: _____

Paso 4:

Los medicamentos que está tomando tienen algunos efectos colaterales como: _____

Paso 5:

Farmacia, dependencia o sitio para adquirir el medicamento que se usa o usará: _____

Pagará los medicamentos: _____

Se transportará a este lugar mediante: _____

¿Es posible que se le envíen los medicamentos? _____

Algunos obstáculos: _____

Soluciones: _____

Paso 6:

Horario de medicamentos: _____

Paso 7:

Lugar en donde se conservarán las medicinas: _____

Posibles problemas para guardarlas: _____

Soluciones: _____

¿Deben refrigerarse algunas medicinas? _____

¿Si se está fuera de casa como se transportaría la medicina? _____

Lugares alternos para refrigeración: _____

Paso 8:

Se colocarán las etiquetas o recordatorios en: _____

Otras señales que se utilizarán son: _____

Paso 9:

Palabras o frases señal: _____

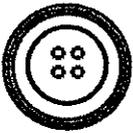
Paso 10:

¿Qué hacer ante el olvido de una pastilla, o no hacer ejercicio o dieta? _____

Paso 11:

Resumen: _____

Para muestra un botón



Auto instrucciones y recompensas para facilitar el cumplimiento de mi tratamiento: El caso de Elizabeth

Elizabeth es una mujer soltera, de 27 años de edad con Diabetes Mellitus tipo II de 5 años de evolución, que visitó a la psicóloga para aprender a mejorar su calidad de vida. Uno de los problemas centrales de Liz era que no conseguía “seguir el tratamiento médico al 100%”. “Lo que más trabajo me cuesta es la dieta, odio no poder comer lo que quiera, y me cuesta mucho trabajo decir que no a algo que me ofrecen, sobre todo en las fiestas o reuniones sociales,... la verdad creo que me merezco mis lujitos.... y no me puedo aguantar.... bueno, o no se como”, decía.

Después de algunas sesiones en donde resolvió sus dudas acerca del tratamiento de la Diabetes Mellitus, Liz practicó los once “pasos vitales” para mejorar su apego a tratamiento. Además, identificó y aplicó auto verbalizaciones o auto instrucciones positivas y premios o recompensas para facilitar el cumplimiento del tratamiento, sobre todo en lo referente al control alimenticio, que tanto trabajo le costaba.

Las auto instrucciones positivas que fueron más útiles para Liz son:

Puedo y prefiero comer adecuadamente para controlar mis niveles de glucosa en sangre.

No es para tanto, no es una tragedia no comer _____ (lo que se antoje), y es más, prefiero no hacerlo.

Los premios o recompensas por llevar a cabo un plan de alimentación fueron:

Decirme a mi misma: ¡Bravo, tu puedes controlarte y eso te hace sentir bien” cada vez que logro omitir comer algo que se me antoja pero no me conviene pues puede elevar demasiado los niveles de glucosa en sangre.

Comprarme una prenda de ropa al mes de lograr un control adecuado de mi alimentación. Control adecuado = Máximo 3 fallas en el plan de alimentación (consumo de alimentos “prohibidos”)

La Tarea



Mi plan de tratamiento

La tarea de la quinta sesión es:

1. Hacer tu propio plan de tratamiento
2. Repaso de auto verbalización positiva
3. Registro y Modificación de pensamientos irracionales relacionados con el deterioro de tu calidad de vida.
4. Registro diario de conductas de auto cuidado.

Toma de medicamentos

Auto instrucción para tomar medicamentos: _____

Horario para tomar medicamentos: _____

Señales para recordar tomar el medicamento: _____

Plan para contrarrestar efectos secundarios: _____

Recompensa por tomar medicamentos: _____

Asistencia a consulta con el médico

Nombre del Médico: _____

Nombre de Secretaria: _____ Institución: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Frecuencia de citas con el médico: _____

Fechas tentativas: _____

Método de transporte: _____

Plan "B" de transporte: _____

Posibles obstáculos: _____

Pensamientos irracionales que dificultan asistir a consulta: _____

Soluciones: _____

Recompensa por asistir con el médico: _____

Programa de alimentación:

Desayunos posibles:

Comidas posibles:

Cenas posibles:

Colaciones permitidas:

Auto instrucción para seguir el plan de alimentación: _____

Pensamientos irracionales o barreras que debo detener o superar para lograr mi plan de alimentación: _____

Recompensa por haber seguido el plan de alimentación: _____

Dispensa básica:

Ejercicio

Auto instrucción para hacer ejercicio: _____

Tipo de ejercicio: _____

Frecuencia: _____

Equipo necesario: _____

Instrucciones básicas: _____

Horario de ejercicio: _____

Señales para recordar hacer ejercicio: _____

Recompensa por hacer ejercicio: _____

Monitoreo de niveles de Glucosa en sangre o en orina

Frecuencia: _____ Horario: _____

Señales: _____

Equipo necesario: _____

Auto instrucción: _____

Pensamientos irracionales y otros obstáculos para el auto monitoreo: _____

Soluciones: _____

Recompensa: _____

Otras actividades:

1) Toma de Hemoglobina glucosilada en tres meses

Lugar: Instituto Jalisciense de Salud Mental

LLAMARÁN PARA INFORMAR FECHA Y HORA

2) Asistencia a terapia psicológica grupal
para mejorar mi calidad de vida

Lugar: Instituto Jalisciense de Salud Mental

Teléfono: 36 33 93 83

Nombre de terapeuta: Rebeca Robles

Nombre de Co-terapeuta: _____

3) _____

4) _____

5) _____

Algo más...



**CONOCER PARA MEJORAR:
Análisis de Resultados de Prueba de Control Metabólico**

A continuación te informaremos de los resultados de la prueba de Hemoglobina Glucosilada que te realizaron al inicio de la terapia. Ello con la intención de que tengas un dato objetivo que te sirva para evaluar como ha sido tu control metabólico en los últimos tres meses, y que puedas, a partir de esta evaluación, detectar los problemas que han surgido y las soluciones futuras para lograr los niveles de azúcar en sangre que desees.

Tu porcentaje promedio de glucosa en sangre en los últimos tres meses es: _____

Tabla para Interpretación de resultados

Hemoglobina Glucosilada	Valores de Glucosa
5%	90 mg/dl
6%	120 mg/dl
7%	150 mg/dl
8%	180 mg/dl
9%	210 mg/dl
10%	240 mg/dl

Auto evaluación de resultados

Los niveles de azúcar en sangre son _____
(adecuados, moderadamente altos, altos, muy altos)

Las principales razones por las cuales no he logrado los niveles de azúcar en sangre que deseo son: _____

Las soluciones para llegar a los niveles de glucosa en sangre que deseo son: _____

Recuerda:

**TU PROXIMA MEDICIÓN DE GLUCOSA SERÁ EN TRES MESES.
TE LLAMAREMOS EN EL MES DE _____ PARA INFORMATE DIA Y HORA
EN QUE PODRÁS ASISTIR AL INSTITUTO JALSICIENSE DE SALUD MENTAL
PARA QUE TE REALICEN ESTA PRUEBA TOTALMENTE GRATIS.**

**APROVECHA ESTA UNICA OPORTUNIDAD PARA EVALUAR TU CONTROL
METABÓLICO** (El presente proyecto solo correrá con los gastos de dos pruebas de HGI por participante en el estudio. Esta que se te ofrece en tres meses será tu segunda y última prueba gratuita de Hgl).

Sexta sesión

□ Objetivos:

1. Los participantes identificarán las características esenciales de la ansiedad.
2. Los participantes identificarán y modificarán los pensamientos irracionales y/o automáticos relacionados con la ansiedad.
3. Los participantes aprenderán las técnicas conductuales de “relajación muscular” y “respiración profunda” para reducir sintomatología ansiosa.

Actividades:

1. Revisión de tarea para casa de quinta sesión
2. Diálogo Grupal estructurado: ¿Qué es la Ansiedad?
3. Análisis Grupal de pensamientos irracionales relacionados con la ansiedad.
4. Entrenamiento en Respiración profunda.
5. Entrenamiento en Relajación muscular.
6. Tarea para casa.

¿Qué es la Ansiedad?

ANSIEDAD: UN MIEDO ILÓGICO

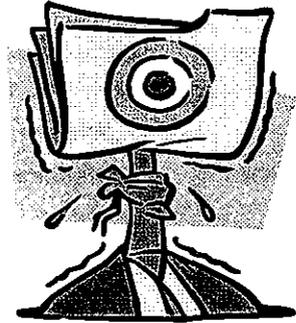
- Diferencia entre síntomas y trastornos de ansiedad.
- **Trastornos de ansiedad:** 5% de la población general.
- **Síntomas de ansiedad:** Síntomas físicos (taquicardia, sudoración, etc), y psicológicos (sensación de temor ilógico, intenso y duradero)
- **Trastornos de ansiedad:** Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de Pánico, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Fobia simple, Fobia Social, Trastorno por Estrés Postraumático.
- El tratamiento ideal de los trastornos de ansiedad es **Psicoterapia Cognitivo Conductual + medicamento.**
- La Técnicas de Terapia Cognitivo Conductual pueden ser útiles para prevenir trastornos de ansiedad y eliminar sintomatología ansiosa.

El **problema conductual de la ansiedad** es:

1) No tener habilidades para relajarnos cuando nos sentimos preocupados, ansiosos, tensos o estresados.

Por esta razón es muy positivo que aprendas las técnicas para relajarte muscularmente y a respirar profundamente.

Una vez que estas habilidades se vuelven un hábito podemos relajarnos prácticamente de inmediato a que nos sentimos ansiosos o tensos.



El **problema de pensamiento de la ansiedad** es:

1) Tener ideas que anticipen eventos futuros que serán catastróficos, intolerables, horribles. Es percibir una amenaza no existente en realidad. Como percibimos una amenaza (aunque no exista) reaccionamos físicamente como si tuviéramos que escapar o atacar (igual que la reacción física que provoca el miedo ante una amenaza real a la supervivencia propia).

2) Generalmente los pensamientos ansiosos nos los decimos a nosotros mismos de la siguiente manera: "Y si..... (pasara algo que trajera consecuencias catastróficas que no se pudiera tolerar)

El miedo RACIONAL o normal es una emoción que nos ayuda a sobrevivir, pues es una señal para que nuestro cuerpo se prepare para responder a un peligro o amenaza real. Pero cuando no hay peligro o amenaza real, el miedo es IRRACIONAL, y el desgaste del cuerpo es innecesario. Este miedo IRRACIONAL es la ANSIEDAD, y está ocasionada por nuestros pensamientos, no por que haya una amenaza o peligro real en el medio ambiente.

Los pensamientos relacionados con la ansiedad son diferentes de los pensamientos que caracterizan la depresión. La ansiedad se acompaña de la percepción de que estamos en PELIGRO o de que estamos de algún modo AMENAZADOS o de que somos de alguna forma VULNERABLES. (Los síntomas físicos de la ansiedad nos preparan para responder al peligro o amenaza en la que pensamos que nos encontramos).

En términos generales, podemos percibir amenazas de tres tipos: 1) las amenazas físicas, cuando crees que serás herido físicamente, 2) la amenaza social, cuando creemos que seremos rechazados, humillados o avergonzados, y 3) la amenaza mental, cuando algo hace que nos preocupemos de que vamos a volvernos locos o a perder nuestras capacidades mentales.

Los pensamientos de ansiedad se orientan hacia el futuro y a menudo predicen peligro o catástrofes.

Los pensamientos de ansiedad generalmente empiezan con "Y si....", y finalizan con resultados de desastre, y con frecuencia incluyen imágenes de peligro.

Por eso es necesario que identifiquemos, y paremos y/o modifiquemos los pensamientos ilógicos acerca de la posibilidad de que ocurra algo catastrófico en el futuro. Este pensamiento no ayuda a resolver lo que pueda pasar, mas bien nos paraliza porque produce una gran ansiedad. Un pensamiento racional disminuirá la ansiedad hasta hacerla manejable, útil para hacer algo que prevenga los peligros o amenazas. No debemos confundir la anticipación racional de problemas, peligros o amenazas, ante la cual el ser humano puede hacer algo para modificar el medio ambiente y evitar conflictos posteriores. Esto no tiene nada que ver con el "Y si..." catastrófico de la ansiedad. La ansiedad en extremo no nos ayuda a actuar de forma efectiva para afrontar peligros o amenazas. La ansiedad es producto de un pensamiento ilógico, irracional, y no de la anticipación racional y lógica de los peligros, problemas o amenazas.

Entrenamiento en respiración y relajación muscular

El día de hoy aprenderás dos cosas: 1) a relajarse, y 2) a respirar profundamente. Estas dos habilidades son muy útiles para controlar las emociones y disminuir la ansiedad y el estrés de la vida diaria. Así, todos los días, o al menos en esas ocasiones en que se sientas angustiado (a), ansioso (a), tenso (a) o estresado (a), podrás hacer algo para reducir ese malestar emocional: relajarte y respirar adecuadamente.

La ***respiración profunda*** nos ayuda a controlar la ansiedad, las preocupaciones o la angustia. Cada vez que sientas ansiedad podrás disminuir el malestar haciendo estos ejercicios de respiración. Para que esta forma de respirar se vuelva un hábito es necesario practicar muchas veces este ejercicio en su casa, y en diversas situaciones de su vida diaria.

Cuando somos bebés respiramos de una manera adecuada (respiración diafrágica): inhalamos mucho aire, hasta llenar nuestro cuerpo, y luego lo soltamos todo (ilustrar con ejemplo). Sin embargo, poco a poco vamos aprendiendo a respirar de forma cortada, para que no se vean todos esos movimientos del estómago que se producen cuando respiramos profundamente. Por eso necesitamos reaprender a respirar adecuadamente, al menos en aquellos momentos en que queramos sentirnos tranquilos.

Procedimiento:

1. *Siéntate y relájate: Coloca tu cuerpo "derecho" pero relajado y cierra tus ojos lentamente.*
2. *Inhala (tomen aire) durante siete segundos, mientras "inflan" su estómago con ese aire... Si estás respirando adecuadamente su*

estómago se infla como una bolsa cuando le soplan... si estás respirando incorrectamente entonces sube los hombros y su estómago permanece plano. No tienes que hacer un gran esfuerzo para tomar aire, hazlo de manera tranquila y natural.

- 3. Exhala (Suelta el aire) lentamente, también en siete segundos. mientras inflan su estómago, y después lo soltarán durante otros siete segundos hasta desinflar por completo su estómago.*
- 4. Repite 10 veces esta forma de inhalar y exhalar profundamente... y fíjate que sensación tan agradable experimenta tu cuerpo cuando respiras de esta manera*
- 5. Relájate y disfrútalo.*

El **entrenamiento en relajación** muscular consiste en aprender a tensar y luego relajar los distintos grupos musculares de tu cuerpo, de forma que sepas que se siente cuando el músculo está tenso y qué se siente cuando está relajado. De esta forma, cuando este aprendizaje se haya vuelto un hábito, identificarás rápidamente, en cualquier momento del día, cuando esté tenso más allá de lo que necesitas (por que hay ocasiones en las que necesitamos cierta tensión para poder actuar, pero la mayoría de las veces estamos tensos sin que esto sea necesario, o más tensos de lo que necesitamos). Cuando notes que estás tenso más allá de lo necesario tendrás una señal para relajarte automáticamente. Para que la relajación llegue a ser parte de tu vida, para que sea un hábito, debes practicarlo muchas veces. Por eso es muy importante que practiques en casa. Sin esta práctica no será posible hacer de la relajación un hábito y aplicarlo en la vida real.

Procedimiento:

1. Sentarse cómodamente y cerrar los ojos lentamente
2. Realizar la secuencia de ejercicios repitiendo dos a tres veces cada uno.
3. Realizar una secuencia completa.

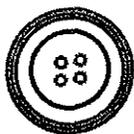
4. Disfrutar la relajación unos minutos
5. Reincorporarse lentamente



Ejercicios de Relajación Muscular

Grupos musculares	Ejercicios
Mano y antebrazo dominantes	Se aprieta el puño
Bíceps dominante	Se empuja el codo contra el brazo del sillón
Mano, antebrazo y bíceps no dominantes	Igual que el miembro dominante
Fronte y cuero cabelludo	Se levantan las cejas tan alto como se pueda
Ojos y nariz	Se aprietan los ojos al tiempo que se arruga la nariz
Boca y mandíbulas	Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas. Se aprieta la boca hacia fuera. Se abre la boca.
Cuello	Se dobla hacia la derecha Se dobla hacia la izquierda Se dobla hacia delante Se dobla hacia atrás
Hombros, pecho y espalda	Se inspira profundamente manteniendo la respiración al tiempo que se llevan los hombros hacia atrás intentando que se junten los omoplatos.
Estómago	Se mete hacia adentro conteniendo la respiración. Se saca hacia fuera conteniendo la respiración.
Pierna y muslo derecho	Se intenta subir con fuerza la pierna sin despegar el pie del asiento (o suelo)
Pantorrilla	Se dobla el pie hacia arriba tirando con los dedos, sin despegar el talón del asiento (o suelo)
Pie derecho	Se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia adentro
Pierna, pantorrilla y pie izquierdo	Igual que el derecho
Secuencia completa de músculos	Sólo relajación

Para muestra un botón



Antonio: ¡Soy incapaz de relajarme!

Antonio, un hombre de 54 años de edad, casado y con tres hijos dijo al grupo de terapia psicológica al que asistía semanalmente: "Mi problema no es tanto el no poder seguir el tratamiento.... mas o menos lo hago y no se me hace tan pesado, pero lo que sí me afecta mucho es el estrés... a veces pienso que soy incapaz de relajarme!.... y en verdad quiero aprender a hacerlo, por que la ansiedad me trae muchos problemas: me siento mal física y emocionalmente, y peleo con mi esposa y mis hijos".

Antonio se percató, a través de los registros de pensamiento, que tenía el hábito de pensar catastróficamente: "Me he dado cuenta que siempre pienso que va a pasar algo malo, pienso en lo peor que puede pasar, por ejemplo cuando mi hijo no ha llegado, me imagino que algo malo le ha pasado, o si siento algo raro en el cuerpo pienso que me va a pasar algo grave...".

Antonio comprendió en terapia que más que anticipar, él "futureaba". La anticipación es útil pues no sirve para planear y resolver problemas, pero pensar de forma exagerada y catastrófica no es anticipar, es pensar de forma irracional, lo que induce a sentirse muy angustiado y a cometer errores de conducta, como gritar o pelear con los demás.

Antonio comenzó a hacer el esfuerzo por parar y modificar esos pensamientos. Al principio le fue muy útil simplemente distraerse cuando se sentía ansioso para dejar de pensar cosas negativas, se decía a si mismo "no me sirve pensar en esto, mejor haré o pensare otra cosa... comenzaré a hacer los ejercicios de relajación y respiración para calmarme". En el momento en que estaba mas

tranquilo recordaba la situación, registraba sus pensamientos, y los debatía uno por uno.

Hoy por hoy, Antonio se angustia menos y puede relajarse más fácilmente. Ha empezado a dormir mejor, y discute menos con su esposa e hijos: “además ya no me desgasto tanto físicamente, así que aunque me cuesta trabajo, en verdad que vale la pena cambiar tus pensamientos y hacer los ejercicios de relajación y respiración: HAY COSAS QUE NO PUEDO CAMBIAR, Y PREFIERO HACER EL ESFUERZO POR PASARLA LO MEJOR QUE SE PUEDA”

La Tarea



La tarea de la sexta sesión es:

1. Repetir al menos una vez al día los ejercicios de relajación y respiración aprendidos en la sesión.
2. Anotar: Hora del día: _____ Número de veces a la semana: _____ Grado de relajación que se logró (en una escala de 0 a 10 puntos): _____ Problemas para relajarse durante los ejercicios (interrupciones, no poder concentrarse, dormirse, etc.): _____

Soluciones: _____
3. Repasa tu “guión” de instrucciones o verbalizaciones positivas para aumentar tu tolerancia a la frustración y la aceptación de la enfermedad.

4. Recuerda continuar con los registros de identificación y modificación de pensamientos irracionales y/o automáticos que deterioran tu calidad de vida.
5. Registro diario de conductas de auto cuidado.

Algo más...



La Relajación: Un Verdadera Medicina Para las personas con Diabetes Mellitus

Los ejercicios de relajación son una de las maneras más efectivas de prevenir y/o controlar la ansiedad, y ello sin duda aumenta nuestro bienestar psicológico. Además, se ha demostrado que la relajación es una verdadera medicina para las personas que tienen Diabetes: ¡Sí! ayuda a lograr el control metabólico que deseas!.

Los expertos en este tema concuerdan en que el sistema nervioso autónomo está muy relacionado con la regulación del metabolismo de los carbohidratos.

El sistema nervioso autónomo tiene conexiones nerviosas con el páncreas, por lo que puede tanto inhibir (disminuir) como facilitar (incrementar) la secreción de insulina: Si se estimulan los "receptores beta adrenérgicos en el páncreas" se facilita la secreción de insulina, y si se estimular los "receptores alfa adrenérgicos en el páncreas" se inhibe la secreción de insulina".

El sistema nervioso autónomo tiene además, otros efectos metabólicos: la estimulación beta adrenérgica facilita la conversión de glucogeno en glucosa, por ejemplo.

Así, el sistema nervioso autónomo, y particularmente "la vía simpática", regulan tanto de forma directa como indirecta el metabolismo de la glucosa.

Así, la regulación de la actividad del sistema nervioso autónomo puede contribuir en el manejo médico de ambos tipos de diabetes.

La forma natural en que podemos lograr una reducción de la actividad del Sistema nervioso simpático es justamente LA RELAJACIÓN.

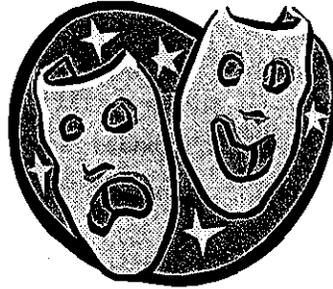
Se ha probado que los ejercicios diarios de relajación tienen un impacto muy positivo en el control metabólico de los pacientes con Diabetes Mellitus de ambos tipos, así que es muy importante que practiques esta habilidad que has aprendido el día de hoy: ¡RELAJATE DIARIAMENTE PARA VIVIR MEJOR FÍSICA Y MENTALMENTE!

Si es mas fácil para ti UNETE A UN GRUPO que practique la relajación que se reúna cerca de ti casa (grupos de yoga, meditación, auto ayuda para pacientes con Diabetes, etc). LO IMPORTANTE ES QUE LO PRACTIQUES DIARIAMENTE.

Séptima sesión

Objetivos:

1. Los participantes identificarán las características esenciales de **la depresión y el enojo.**



2. Los participantes practicarán la identificación y modificación de los pensamientos irracionales relacionados con la depresión y el enojo.
3. Los participantes practicarán técnicas de auto control para prevenir y/o disminuir síntomas de depresión y/o enojo.

Actividades:

1. Revisión de la tarea para casa.
2. Conferencia: "La depresión y el enojo: descripción, causas y tratamiento".
3. *Análisis grupal de pensamientos irracionales y conductas inadecuadas relacionadas con la depresión y el enojo.*
4. Ejercicio Estructurado: Programa individual para prevenir y controlar la depresión y el enojo.
5. Tarea para casa.

¿Qué es la Depresión?

DEPRESIÓN: La enfermedad de la tristeza

- Diferencia entre Depresión mayor y Síntomas depresivos.
 - Depresión Mayor: 5% de la población general
- Síntomas depresivos: hasta el 20% de la población y más frecuente en mujeres.
 - **Síntomas:** tristeza, pérdida de interés en las actividades cotidianas, alteraciones del dormir (insomnio o hipersonmío), alteraciones en el apetito, problemas de concentración, pensamientos de muerte, ideación o intentos suicidas.
 - El mejor tratamiento de la Depresión mayor es **Psicoterapia Cognitivo Conductual + medicamento antidepressivo.**
 - La Psicoterapia Cognitivo Conductual es efectiva para prevenir la depresión mayor y eliminar síntomas depresivos.

En términos generales, el **problema conductual de la depresión** es:

- 1) No hacer o dejar de hacer conductas placenteras o que impliquen logros, y
- 2) No recibir premios o refuerzos propios o de los demás por realizar conductas adecuadas.

Por esa razón es que en la primera sesión aprendiste a auto premiarte o **auto reforzarte** y a **hacer cosas que impliquen placer o logro personal.**

El problema de **pensamiento relacionado con la depresión** es:

- 1) Pensar de forma negativa, ilógica, irracional, demandante y automática acerca de uno mismo, el mundo y el futuro.
- 2) Generalmente las personas deprimidas tienden a culparse de todo lo que sucede (al revés del enojón, que generalmente culpa a los demás por lo que

sucede), a cuestionar su propia valía personal ante los errores (“No valgo”), a percibir el mundo y el futuro de forma negativa, y a pensar que los eventos negativos no pasarán, que se quedarán ahí por mucho tiempo.

Por eso es necesario que aprendamos a modificar pensamientos ilógicos en donde nos demandamos, culpamos y exigimos exageradamente a nosotros mismos, el mundo y el futuro. Un pensamiento racional disminuirá la intensidad de la depresión, hasta hacemos sentir una tristeza manejable, o incluso otra emoción, como la tranquilidad.

¿Qué es el enojo?

Enojo

El enojo es un estado cognitivo (de pensamiento) – emotivo – fisiológico.

Es una emoción, que a niveles altos tienen consecuencias negativas tanto físicas, como psicológicas y sociales

El enojo puede ser un antecedente directo o indirecto de la agresión o violencia y de conflictos interpersonales.

El enojo se ha asociado con hipertensión

La Psicoterapia Cognitivo Conductual ha demostrado ser efectiva para reducir el enojo.

El **problema conductual** relacionado con el **enojo** es:

1) No recibir o no percibir consecuencias negativas por la expresión del enojo, o incluso llegar a recibir o percibir consecuencias positivas por la expresión del enojo: NO CASTIGO y / o PREMIO O REFUERZO al enojo.

2) No relajarse

El **problema de pensamiento** relacionado con el **enojo** es:

1. **Catastrofizar:** Exagerar en que algo negativo sucedió, está sucediendo o va a suceder. Generalmente se refiere a una situación de la cual no se tiene el control.
2. **Sobre generalizar:** Pensar que las cosas son SIEMPRE iguales, o que NUNCA van a cambiar, o que TODOS están en tu contra o te quieren molestar, o que NADIE te respeta, o que JAMAS te obedecen, COMO SI TODAS LAS VECES FUERA LO MISMO.
3. **Pensamiento Rígido:** Creencias inamovibles, que no se cometen a un cuestionamiento razonable ni se modifican fácilmente aunque se tenga evidencia en contra. Es como si solo hubiera UNA SOLA FORMA de hacer las cosas BIEN, y fiera EXACTAMENTE ESA FORMA que uno dice, y que las cosas NO VAN A CAMBIAR.
4. **Anticipación:** Se piensa que uno “adivina” lo que va a suceder, y se “anticipan” aspectos negativos que difícilmente llegan a suceder.
5. **Atribución de causa de los eventos negativos al exterior** (a otros, a la situación, etc): Así como las personas que se deprimen tienden a culparse así mismas por prácticamente todo lo negativo que sucede (aunque tenga poca evidencia de ello, o poca responsabilidad de lo sucedido), es decir, a atribuir que las causas de los eventos negativos son internas (uno mismo), las personas que se enojan fácil y exageradamente tienden a culpar a los demás de los eventos negativos de su vida.

La gran mayoría de las personas que se enojan fácil y exageradamente no lo admiten, piensan que su enojo es “normal”, que tienen razón de hacerlo. Sin embargo, tienen consecuencias negativas importantes por el enojo, tanto a nivel físico (hiper activación, dificultad para relajarse y cansancio), como a nivel psicológico (dificultad para resolver problemas y para concentrarse, culpa por conductas agresivas, etc.) y social (problemas o discusiones frecuentes). Por ello es importante que todos trabajemos por reducir el enojo a una molestia acorde con

lo que realmente sucede. En esa medida reduciremos también las consecuencias negativas que conlleva el enojo intenso o exagerado.

Ejercicio Estructurado:

Programa para prevenir y controlar la depresión y/o el enojo

Como hemos visto, la depresión y el enojo están relacionados tanto con problemas conductuales o ambientales, como con problemas de pensamiento. En esta dirección, la prevención y/o control de la depresión y el enojo es posible aplicando algunas técnicas conductuales, y otras cognitivas.

Las técnicas conductuales para manejo de depresión son: el **auto reforzamiento y hacer cosas placenteras o que impliquen logro personal**, y la técnica para el manejo del enojo es la **relajación**. Las técnicas de relajación fueron expuestas y practicadas la sesión anterior, y la parte cognitiva ya la haz aprendido también: es la **identificación y modificación de pensamientos irracionales relacionados con la depresión y el enojo, y las auto verbalizaciones o auto instrucciones positivas**.

Parte 1. Prevención y control de la depresión.

1. Identificación y Modificación de Ideas Irracionales relacionadas con la depresión:

Antecedentes: _____

Pensamientos irracionales (¿Qué pasa por tu mente justo antes de sentirte triste?, ¿Qué significa para ti lo que está sucediendo?, ¿Qué te dices a ti mismo (a), o que imaginas?:

Consecuencias emocionales y conductuales (anotar porcentajes): (¿Qué tan triste o deprimido (a) te sientes (porcentaje)?, y ¿Qué haces o que dejas de hacer y con que frecuencia?)

Pensamientos equilibrados (Después de debatir la evidencia a favor y en contra de los pensamientos irracionales, ¿Cuál es la nueva forma racional y objetiva en que interpretas la situación?):

Nueva evaluación emocional y conductual (anotar porcentajes):

2. Auto verbalizaciones y/o auto instrucciones positivas para prevenir y/o disminuir depresión:

A continuación podrás encontrar algunos ejemplos de auto verbalizaciones o auto instrucciones útiles para sentirse mejor o menos deprimido (a). Estos son solo ejemplos, y lo importante es que tu generes tus propios discursos positivos, los que a ti te funcionan.

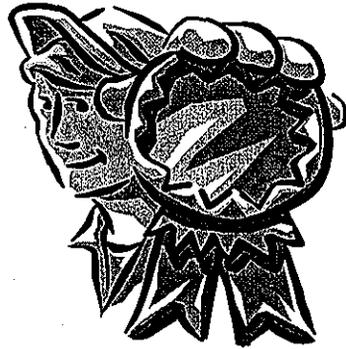
Ejemplos de Auto verbalizaciones positivas

1. Me gusta la gente
2. Me siento bien
3. Le gusto a la gente
4. Me agradó hacer...
5. Soy una buena persona...
6. Tengo un buen auto control
7. Tengo consideración con los demás
8. Algún día recordaré los malos días y sonreiré
9. Mis experiencias me han preparado para el futuro
10. He trabajado bastante y ahora me ocupo también de divertirme

3. Auto premio o auto reforzamiento

3.1 Reconocer nuestros logros

Anota dos de los logros más importantes que hayas tenido en el trayecto de tu vida, y después analiza: "¿Crees que estos logros fueron fortuitos (o por casualidad) o trabajaste arduamente en conseguirlos?, ¿Quiénes de las personas cercanas a ti conocen de estos logros?, ¿Te gusta hablar de ellos?."



3.2 Identificación de conductas a reforzar.

¿Qué conductas difíciles de llevar a cabo y no reforzadas o premiadas por otros ni por ti mismo realizas o quieres realizar cotidianamente?



3.3 Identificación de reforzadores o premios.

Recuerda que los reforzadores o premios son: CONSECUNCIAS POSITIVAS, GRATIFICANTES QUE SE DAN INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HACER ALGO. Y que los auto premios y las conductas las escoge previamente cada persona. Los auto premios pueden ser desde auto verbalizaciones positivas o "decirnos a nosotros mismos" algo agradable, como una felicitación por lo que hemos hecho, hasta darnos a nosotros mismos algo material que nos agrade mucho. Decirnos algo positivo es a veces un mejor premio que darnos algo material, y además no cuesta nada, solo hay que habituarnos a hacerlo.

¿Qué cosas te gustan, con qué te gustaría que te premiaran por hacer algo difícil de llevar a cabo, con que te gustaría premiarte a ti mismo?:

Analiza y anota: ¿Es importante premiarnos a nosotros mismos cuando hacemos algo positivo y difícil de llevar a cabo? ¿Cómo nos sentimos cuando nos premiamos a nosotros mismo? ¿Es más fácil repetir esas conductas positivas y complejas si nos premiamos por llevarlas a cabo?: _____

4. Hacer actividades placenteras o que implican logro personal

Podemos identificar ante que situaciones, personas o lugares es mas fácil que nos pongamos tristes o deprimidos. Y también podemos identificar actividades que nos hacen sentir bien, sea por que nos divertimos, nos distraemos, o nos sentimos orgullosos de nosotros mismos.



¿Cuál es tu caso?. Anota tus respuestas en la siguiente tabla:

Situación, actividades, personas o lugares relacionados con sentimientos de tristeza o depresión	¿Qué actividades me hacen sentir mejor?: Lo que puedo hacer para sentirme menos triste o deprimido (a)	¿Qué actividades puedo planear para sentirme divertido (a) y orgulloso (a) durante la semana?

Ejemplos de actividades placenteras o que implican logros:

1. Planear algo con lo que disfrutas
2. Salir a divertirse
3. Asistir a una reunión social
4. Practicar un deporte
5. Divertirse en casa
6. Hacer bien un trabajo
7. Cooperar con alguien en una tarea común
8. Iniciar una conversación
9. Hacer cumplidos o alabar a alguien
10. Mostrar afecto físico o amor

Parte 2. Prevención y Control del Enojo

1. Identificación y Modificación de Ideas Irracionales relacionadas con el enojo:

Antecedentes (¿qué, quién, cuando, donde...?): _____

Pensamientos irracionales (¿Qué pasa por tu mente justo antes de sentirte enojado (a) ?, ¿Qué significa para ti lo que está sucediendo?, ¿Qué te dices a ti mismo (a), o que imaginas?): _____

Consecuencias emocionales y conductuales (anotar porcentajes): (¿Qué tan enojado (a) te sientes (porcentaje)?, y ¿Qué haces o que dejas de hacer y con que frecuencia?) _____

Pensamientos equilibrados (Después de debatir la evidencia a favor y en contra de los pensamientos irracionales, ¿Cuál es la nueva forma racional y objetiva en que interpretas la situación?): _____

Nueva evaluación emocional y conductual (anotar porcentajes):

2. Auto verbalizaciones y/o auto instrucciones positivas para prevenir y/o disminuir el enojo (por ejemplo: no es correcto que haga no tengo derecho de maltratar física ni verbalmente a nadie: _____ no es útil que me enterque o que imponga mis manera de ver las cosas pues eso no arregla los problemas, etc.): _____

Analiza y anota: ¿Es importante que aprenda a controlar mi enojo para evitar el desgaste físico y emocional que implica? ¿Es importante que aprenda a controlar mi enojo para evitar las consecuencias negativas que trae consigo su expresión inadecuada? ¿Es preferible que haga el esfuerzo por controlar mi enojo pues eso me ayudará a solucionar los problemas que se me presenten? ¿Es lógico pensar que los demás quieren hacerme enojar, que el mundo es malo o injusto conmigo? ¿Puedo tolerar los problemas de la vida cotidiana?: _____

Para muestra un botón



***El caso de Héctor:
¿Problemas por el enojo?
.... Hasta con el doctor.***

Héctor tiene 32 años de edad, es soltero y le diagnosticaron Diabetes Mellitus Tipo II hace 5 años. “Desde pequeño me enseñaron que la gente no entiende mas que a gritos, si no te enojas no te pelan.... así que se me fue haciendo una forma de ser, y bueno aunque a veces me meto en problemas por ser enojón, la verdad es que la mayoría de las veces me funciona: Te enojas y entonces te hacen caso!!!... Además creo que uno tiene el derecho de decir lo que piensa y uno no se debe dejar que le cometan injusticias...., dijo al grupo de terapia psicológico en la sesión dedicada a prevenir y controlar el enojo.

Semanas después de que Héctor trabajó arduamente en identificar los pensamientos relacionados con el enojo, pudo percatarse de que mucho de su enojo, si no es que la gran mayoría, no es producto de que realmente le estén haciéndole una injusticia, o de que no tomen en cuenta su opinión, o de que lo quieran hacer enojar, o de que no le hagan caso más que de esa manera,

enojándose. Héctor se dio cuenta que la mayoría de las veces el exageraba las situaciones, le echaba toda la culpa o responsabilizaba a los demás por los errores, pensaba que le querían hacer daño o algo injusto y que creía que la única forma de lograr que te hicieran caso era enojándote por que no había probado otras maneras.

Héctor decidió trabajar arduamente para controlar su enojo. Y para empezar eligió trabajar el enojo con una persona importante en su vida: su médico. A continuación se muestra el plan de prevención y control del enojo que Héctor generó y practicó para lograr una de sus metas del tratamiento: mejorar la relación con su médico, y así la satisfacción con el tratamiento de la Diabetes en particular, y con su vida en general.

Plan de Prevención y Control del Enojo de Héctor

Mi plan de prevención y control de enojo incluye: 1) la detección y modificación de mis pensamientos irracionales, auto instrucciones positivas para ayudar y premiar mi auto control y ejercicios de respiración para relajarme.

1. Identificación y Modificación de Ideas Irracionales relacionadas con el enojo:

Antecedentes (¿qué, quién, cuando, donde...?): *Estoy en la sala de espera del consultorio de mi médico tratante de Diabetes Mellitus, esperando a que me reciba. Son las 5:20 y mi cita era a las 5:00, ya avisé a la secretaria que estoy aquí esperando y ella ya le dijo al doctor que estaba aquí. Sale el doctor y puedo entrar a consulta pero me atiende solo durante 30 minutos y luego me dice que tiene que atender a otra cita.*

Pensamientos irracionales (¿Qué pasa por tu mente justo antes de sentirte enojado (a) ?, ¿Qué significa para ti lo que está sucediendo?, ¿Qué te dices a ti mismo (a), o que imaginas?: Pienso que no es justo que el doctor se tarde en atender, el debería de saber lo importante que es para una persona con Diabetes que le hagan una revisión minuciosa y en poco tiempo no va a poder, y luego te anda regañando que por que no te cuidas bien, y no haces la dieta, y no se que tanto, pero él no hace nada por mi. La gente debe ser puntual, y más un profesionalista. Seguro por que el paciente que esta adentro le paga más que yo a él si lo atiende con calma. No me hace caso, no tiene ni el menor respeto por mi tiempo. Debo exigir un buen trato o si no cada vez va a ser peor.

Consecuencias emocionales y conductuales (anotar porcentajes): (¿Qué tan enojado (a) te sientes (porcentaje)?, y ¿Qué haces o que dejas de hacer y con que frecuencia?) Me siento muy enojado (90%), me siento intranquilo, doy vueltas por la sala de espera, le señalo el reloj a la secretaria para que se de cuenta de que han pasado 20 minutos, siento que me late fuerte el corazón y sudo las manos.

Pensamientos equilibrados (Después de debatir la evidencia a favor y en contra de los pensamientos irracionales, ¿Cuál es la nueva forma racional y objetiva en que interpretas la situación?): El doctor finalmente me recibe y me atiende. Puedo tolerar la espera de 20 minutos, y me conviene hacerlo tranquilamente para no sentirme mal, para no pelearme con él y la secretaria y hasta para que se me pase más rápido el tiempo. Es más probable que el doctor haya tenido más trabajo de lo habitual y que por eso vaya retrasado, o que el paciente que atiende ahora necesita más tiempo, y no que por que le paga más que yo le de una mejor atención. No tengo

evidencia de eso, y ese pensamiento solo me provoca malestar. Vengo a una revisión breve y no necesitaré más tiempo. Mejor trataré de llevarla bien con el médico, nada arreglaré enojándome.

Nueva evaluación emocional y conductual (anotar porcentajes):

Molestia (30%), me siento a esperar, tomo una revista para leer y que se me pase mas rápido el tiempo, respiro profundamente para relajarme, tal y como aprendí en el grupo de tratamiento psicológico.

2. Auto verbalizaciones y/o auto instrucciones positivas para prevenir y/o disminuir el enojo (por ejemplo: no es correcto que haga no tengo derecho de maltratar física ni verbalmente a nadie: _____ no es útil que me entere o que imponga mis manera de ver las cosas pues eso no arregla los problemas, etc.):

Puedo tolerar 20 minutos de espera, no es nada terrible y no quiero exagerar los problemas. Estoy orgulloso de poder tolerar los problemas de la vida diaria sin enojarme de forma excesiva. Tengo mayor auto control.

3. Ejercicio de respiración profunda para relajarme cuando me siento enojado.

La Tarea



La tarea de la Séptima sesión es:

1. Registro diario de conductas de auto cuidado
2. Identificación, Paro y/o Modificación de Ideas Irracionales relacionados con el deterioro de tu calidad de vida, especialmente con la ansiedad, la depresión, y el enojo.

3. Auto verbalizaciones positivas.

4. PASOS VITALES

5. Ejercicios de relajación y respiración para prevenir y controlar ansiedad y enojo.

6. Auto reforzamiento o auto premio por conductas adecuadas y difíciles de hacer (sobre todo las relacionadas con el auto cuidado de la Diabetes Mellitus).

7. Hacer actividades placenteras o que impliquen logro personal para prevenir y controlar la depresión o tristeza.

Algo más...



Algo bueno para nuestra vida:

**Detener la auto indulgencia y
Promover la auto eficacia**

El término "auto indulgencia" se refiere a un "permiso especial que algunas personas acostumbran darse a si mismas para hacer cosas inadecuadas, o expresar emociones intensas de manera incorrecta, de una forma que afecta a los demás". Las personas que son auto indulgentes piensas que "tienen derecho a decir y hacer lo que quieran, y por eso toleran muy poco las frustraciones de la vida diaria.

Una persona auto indulgente se "perdonaría fácilmente" el hecho de no seguir un plan alimenticio adecuado para el cuidado de la Diabetes, bajo el argumento de que "no puede resistir la tentación, y que no le importa". Mientras

que en realidad si le importa, y si puede resistirlo, solo que "se da permiso de no hacerlo".

Una persona auto indulgente se "perdonaría fácilmente" el hecho de gritar por que se siente enojada, por que piensa que en realidad los otros tienen la culpa de su molestia, que deben tolerar sus gritos, y que no puede evitar su enojo. Mientras que los demás no "deben" ni "tienen que" tolerar su enojo y agresión, y si se puede evitar gritar a los demás.

Reflexiona cual es tu caso: ¿En que eres auto indulgente?, y trata de promover una actitud mejor para tu vida: la auto eficacia: **Pensar que puedes** tolerar las cosas que no te gustan, y que puedes buscar las soluciones a tus problemas, y que puedes hacer las cosas que te hacen bien a ti y a los demás, y que puedes tolerar tu enojo, trabajar para modificarlo y "prohibirte" su expresión agresiva, etc.

Promover la auto eficacia y detener en lo posible la auto indulgencia te ayuda a tolerar más y mejor las frustraciones y problemas de la vida diaria, a ser una persona con mayor auto control, capaz de lograr lo que se propone para vivir mejor.

Tus notas: _____

Octava sesión

Objetivos:

1. Los participantes identificarán y evaluarán el cumplimiento de los objetivos de la intervención.
2. Los participantes identificarán y resolverán las dudas referentes a los temas tratados a lo largo de toda la intervención.
3. Los participantes completarán la segunda evaluación completa.
4. Los participantes registrarán la fecha para la tercera evaluación completa.
5. Cierre de terapia y despedida.

Actividades:

1. Revisión de tareas para casa.
2. Ejercicio Estructurado: "Repaso y Evaluación de la Intervención"
3. Aplicación de Instrumentos
4. Cita para tercera evaluación completa
5. Cierre y despedida.

Repaso General

En esta, nuestra última sesión de terapia de grupo para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus, haremos un repaso de todo lo aprendido, y resolveremos las dudas que tengas para que puedas continuar practicando las habilidades necesarias para estar satisfecho con tu tratamiento, reducir el impacto negativo del tratamiento, reducir tus preocupaciones por aspectos futuros de la enfermedad, resolver los problemas sociales, vocacionales o laborales y prevenir y

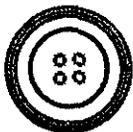
controlar la ansiedad, la depresión y el enojo, en suma: las habilidades de pensamiento y conducta para mejorar tu calidad de vida.

No dudes en preguntar y opinar lo que sea necesario para el buen entendimiento y aprovechamiento de esta intervención.

BUZÓN DE DUDAS:

Escribe tus dudas aquí, después podrás entregar la hoja, SIN TU NOMBRE, y la terapeuta y co-terapeuta darán respuesta a tus preguntas.

Para muestra un botón



**Tu propio ejemplo:
El mejor ejemplo**

¿ Qué haz aprendido en esta intervención psicológica grupal para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus?

¿ Qué cambios de pensamiento, de emociones y de conducta haz experimentado en el transcurso de este mes ?

Cambios de pensamiento:

Cambios emocionales:

Cambios de conducta:

Resumen:

A continuación se presenta un resumen de la intervención psicológica grupal para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus en la que participaste.

Evaluación inicial:

Completaste una serie de cuestionarios que evalúan la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, características de personalidad, y calidad de vida, y te tomaron la prueba de Hemoglobina Glucosilada para conocer el promedio de glucosa en sangre que haz tenido en los últimos tres meses.

En la primera sesión:

Se describió detalladamente la intervención en que participaste. Se mencionó que el tipo de terapia psicológica que se impartió se denomina "Terapia cognitivo conductual" y que consiste, básicamente, en identificar y modificar pensamientos irracionales y aprender habilidades de pensamiento racional. También se expuso que aprenderías el auto monitoreo y otras técnicas útiles para lograr apego a tu tratamiento, y que te entrenarían en relajación, auto refuerzo y/o auto premio y para hacer cosas que implique logro y/o placer personal.

En esta sesión se aclararon las reglas de trabajo grupal y aceptaste llevar a cabo los ejercicios grupales y las tareas para casa a fin de hacerte “experto” en lo que aprenderías en las sesiones.

Tu tarea fue comenzar a registrar las conductas que llevas a cabo para el tratamiento de la Diabetes Mellitus, y aceptaste llevar a cabo el registro a lo largo de todo el mes.

Es recomendable que lo sigas llevando a cabo aún después que ha concluido la intervención, pues es una buena forma de monitorear lo que haces para recordarte y motivarte a seguir tu tratamiento.

Segunda sesión:

Se expuso la relación entre pensamiento y emociones y conductas, y aprendiste a registrar los pensamientos irracionales que afecta la calidad de tu vida en uno a varios de los siguientes aspectos: Insatisfacción con el tratamiento, Impacto negativo del tratamiento, preocupaciones por efectos futuros de la enfermedad, preocupaciones sociales, vocacionales y/o laborales, y malestar emocional. Tu escogiste en que aspecto (s) querías trabajar con más ahínco en las sesiones.

Tercera sesión:

Aprendiste a modificar los pensamientos irracionales que afectan tu calidad de vida por medio del debate racional, en donde identificabas la evidencia a favor y en contra de tu pensamiento irracional para terminar concluyendo un pensamiento más equilibrado, que disminuye la intensidad de las emociones negativas y nos facilita conductas adecuadas para resolver los problemas.

Te quedó como tarea, durante el resto de las sesiones continuar con el registro y modificación de pensamientos irracionales que afectan tu calidad de

vida, haciendo hincapié en aquel aspecto que seleccionaste para trabajar con más ahínco en la tercera sesión.

Te recomiendo mucho que continúes haciendo el esfuerzo por registrar y modificar los pensamientos irracionales, aún después de concluir con la intervención. Recuerda que la práctica hace al maestro.

Cuarta sesión:

Aprendiste que las auto verbalizaciones o auto instrucciones positivas son frases que nos decimos a nosotros mismos para sentirnos bien porque aumentan la tolerancia a la frustración, detienen la auto denigración o auto devaluación y facilitan llevar a cabo conductas adecuadas para nuestra vida. En estas frases te dices a ti mismo que TU PUEDES..., que TU QUIERES.... y que TU HACES las cosas que te conviene hacer para estar y sentirte mejor a corto, mediano y largo plazo aunque impliquen una frustración inmediata. Además te recuerdas a ti mismo LO VALIOSO QUE ERES POR EL SOLO HECHO DE EXISTIR, para no cuestionar tu valía personal por tener una enfermedad, ni por ninguna otra situación o característica personal.

Quinta sesión:

Se expuso la información básica de la Diabetes y su tratamiento, y se resolvieron las dudas que planteaste (y que entregaste con antelación al "Buzón de dudas"). Posteriormente aplicaste los 11 PASOS VITALES para mejorar tu apego a tratamiento, elaboraste un plan ideal de tratamiento, y te enteraste de los resultados de la prueba de hemoglobina glucosilada que se te aplicó en un inicio, para evaluar los problemas y soluciones para el control metabólico que deseas.

Sexta sesión:

Esta sesión se dedicó a aprender las habilidades de pensamiento y conducta para prevenir y controlar la ansiedad: Identificación, paro y modificación de

pensamientos catastróficos (“Y si...”), y entrenamiento en respiración profunda y relajación de pares de músculos de Jacobson.

Séptima sesión:

Esta sesión se dedicó a aprender las habilidades de pensamiento y conducta para prevenir y controlar la depresión y el enojo: a) identificar, parar y modificar los pensamientos irracionales relacionados con depresión (pensamientos negativos acerca de si mismo, el mundo y el futuro, y tendencia a atribuir a si mismo las causas de los eventos negativos) y los relacionados con el enojo (pensamientos exagerados y catastróficos, y tendencia a atribuir a los demás las causas de los eventos negativos personales); b) practicar el auto reforzamiento o auto premio por conductas adecuadas (para la depresión); c) hacer cosas placenteras o que impliquen logro personal (para la depresión); y d) practicar la respiración y relajación muscular (para el enojo).

Octava sesión:

Se dedicó al repaso y solución de dudas acerca de la intervención, a la segunda evaluación y al cierre y despedida. ¡Muchas gracias por completar la evaluación, y nos vemos en tres meses para que te tomen nuevamente la Hemoglobina glucosilada!.

QUIERO RECORDAR:

La Tarea



RECUERDA:

La práctica hace al maestro...

Continúa evitando pensamientos rígidos, pesimistas, demandantes y/o catastróficos: olvida los “debo”, “tengo”, “Y si...(algo catastrófico)”, “nunca”, “siempre”, y cámbialos por “quiero”, “prefiero”, “ puedo tolerarlo”, “a veces”; No te culpes ni culpes a los demás; Nadie es “bueno” o “malo”, sino que hace cosas “correctas o adecuadas” o “incorrectas o inadecuadas”; No confundas prevenir o anticipar con angustiarse innecesariamente por el futuro; y **SOBRE TODO**, no pongas en tela de juicio **TU VALIA PERSONAL** ante ninguna circunstancia, **TU VALES POR EL SOLO HECHO DE EXISTIR**, aunque hagas cosas correctas o incorrectas, adecuadas o inadecuadas, estés enfermo (a) o no.

Recuerda que para identificar y modificar los pensamientos irracionales que deterioran tu calidad de

vida puedes utilizar las hojas de registro y modificación de pensamientos que ya sabes completar: PIENSA BIEN PARA SENTIRTE Y HACER BIEN.

Practica, lo mas seguido que puedas, HABLARTE BONITO para evitar la auto devaluación y aumentar tu tolerancia a la frustración: TU PUEDES, TU QUIERES Y TU LO HACES.

Continúa practicando el registro de conductas de auto cuidado y los 11 PASOS VITALES para recordar y motivarte de cumplir tu tratamiento.

Finalmente, sigue auto premiándote conductas adecuadas, haciendo cosas que te provoquen placer o que impliquen logro personal, y relajándote y respirando profundamente cuando te sientas angustiado (a) o enojado (a).

**TU CALIDAD DE VIDA ES UNA META DE TAN VÁLIDA
COMO EL COTROL METABÓLICO DE LA ENFERMEDAD**

Algo más...



***Algo para leer,
y continuar aprendiendo
a controlar tu enfermedad***

Para finalizar quiero recomendarte un Manual que contiene una guía para que las personas que padecen Diabetes Mellitus (o familiares, amigos o personal de salud) puedan formar grupos de apoyo que faciliten la adquisición de conocimientos y habilidades necesarias para controlar su enfermedad. Este Manual sería un complemento ideal de la terapia en la que haz participado, y los miembros del grupo de terapia, sus familiares y los profesionales de la salud interesados pueden ser los primeros integrantes de este nuevo grupo de auto ayuda: Un grupo de diabéticos optimistas, dirían los autores de este manual (o un grupo de personas racionales con Diabetes Mellitus).

El nombre del libro es: El Diabético Optimista. Manual para Diabéticos, Familiares y Profesionales de la Salud. Los autores son: Durán, L., Bravo, P., Hernández, M. y Becerra, J. Es publicado por la Editorial Trillas, y del año de 1997.

Otro Manual que podría ser de utilidad, este para que reafirmes tus habilidades conductuales y de pensamiento para controlar tus emociones negativas, es un libro intitulado: El Control de tu Estado del ánimo. De: Greenberger, D. y Padesky, C. Es publicado por la Editorial Piados, y del año 1998.

En este manual se encuentra una guía paso a paso para completar un programa de terapia cognitivo conductual para controlar el estado de ánimo, e incluye ejemplos clínicos y formatos para ejercicios y tareas para casa. Te lo recomiendo mucho.

**¡MUCHAS GRACIAS POR
PARTICIPAR EN ESTA INTERVENCIÓN!**

Anexo 12

Diaporama de la Intervención

Programa Mensual de Terapia Psicológica para mejorar la calidad de Vida de personas con Diabetes Mellitus Tipo II

Terapeuta:
Psic. Rebeca Robles

Co-terapeutas:
Elba, Tania, Paloma y César

Primera sesión

1. Presentación del grupo
2. Descripción de la intervención
3. Solución de dudas y expectativas de la intervención
4. Acuerdo de reglas de trabajo grupal
5. Entrega de Primera sesión
6. Tarea para casa

¿Por qué la Terapia Psicológica?

Diabetes



"El Estado psicológico del paciente es el quinto predictor de complicaciones y mortalidad en Diabetes Mellitus"

¿Por qué ésta Terapia Psicológica?

El bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus es una meta de tratamiento tan válida e importante como la de controlar los síntomas físicos de la enfermedad.

Descripción de la Intervención

Número de sesiones: 8 (dos horas cada una) con intermedio de 15 minutos en cada sesión, para descanso.

Tipo de Intervención: grupal (máximo 10 personas), breve y estructurada (manual).

Objetivo: Aumentar la Calidad de Vida, el bienestar psicológico y el control de la enfermedad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Evaluación de resultados: Se te solicitará que completes una serie de cuestionarios y tomes la HGL antes, después y a tres y seis meses de la intervención para probar si esta es efectiva.

Manual para usuarios: paso a paso, sesión por sesión

- **Primera sesión:** Presentación
- **Segunda y Tercera sesión:** Identificar y Modificar los pensamientos que ocasionan malestar físico, emocional y conductual.
- **Cuarta sesión:** Generación de pensamientos adecuados para aumentar la calidad de vida.
- **Quinta sesión:** Conocimientos acerca de la diabetes y su tratamiento y técnicas para mejorar el apego al tratamiento.
- **Sexta sesión:** Prevención y control de la ansiedad.
- **Séptima sesión:** Prevención y control de la depresión y del enojo.
- **Octava sesión:** Nuevo significado de la enfermedad
- **EVALUACIONES:** Inicio, Final, 3 y 6 meses.

Procedimiento: Técnicas que se aplicarán

- Las técnicas que se aplicarán serán aquellas que han demostrado ser efectivas para aumentar la adherencia a tratamiento, disminuir y prevenir síntomas de ansiedad, depresión y enojo y aumentar la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus Tipo II

Psicoeducación: Información para conocer y afrontar la enfermedad

- * La psicoeducación es una de las herramientas psicológicas más utilizadas en el tratamiento de la Diabetes Mellitus, y ha demostrado ser sumamente efectiva para que las personas aprendan a controlar su enfermedad.
- * La Psicoeducación consiste en informar a los pacientes y/o familiares acerca de que es y como se trata una enfermedad.
- * Los temas que se incluirán son: Definición y clasificación de la Diabetes, tratamiento (educación, alimentación, ejercicio, medicamentos y autocontrol), complicaciones agudas y crónicas, apoyo emocional, y cuidados por parte de otros especialistas

Auto monitoreo: Observar la propia conducta

- * El auto monitoreo es una técnica efectiva para modificar nuestras conductas y/o pensamientos no adaptativos, disfuncionales y/o incorrectos, que consiste en la observación y registro de esas conductas y/o pensamientos.
- * Esta técnica parte del supuesto de que la información o retroalimentación impulsa a las personas a modificar sus conductas emociones y/o pensamientos.
- * En la terapia se enseñará esta técnica con el propósito fundamental de aumentar la adherencia a tratamiento médico y el auto cuidado de la enfermedad; por lo que se te solicitará que diariamente registres las todas las conductas de auto cuidado que lèves a cabo.

Terapia Cognitiva: Pensar bien para hacer y sentirse bien

- * La reestructuración cognitiva es un conjunto de técnicas útiles para identificar y modificar los pensamientos, creencias, ideas, fantasías y/o imágenes que producen emociones negativas como la depresión, el enojo y la ansiedad; y a generar pensamientos racionales y adaptativos que impulsan conductas funcionales y bienestar físico y emocional.
- * Las técnicas principales son: el auto monitoreo y auto registro de situaciones, pensamientos y conductas relacionadas con la depresión y la ansiedad, el paro de pensamiento, el debate racional, auto verbalizaciones positivas o líneas de pensamiento racional, Autorrevelación afectiva, y técnicas de narrativa.

Auto reforzamiento: Un auto premio bien merecido

- * El auto reforzamiento se define como: Brindarse a sí mismo una consecuencia positiva por una conducta o actividad que ha llevado a cabo.
- * La consecuencia positiva, premio o reforzador puede variar de persona a persona. Cada quien habrá de seleccionar con anterioridad el premio que se dará cuando realice una conducta o actividad.
- * Esta técnica es útil para lograr refuerzo a conductas o actividades difíciles pero necesarias de realizar por las personas.
- * Cuando las personas son poco premiadas por su ambiente, pueden premiarse a sí mismas. Esta es una habilidad importante de aprender para aliviar y prevenir la tristeza y/o depresión.

Entrenamiento en Relajación: Cuerpo y mente relajados en minutos

- * El entrenamiento en relajación es una "clase" en donde se enseña a los participantes a relajar **TODOS** los músculos de su cuerpo.
- * En términos generales, el entrenamiento consiste en tensar y distender cada par de músculos del cuerpo, de la cabeza a los pies.
- * Es útil para prevenir y controlar la ansiedad.

Entrenamiento en Respiración: *Oxígeno y bienestar a cuerpo y mente*

Cuando somos bobes respiramos con el diafragma, proporcionando a nuestro cuerpo el oxígeno necesario y expulsando los tóxicos del organismo. Sin embargo, cuando crecemos generalmente comenzamos a respirar de manera cortada.

El Entrenamiento en Respiración es una "clase" en donde los participantes reaprenden como respirar profundamente.

Esto ha probado ser muy útil para lograr bienestar físico y psicológico en general, y para reducir la tensión muscular y la ansiedad en particular.

Tareas para casa: *La práctica hace al maestro*

Las tareas para casa son ejercicios que los participantes practican fuera de las sesiones del grupo. Estas tareas tienen la finalidad de lograr que las participantes desarrollen las habilidades que se enseñan en las sesiones.

Es por medio de la práctica constante que se hace un hábito de Auto reforzarse, relajarse, respirar profundamente y pensar racionalmente.

Las tareas se describen detalladamente en cada apartado de las ocho sesiones del Manual para el terapeuta y del Manual para las usuarias, y el terapeuta encargará la tarea de cada sesión y resolverá todas las dudas que tengan las participantes.

Reglas de trabajo grupal



1. **Asistencia puntual**
2. **Confidencialidad y apoyo grupal**
3. **Participación equitativa**
3. **Participación en los ejercicios prácticos y tareas para casa**

La Tarea

1. Lectura de "Primera sesión" del Manual para el usuario: Anotar dudas o comentarios acerca de la primera sesión.
2. Pensar y anotar: ¿Es importante para mí mejorar mi calidad de vida, además de aprender a controlar los síntomas físicos de mi enfermedad?
3. ¿Estoy dispuesto a invertir tiempo y esfuerzo en mejorar mi calidad de vida?
4. ¿Es posible vivir con adecuada calidad de vida y bienestar psicológico y emocional aunque padezca una enfermedad crónica como la Diabetes?
5. ¿Qué puedo hacer para mejorar mi calidad de vida?
6. ¿Quién es la o el responsable de que pienso, qué hago y do cómo me siento?
7. Autoregistro de conductas de autocuidado y apego a tratamiento

Este registro deberá completarse diariamente. Así, para la próxima sesión tendrán dos registros completos.

Segunda Sesión

1. Revisión de tarea para casa
2. Identificación de dimensiones de calidad de vida específicas para Diabetes Mellitus que se encuentran deterioradas en cada caso particular (con base en los resultados de los cuestionarios de calidad de vida DQOL y PECVEC).
3. Desarrollo de programa de trabajo individual.
4. Análisis de la relación que existe entre el pensamiento y las conductas y emociones humanas.
5. Identificación de las creencias, emociones y conductas relacionadas con cada dimensión de su calidad de vida.
6. Analizar las estrategias para modificación de pensamientos, conductas y emociones desadaptativas o disfuncionales.
7. Tarea para casa

Calidad de Vida y Diabetes Mellitus

1. Satisfacción con el tratamiento de la enfermedad
2. Impacto del tratamiento de la enfermedad
3. Preocupación acerca de los efectos futuros de la Diabetes
4. Preocupación acerca de los aspectos sociales y vocacionales.
5. Bienestar psicológico

Programa individual

¿Cuál es tu caso?, ¿Qué dimensiones de tu calidad de vida se encuentran deterioradas?, y por lo tanto?, ¿En que aspectos de tu calidad de vida habrás de trabajar con mayor constancia en esta intervención?:

Ejercicio página 23 Manual para usuarios

Pensar bien para sentirse bien

- "No son las cosas que nos pasan las que nos afectan, sino lo que pensamos de ellas"
Epicteto

Situación	Pensamiento	Emoción y Conducta
Atrazo (1 hora de hora) o esposa(o)	"Y el choco y algo más le sucedió... Y yo no podí hacer nada, será fatal"	Ansiedad Hiper actividad
	"Seguro no viene por que ya no me quiere, como no le importo hasta se le olvidó"	Tristeza Hipo actividad
	"Esto seguro ya sé fue con sus amigos y a mí no me respetó. Que injusto es conmigo... Me quiere ver la cara..."	Enojo Hiper actividad
	"Es probable que haya mucho tráfico como en la otra ocasión que llegó tarde"	Tranquilidad Actividad normal

Terapias Cognitivas

A. Bock = Terapia Cognitiva
A. Ellis = Terapia Racional Emotiva

Pensamientos lógicos irracionales o automáticos
↓
Emociones y Conductas negativas y desadaptativas

Pensamientos lógicos y racionales
↓
Emociones y Conductas adaptativas (tranquilidad vs. Ansiedad o tristeza vs. Depresión, y conductas adecuadas)

Terapia Cognitiva

- **Pensamientos irracionales o automáticos desadaptativos:** Comandos rígidos, demandas exigencias o castigos/trópicos, con base en los cuales se interpretan las cosas que suceden.

- Debo, Deberían, Deben (vs. Quiero)
- Tengo que, Tienen que (vs. Prefiero)
- Nunca, Jamás, Siempre (vs. A veces)

- **Pensamientos racionales:** Interpretaciones basadas en evidencias o datos (apogadas a la realidad)

↓
Emociones de baja intensidad
(Alergia o miedo vs. Pánico o ansiedad)

↓
Conductas adaptativas
(solución de problemas)

Procedimiento

- 1) Enseñar relación entre pensamiento y emociones y conductas
 - Modelo ABC de la TREC
 - A = Antecedente
 - B = Bogaie de creencias
 - C = Consecuencias emotivas y Conductuales
- 2) Identificar pensamientos irracionales y/o automáticos relacionados con el problema
 - Imaginación, Registro de Pensamiento
- 3) Modificar los pensamientos irracionales y/o automáticos (cambiar por pensamientos lógicos y adaptativos).
 - Debate racional, diálogo socrático, etc.

Hoja de Auto Registro de Pensamientos con Guía de preguntas: Ejemplo de Martha en la Pág. 33 de Manual

A* Antecedente o Emoción ¿Qué pasó?	B* Pensamiento, Idea, emoción irracional y automática ¿Qué pienso?	C* Consecuencia Emocional ¿Qué siento?	C* Consecuencia Conductual ¿Qué hago?
¿Qué (¿A?) ¿Cuándo? ¿Dónde?	¿Qué (¿B?) ¿Cuándo? ¿Dónde?	¿Qué (¿C?) ¿Con qué intensidad de 0-100% lo siento?	¿Qué (¿C?) ¿Qué hago? ¿Con qué frecuencia?
Antes no he ido guiso a casa. Mi mamá y sus hermanas se van a la noche. Estoy esperando desde hace una hora por que quito de traer la cena a casa.	Es ya en mi quien que que estoy reflexo, y yo no sé a que voy nada. Seguramente así con sus amigos, con ellos si se le pasó bien... y no se acordó de que quito así tener algo de comer... Yo no importa, quien que me comió, está maldecir. ¿Con qué intensidad me lo voy a sentir de todas maneras? Yo no importa más, sólo estar reflexo... Si sólo me importa si se quiere.	Tristeza (70%) Enojo (30%)	Estimo, me quedo dormida, yo me canso y me me mudo la frecuencia en sueño.

La Tarea

1. Registro de pensamientos que deterioran cada una de las dimensiones de tu calidad de vida:

- 1.1. Insatisfacción con el Tratamiento de la enfermedad.
- 1.2. Impacto del tratamiento de la enfermedad.
- 1.3. Preocupaciones por efectos futuros de la enfermedad.
- 1.4. Preocupaciones por aspectos sociales o vocacionales (de relaciones Interpersonales, aspectos laborales (en el trabajo, o escolares).
- 1.5. Deterioro de bienestar psicológico.

2. Registro de conductas de auto cuidado.

(Hojas de registro en el manual para usuarios, sesión 1 y 2)

Algo más:

El segundo paso de Martha (pág. 36 de Manual para usuarios)

¿Antes que me enfermase?	¿En momentos de insatisfacción con el tratamiento de mi enfermedad?	¿En momentos de preocupación por el futuro de mi enfermedad?	¿En momentos de preocupación por aspectos sociales o vocacionales?	¿En momentos de preocupación por aspectos laborales (en el trabajo, o escolares)?	¿En momentos de preocupación por aspectos psicológicos?
¿Qué sentí antes de enfermarme?	¿Qué sentí antes de enfermarme por insatisfacción con el tratamiento de mi enfermedad?	¿Qué sentí antes de enfermarme por preocupación por el futuro de mi enfermedad?	¿Qué sentí antes de enfermarme por preocupación por aspectos sociales o vocacionales?	¿Qué sentí antes de enfermarme por preocupación por aspectos laborales (en el trabajo, o escolares)?	¿Qué sentí antes de enfermarme por preocupación por aspectos psicológicos?
¿Cómo era mi vida antes de enfermarme?	¿Cómo era mi vida antes de enfermarme por insatisfacción con el tratamiento de mi enfermedad?	¿Cómo era mi vida antes de enfermarme por preocupación por el futuro de mi enfermedad?	¿Cómo era mi vida antes de enfermarme por preocupación por aspectos sociales o vocacionales?	¿Cómo era mi vida antes de enfermarme por preocupación por aspectos laborales (en el trabajo, o escolares)?	¿Cómo era mi vida antes de enfermarme por preocupación por aspectos psicológicos?
¿Qué sentí antes de enfermarme por preocupación por aspectos sociales o vocacionales?	¿Qué sentí antes de enfermarme por preocupación por aspectos laborales (en el trabajo, o escolares)?	¿Qué sentí antes de enfermarme por preocupación por aspectos psicológicos?	¿Qué sentí antes de enfermarme por preocupación por aspectos laborales (en el trabajo, o escolares)?	¿Qué sentí antes de enfermarme por preocupación por aspectos psicológicos?	¿Qué sentí antes de enfermarme por preocupación por aspectos laborales (en el trabajo, o escolares)?

Tercera sesión

1. Revisión de tareas: Registro de pensamientos relacionados con el deterioro de calidad de vida, y registro de conductas de auto cuidado.

2. Análisis Grupal: "Pensamientos Irracionales relacionados con el deterioro de nuestra calidad de vida".

3. Ejercicio Estructurado: "Modificación de pensamientos Irracionales y/o automáticos relacionados con el deterioro de la calidad de vida".

4. Tarea para casa: "Paro y modificación de pensamientos Irracionales relacionados con el deterioro de mi calidad de vida".

Creencias Irracionales frecuentes en DM II

- 1) Las pruebas de glucosa bastan mis dedos
- 2) Mis hijos heredarán la diabetes
- 3) Nadie se quiere casar conmigo
- 4) No es justo que tenga que estar pensando en la diabetes todo el tiempo
- 5) Tener el azúcar alto o bajo me hace sentir deprimido
- 6) Debo seguir tomando azúcar hasta que ya no tenga síntomas para que no vuelva a darme otro episodio de hipoglucemia.
- 7) Las complicaciones son "bombas de tiempo" esperando para explotar.
- 8) Estoy harto (a) y cansado (a) de cuidarme de la diabetes.
- 9) Debo mantener un secreto mi diabetes por que si no perderé a mis amigos.
- 10) Siento como que el doctor nos juzga.
- 11) Nuestro seguro no cubre los gastos de la diabetes (tratamiento, educación, etc).
- 12) No tolero estar enfermo (a).
- 13) Debo mantener un secreto mi diabetes por que si no nadie se fijará o se enamorará de mí y/o no querrán estar o casarse conmigo.
- 14) Soy una persona menos valiosa por que estoy enfermo (a).
- 15) Debo mantener un secreto mi diabetes por que si no me correrán de la escuela o del trabajo (o no me darán empleo).

¿Cuáles son los pensamientos irracionales que se relacionan con el deterioro de tu calidad de vida?

(Ejercicio pág. 39 de manual para usuarios)

- 1) **Pensamientos Irracionales relacionados con Insatisfacción con el tratamiento:**
- 2) **Pensamientos Irracionales relacionados con el impacto del tratamiento:**
- 3) **Pensamientos Irracionales relacionados con efectos futuros de la enfermedad:**
- 4) **Pensamientos Irracionales relacionados con aspectos sociales o vocacionales:**
Aspectos sociales: _____
Aspectos laborales y/o escolares: _____
- 5) **Pensamientos Irracionales relacionados con problemas psicológicos o emocionales:**

Modificación de pensamientos

- a) Se identifican los pensamientos,
- b) Se analiza la evidencia o hechos concretos que apoyan ese pensamiento o conclusión,
- c) Se analiza la evidencia en contra de ese pensamiento conclusión,
- d) Se generan pensamientos alternativos, racionales, lógicos, y
- e) Se vuelve a valorar el estado emocional en el que uno se encuentra pensando de forma racional.

Hoja de Modificación de Pensamientos con Guía de Preguntas:
El ejemplo de Francisco (Pág. 42 de Manual para Usuarios)

Así como yo soy o pienso	En pensamientos automáticos					
¿Qué? ¿Cómo? ¿Cuándo?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?
¿A la hora de la comida, me siento cansado y triste?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?
¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?
¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?	¿Qué emoción siento en este momento? ¿Qué emoción siento en este momento?

La tarea

- Modificación de pensamientos que deterioran cada una de las dimensiones de tu calidad de vida:
 - 1.1 Insatisfacción con el Tratamiento de la enfermedad.
 - 1.2 Impacto del tratamiento de la enfermedad.
 - 1.3 Preocupación por efectos futuros de la enfermedad.
 - 1.4 Preocupaciones por aspectos sociales y/o laborales y/o vocacionales.
 - 1.5 Problemas psicológicos o emocionales (que deterioran el bienestar psicológico).
- Registro de pensamientos relacionados con el deterioro de calidad de vida.
- Registro diario de conductas de auto cuidado

Algo más

- El problema de Fondo: Cuestionar la propia valía personal.
- "Una persona no vale menos o más por tener o no tener algo, o por estar o no enferma"
- Solución definitiva: No cuestionar la propia valía personal: Un cambio ideológico de fondo.

Cuarta sesión

- Revisión de tarea para casa.
- Conferencia: Auto verbalizaciones o líneas de pensamiento positivas: Hablarnos bien para hacer y sentirnos bien.
- Ejercicio Estructurado: "Generando auto verbalizaciones positivas para aumentar mi calidad de vida".
- Tarea para casa.

"Generando auto verbalizaciones positivas para aumentar mi calidad de vida"

Ejercicio Estructurado: Pág. 48 de Manual para Usuarios:

- con apartado para generar auto verbalizaciones positivas para cada dimensión de calidad de vida relacionada con la Diabetes Mellitus.
- Con preguntas guía para generación de auto verbalizaciones positivas personales.

Ejemplo:

Auto verbalizaciones para aumentar la satisfacción con mi tratamiento:
 ¿Hay cosas de llevar a cabo mi tratamiento? ¿Puedo llevar a cabo y seguir el tratamiento (medicación, dieta, ejercicio)? ¿Qué ventajas o beneficios obtengo de mi tratamiento? ¿Es adecuado el tratamiento que me indican para mi enfermedad? ¿Facto la atención necesaria para controlar mi enfermedad? ¿Es fácil de entender y llevar a cabo mi tratamiento? ¿Puedo controlar mi enfermedad y evitar complicaciones mayores con mi tratamiento? ¿El mejor hacer el esfuerzo por seguir mi tratamiento que no hacerlo?, etc.)

Ejemplo de Aceptación racional de la enfermedad

" Realmente no me gusta ocupar todo este tiempo y esfuerzo en el tratamiento de mis dificultades o incapacidades, y desearía no tener que hacerlo. Pero lo hago. Es difícil hacer muchas cosas para conservarme relativamente saludable, pero es mucho más difícil y a la larga mucho más doloroso si no hago estas cosas. No existe una razón para que tenga que ser más fácil de hacer que como yo lo hago. No es cierto que yo esté más afligido que lo que muchas otras personas están. Yo estoy tan afligido como yo estoy. El sufrimiento existe en el mundo, para mí y para todos los demás, por que existe. Tan malo como es, pero existe. No puedo cambiar mis incapacidades pero puedo vivir con ellas, y lo hago. Puedo reducirlas en alguna medida y lo hago".

Traducción de C. M. A. (1987). Using Rational Emotive Behavior Therapy Techniques in COPE With Diabetes. Professional Psychology: Research and Practice, Vol. 20, No. 1, 17-22.

La Tarea

- 1. Auto verbalizaciones positivas
- 2. Registro y Modificación de Ideas Irracionales
- 3. Auto registro de Conductas de auto cuidado.

Algo Mas...

*"El cómo de la racionalidad:
"Puedo ver las ventajas de mi enfermedad"*

"Yo comencé a hacer esto con mi mayor incapacidad... Desde que tenía 19 años comencé a tener problemas para leer y fue que usar lentillas... que me dejaron la "vista cansada" ... probablemente por mi condición de glucosuria renal... Hoy, después de medio siglo me encuentro claramente incapacitado por mi vista cansada crónica... Así que acepté estóicamente mi vista cansada y algo viviendo con ella: Puedo leer por más de 20 minutos al día, y generalmente cierro los ojos cuando no estoy leyendo, trabajando o haciendo algo para lo que deba tener mis ojos abiertos... Mi lentificación me ha acompañado durante mi trabajo como terapeuta (psicólogo) por muchos años. He visto a más pacientes que casi todos los terapeutas en el mundo... Generalmente veo a pacientes en grupos o individualmente de las 9:30 a.m. a las 11:00 p.m., con un par de horas para comer... Así que en la semana veo a 80 pacientes de forma individual y he 40 grupos... He conducido la mayoría de las sesiones de terapia con mis ojos prácticamente cerrados... Y aunque he experimentado algunas limitaciones reales, también he obtenido ventajas, como: 1) Con mis ojos casi cerrados me he podido enfocar más a lo que los pacientes me dicen... y puedo estar más relajado... 2) mi actitud relajada ayuda a los pacientes durante la sesión a concentrarse en sus problemas... y 3) Algunos de mis pacientes se dan cuenta de mis incapacidades o dificultados personales... y se dan cuenta de que no me dejen venir por ellas, y que tengo el coraje para aceptar lo que no puedo cambiar... Entonces ellos me usan como un ejemplo saludable y se dan cuenta de que ellos también pueden trabajar rápidamente para vivir satisfactoriamente a pesar de sus dificultades..."

Quinta sesión

■ Objetivos y Actividades

- 1. Información y solución de dudas acerca de la Diabetes y su tratamiento
- 2. Programa PASOS VITALES para aumentar la adherencia a tratamiento
- 3. Entrega y Evaluación de Resultados de Prueba de Hemoglobina Glucosilada

¿Qué es la Diabetes?

- * La Diabetes es una enfermedad metabólica de curso crónico que se caracteriza por la reducción de la capacidad del cuerpo para transformar la glucosa (azúcar) en energía.

Existen dos tipos de Diabetes:

1) La Tipo I o insulino dependiente,

que afecta principalmente a niños y a menores de 30 años. En este tipo de Diabetes el páncreas produce muy poca o ninguna insulina, por lo que el paciente sufre a través de inyecciones de esta hormona; y

2) la mas frecuente: Diabetes Tipo 2,

que afecta principalmente a personas mayores de 40 años, y en cuyo caso el cuerpo produce insulina pero no en la cantidad adecuada, y su acción es insuficiente, por lo que los pacientes no requieren necesariamente de la aplicación de insulina.

Tratamiento

- * **Educación:** Es la base del tratamiento ya que ayudará al paciente adquirir conductas de auto cuidado, y corregir y conductas inadecuadas con el fin de lograr el control de la enfermedad, evitar al máximo la aparición o progresión de complicaciones y mejorar su calidad de vida.
- * **Alimentación:** En tanto que la Diabetes es un desorden metabólico que impide al cuerpo el aprovechamiento adecuado de algunos nutrientes, se puede balancear la alimentación de manera que se ayude a lograr un buen control de la glucosa.
- * **Ejercicio:** Es muy importante que el paciente haga ejercicio para que el cuerpo aproveche la energía dando como resultado una sensación de bienestar y mejor control de la diabetes.
- * **Tratamiento Médico:** Incluye visitas periódicas con el médico especialista quien determinará el tratamiento con medicamentos adecuado para el paciente: pastillas (hipoglucemiantes orales), o pastillas o insulina, o insulina.

Alimentación

- La alimentación adecuada permite el control de la diabetes.
- * Los planes de alimentación deben ser individualizados, tomando en cuenta la edad, peso, talla, estilo de vida, gustos, capacidad económica y objetivos personales.
- * Las metas de un plan de alimentación son:
 - 1) Mantener las cifras de glucosa lo más cercano a lo normal,
 - 2) Prevenir complicaciones agudas (hiperglucemia e hipoglucemia),
 - 3) Prevenir el desarrollo de complicaciones crónicas,
 - 4) Alcanzar niveles óptimos de grasas en sangre,
 - 5) Proporcionar la cantidad adecuada de calorías,
 - 6) Proporcionar los nutrientes necesarios para mantener la salud, y
 - 7) mantener un peso corporal adecuado.

Nutrientes:

Sustancias de las cuales se forman los alimentos:

- 1) **Hidratos de carbono:** Fuente principal de energía. Debe constituir del 50 al 60% del aporte calórico en nuestra alimentación.
Existen dos tipos:
a) **Hidratos de Carbono simples:** cuando los ingerimos aumentan rápidamente la glucosa en la sangre, se encuentran en la fruta, dulces, refrescos, y son los que se recomienda tomar en caso de hipoglucemia.
b) **Hidratos de carbono complejos:** aumentan más lentamente la glucosa y se encuentran en galletas, papas, cereales. Se recomiendan para las colaciones.
- 2) **Proteínas:** Nutriente que nos ayuda al crecimiento y a reparar tejidos. Se encuentra en los productos de origen animal (carne, leche, huevo), y en cereales o leguminosas.

Nutrientes:

Sustancias de las cuales se forman los alimentos:

- 3) **Grasas:** Son la fuente de energía más concentrada que contienen los alimentos. Existen tres tipos: a) **Saturada** (de origen animal) que hay que tratar de evitar por salud, b) **Insaturada** (de origen vegetal), y c) **Monosaturada** (de origen vegetal) y que no contienen colesterol (protegen al corazón): aguacate, nueces, cacahuete, semillas de girasol, sésamo y ajonjolí.
- 4) **Fibras:** Son hidratos de carbono que forman parte de la estructura de las frutas, vegetales, cereales y leguminosas, que actúan en el intestino absorbiendo parte de la glucosa y grasa antes de que pase a la sangre. SON MUY IMPORTANTES EN LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS CON DIABETES.
Existen dos tipos:
a) **Soluble:** se encuentra en leguminosa y frutas, y ayuda a controlar niveles de glucosa y colesterol en el cuerpo; y
b) **Insoluble:** Se encuentra en los alimentos integrales y salvado (cáscara de los cereales).

Nutrientes:

Sustancias de las cuales se forman los alimentos:

- 5) **Agua:** Nutriente que se requiere en mayor cantidad y que constituye el 60-80% del peso corporal.
- 6) **Vitaminas y nutrientes inorgánicos (minerales):** Los requerimientos de vitaminas y minerales son pequeños y generalmente se cubren con una alimentación balanceada. Por eso es importante consumir frutas, verduras y cereales.
- 7) **Alcohol:** En términos generales no es recomendable para una persona con Diabetes. El alcohol no se convierte en glucosa (una pequeña parte se utiliza como energía y el resto se almacena como grasa). El consumo moderado de alcohol puede llegar a afectar el control de glucemia, sobre todo si la persona tiene problemas hepáticos o renales.

Plan de Alimentación: Recomendaciones

- * Alcanzar y conservar el peso ideal
- * No endulzar ningún alimento con azúcar
- * No consumir refrescos no dietéticos, dulces ni pastelería
- * Evitar alimentos fritos, capeados o empanizados
- * Evitar alimentos ricos en colesterol (tercera semana máximo 300 mg. al día)
- * Disminuir el consumo de sal con un máximo de 3 gr. al día
- * No añadir, quitar o cambiar las raciones que no sean del mismo grupo de alimentos, en la dieta que indique su médico.
- * Tomar suficiente agua (mínimo 8 vasos al día)
- * Consumir alimentos altos en fibra
- * Utilizar sustitutos de azúcares para endulzar los alimentos
- * Consumir carbohidratos complejos
- * El consumo de proteínas puede ser menor del que generalmente se acostumbra.

Una alimentación balanceada está conformada por: 50-60% de hidratos de carbono, 12-20% de proteínas, 25-30% de grasas (y solo el 10% de grasas debe ser de origen animal).

Ejercicio



- * El ejercicio mejora el funcionamiento cardiovascular, disminuye los niveles de glucosa en sangre, baja los niveles de Hemoglobina glicosilada, disminuye las grasas en sangre (colesterol y triglicéridos), mejora la sensibilidad a la insulina, quema calorías lo que ayuda a perder peso, reduce el estrés, y produce una sensación de bienestar y mejoría del estado del ánimo.
- * Antes de iniciar cualquier tipo de ejercicio es importante la valoración médica, para disminuir cualquier riesgo para la salud (Se recomienda el electrocardiograma, la prueba de esfuerzo, una valoración de la función renal y del fondo de ojo). Hay algunas contra indicaciones médicas para hacer ejercicio, como la presencia de complicaciones crónicas (neuropatía, nefropatía, retinopatía o enfermedad cardiovascular).

Ejercicio

NO DEBES HACER EJERCICIO SI:

- 1) Tu glucosa está arriba de 250 mg/dl y hay cetonas en orina, pues aumentarás las concentraciones de glucosa en sangre, y
- 2) Si tienes alguna infección, gripa, abscesos o un estado emocional alterado.

Ejercicio: Recomendaciones

- Es muy importante que las personas con diabetes hagan ejercicio diariamente para mejorar el control glucémico.
- * Checar la glucemia, antes, durante y después del ejercicio
- * Traer consigo algún tipo de azúcar, dulces, jugos o refrescos no dietéticos y frutas.
- * No iniciar el ejercicio con la glucosa debajo de 100 mg/dl
 - Es preferible realizar ejercicio 90 minutos después de las comidas principales
- * Avisar al entrenador o maestro que tiene diabetes e instruirlo para ayudarla en una emergencia.
 - Traer una identificación o placa con datos
 - Estar bien hidratado
 - Emplea poco a poco si no acostumbrabas realizarlo
- Es muy importante que antes de iniciar un programa de ejercicio consultes a tu médico
 - * Escoge un ejercicio que te agrade
 - * Usa ropa cómoda y zapatos adecuados
- * No tomes el ejercicio como una obligación, si no como una diversión

Medicamentos

La insulina: Es una hormona que se produce en las células beta del páncreas, permite la entrada de la glucosa en las células de nuestro cuerpo, que se usa como combustible. Cuando el páncreas no produce insulina es necesario proporcionársela por medio de inyecciones. Las personas con Diabetes Mellitus Tipo II pueden llegar a requerir de algunas inyecciones de insulina en caso de que la alimentación o las pastillas (hipoglucemiantes orales) no estén funcionando bien o de manera temporal durante una infección grave o una cirugía. Para comprar insulina hay que tomar en cuenta su concentración y tiempo de acción.

Medicamentos

Las pastillas (hipoglucemiantes orales): Las pastillas hipoglucemiantes no son insulina, son sustancias químicas que ayudan entre otras cosas a producir más insulina y a utilizarla eficientemente para reducir la glucosa en sangre. Hay diferentes tipos de hipoglucemiantes orales y solo el médico puede determinar cuál es el mejor para ti. Se recomienda su uso en pacientes con diabetes tipo II.

El médico es el UNICO que puede cambiar la dosis.

NO OLVIDES TOMAR LA PASTILLA y evita saltarte comidas para disminuir el riesgo de hipoglucemia

Auto monitoreo de Glucosa Capilar

Es la medición de la glucosa capilar realizada por el propio paciente en diferentes momentos del día. La frecuencia en que debe realizarse depende del tipo de diabetes y del grado de control que se desea lograr.

Recomendaciones:

1. Medir antes de las comidas principales (desayuno, comida y cena)
2. Medir dos horas después de los alimentos (tomando en cuenta la hora en que empezó a comer)
3. Medir a las 10 de la noche, sobre todo si se realizó actividad física extra de lo habitual
 4. Medir cada 3 o 4 horas si estás enfermo (a)
 5. Medir antes durante y después de hacer ejercicio

Ventajas:

1. Ayuda al médico a ajustar la dosis de insulina o de pastillas
2. Permite decidir la aplicación de insulina rápida en emergencias (infecciones, traumatismos, estrés)
3. Ayuda a corregir errores en la alimentación y ejercicio
4. Ayuda a obtener un mejor control de la enfermedad

Auto monitoreo de Glucosa Capilar

Equipo: Lancetas estériles, dispositivo para la lanceta, frasco de tiras reactivas, material de aseo (agua y jabón) y glucómetro (fíjate que las tiras reactivas sean fáciles de encontrar)

Procedimiento: Lavarse las manos, secarlas bien, frotar el dedo hacia la punta como "ordeñándolo", "pinchar" el dedo en la parte lateral hasta obtener una gota de sangre, depositar la muestra de sangre en la tira reactiva sin tocarla ni "embarrarla" (sólo dejarla caer), tomar el tiempo, limpiar, comparar los resultados de acuerdo a las instrucciones del frasco. Si tienes un glucómetro sigue sus instrucciones de uso (cada marca funciona diferente).

Medición de cuerpos cetónicos

Cuando falta insulina se producen en gran cantidad y se eliminan por la orina, y si se tiene la glucosa en sangre arriba de 250 mg/dl o cuando hay otra enfermedad (infecciones, estrés, cirugía). Existen varias marcas de tiras reactivas para medir la cetona en orina. Es conveniente tenerlas a la mano en casa.

Recomendación:

Medir en caso de que la glucosa en sangre está por arriba de 250 mg/dl o cuando hay otra enfermedad (infecciones, estrés, cirugía). Existen varias marcas de tiras reactivas para medir la cetona en orina. Es conveniente tenerlas a la mano en casa.

IMPORTANTE: Cuando hay presencia de cuerpos cetónicos en orina y glucosa elevada es sangre se requiere de atención médica inmediata.

Hemoglobina Glucosilada:

- Es otra prueba que indica cual ha sido el control de la glucosa.
- Indica el porcentaje promedio de glucosa en sangre en los últimos 3-4 meses.
- Se considera la mejor prueba de control metabólico.
- Al final de la sesión se te darán a conocer los resultados de la prueba de Hgl que se te tomó gratuitamente al inicio de la intervención.
- Se aplicará gratuitamente en tres meses a los participantes de esta intervención.

Complicaciones crónicas (pág. 59-61)

- Hipoglucemia
- Hiperglucemia
- Cetoadicidosis
- Síndrome Hiperosmolar no cetónico
- Neuropatía
- Pie Diabético
- Retinopatía
- Nefropatía

- » ¿Por qué suceden?
- » ¿Cómo me doy cuenta? (síntomas)
- » ¿Qué puedo hacer? (tratamiento y recomendaciones)

Factores que predisponen a complicaciones crónicas

1. Mantener niveles de glucosa en sangre elevados por mucho tiempo
2. Tener presión arterial alta
3. Tener altas las grasas en sangre (triglicéridos y colesterol)
4. Fumar
5. Tomar alcohol
6. No hacer ejercicio

¿Qué puedo hacer para retardar la aparición de Complicaciones severas? (pág. 61)

1. Aprender continuamente sobre el manejo y cuidado de la diabetes
2. Mantener los niveles de glucosa en sangre lo más cercano a lo normal
3. Visitar al médico con frecuencia
4. Visitar al dentista al menos 1 vez al año.
5. Llevar un estilo de vida equilibrado
6. Llevar una especie de diario donde anotar los niveles de glucosa en sangre o cetonas
7. Tomarse con frecuencia la presión arterial
8. Medir los niveles de grasas en sangre (colesterol, triglicéridos) por lo menos una vez al año
9. Medir la hemoglobina glucosilada cada tres meses
10. Mantener un peso adecuado
11. Examinar los pies y la piel diario, mantener los pies hidratados
12. Acudir con el oftalmólogo para chequear fondo de ojo por lo menos una vez al año, y 2 o 3 veces al año si existe algún problema.
13. Hacer una deposición de creatinina en orina de 24 hrs. Para chequear los riñones por lo menos una vez al año.
14. Acudir al psiquiatra para tratar cualquier problema de vías mentales y conductuales (para evitar prácticas caseras que podrían ocasionar una hipoglucemia)
15. Acudir con un nutricionista para hacer ajustes en la alimentación, en caso de que sea posible.
16. Evitar emociones fuertes (tensión, angustia, enojo, depresión), y acudir con el psicólogo o psiquiatra si es posible y si las emociones son difíciles de controlar.

Programa de Adherencia a Tratamiento

- 11 pasos para mejorar la adherencia o apego a tratamiento de enfermedades crónicas
 - Psicoeducación
 - Modificación de Ideas Irracionales
 - Plan para acudir a citas con el médico
 - Resolver problemas de comunicación con el médico
 - Conocimiento y solución de efectos colaterales
 - Plan para adquisición de medicamentos
 - Plan para consumo de medicamentos
 - Plan para conservación y transporte de medicamentos
 - Señales o recordatorios físicos
 - Señales o recordatorios verbales
 - Solución de olvidos

Ejercicio: pág 62.

Para muestra un botón

- El caso de Elizabeth (pág. 65)
- Auto Instrucciones y recompensas para facilitar el cumplimiento del tratamiento



La Tarea

- Hacer tu propio plan de tratamiento: PASOS VITALES
- Repaso de auto verbalización positiva
- Registro y modificación de pensamientos irracionales que deterioran tu calidad de vida
- Registro diario de conductas de auto cuidado

Algo más...

- CONOCER PARA MEJORAR:
– Análisis de Resultados de Hgl.

Hemoglobina Glucosilada	Valores de Glucosa
5%	90 mg/dl
6%	120 mg/dl
7%	150 mg/dl
8%	180 mg/dl
9%	210 mg/dl
10%	240 mg/dl

Tabla para evaluación: pág. 71
Guía para auto evaluación: pág. 71
RECORDATORIO: Próxima evaluación

Sexta sesión

- Revisión de la tarea para casa de la quinta sesión.
- Técnicas cognitivas para prevenir y controlar la ansiedad: Identificación, Paro y/o Modificación de Pensamientos Irracionales relacionados con la ansiedad: "Y si...."
- Técnicas conductuales para prevenir y controlar la ansiedad: Entrenamiento en respiración profunda y relajación de pares de músculos de Jacobson.

ANSIEDAD: UN MIEDO ILÓGICO

- Diferencia entre síntomas y trastornos de ansiedad.
- Trastornos de ansiedad: 5% de la población general.
- Síntomas de ansiedad: Síntomas físicos (taquicardia, sudoración, etc.) y psicológicos (sensación de temor ilógico, intenso y duradero)
- Trastornos de ansiedad: Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de Pánico, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Fobia simple, Fobia Social, Trastorno por Estrés Posttraumático.
■ El tratamiento ideal de los trastornos de ansiedad es Psicoterapia Cognitivo Conductual + medicamento.
- Las Técnicas de Terapia Cognitivo Conductual pueden ser útiles para prevenir trastornos de ansiedad y eliminar sintomatología ansiosa.

Manejo de estrés y prevención/control de ansiedad

- Identificar, detener y modificar los pensamientos irracionales y automáticos relacionados con la ansiedad:
 - Anticipación y Planeación vs. Pensamientos de futuro catastrófico
 - "Y si.... (algo catastrófico)" cambiar por "PUEDO TOLERARLO"
- Respiración profunda:
 - Relación entre ansiedad y respiración (hiperventilación)
 - Respiración diafragmática: Inhalar lentamente, durante 7 segundos "inflando el estómago", y exhalar lentamente durante 7 segundos "desinflando el estómago".
- Relajación
 - Relajación de pares musculares de Jacobson
 - Tensar y relajar cada par de músculos del cuerpo, en dos ocasiones de la cabeza a los pies.
 - Relajación autógena, etc.

Entrenamiento en Respiración: Oxígeno y bienestar a cuerpo y mente

- El Entrenamiento en Respiración es una "clase" en donde las participantes reaprender como respirar profundamente. Cuando somos bebés respiramos con el diafragma, proporcionando a nuestro cuerpo el oxígeno necesario y expulsando los tóxicos del organismo. Sin embargo, cuando crecemos generalmente comenzamos a respirar de manera cortada. Con este entrenamiento reaprendemos la respiración diafragmática. *
- Esto ha probado ser muy útil para lograr bienestar físico y psicológico en general, y para reducir la tensión muscular y la ansiedad en particular.
- Es importante que las participantes ensayen diariamente la respiración profunda para lograr respirar de esta manera de forma habitual, y para cuando se quiera relajarse y disminuir la ansiedad.

Ejercicio pág. 75

Entrenamiento en Relajación: Cuerpo y mente relajados en minutos

- * El entrenamiento en relajación es una "clase" en donde se enseña a los participantes a relajar **TODOS** los músculos de su cuerpo.
- * Este entrenamiento es útil para disminuir la ansiedad.
- * En términos generales, el entrenamiento consiste en tensar y distender cada par de músculos del cuerpo, de pies a cabeza.
- * Es importante que lo que se aprenda en la sesión de entrenamiento se practique todos los días, muchas veces, para que después, uno pueda relajarse en unos cuantos minutos.

Relajación Muscular (pag 27)

Grupos musculares	Ejercicios
Muñecas y antebrazos dominantes	Se aprietan los dedos.
Muñecas y antebrazos no dominantes	Se aprieta el pulgar contra el índice del otro.
Muñecas, antebrazos y brazos no dominantes	Igual que el miembro dominante.
Manos y dedos	Se levanta del suelo un "bloqueo de papeles".
Codo y codo	Se aprieta el codo al mismo nivel que el brazo lo aprieta.
Brazo y mandíbula	Se aprietan los dedos aprieta el dedo. En ambiente de la boca hasta los oídos. Se aprieta la boca hacia fuera. Se abra la boca. Se abra hacia la derecha. Se abra a todo lo largo de la boca hacia dentro. Se abra hasta salir.
Codo	Se abra hacia la derecha. Se abra a todo lo largo de la boca hacia dentro. Se abra hasta salir.
Hombros: pecho y espalda	Se levanta profundamente un matón de la superficie al tiempo que se tiran los hombros hacia atrás lentamente que se jante la espalda.
Antebrazo	Se abra hasta sentirse cómodo de la respiración. Se abra hasta fuera completamente la respiración.
Pierna y muslo derecha	Se levanta sobre una fuerza la pierna. Se despegar el pie del suelo. Se abra.
Pierna izquierda	Se abra el pie hasta sentirse cómodo con los dedos, se despegar el pie del suelo. Se abra.
Pie derecho	Se abra la planta del pie. Se abra los dedos hacia adentro. Se abra.
Pierna, antebrazo y pie izquierdo	Se abra el pie. Se abra.
Antebrazo, codo y mano izquierda	Se abra el pie. Se abra.

La Tarea

- Practicar al menos una vez al día los ejercicios de respiración profunda y relajación muscular aprendidos en la sesión.
- PASOS VITALES
- Autoverbalizaciones positivas
- Identificación y Modificación de pensamientos irracionales relacionados con el deterioro de tu calidad de vida
- Registro diario de conductas de auto cuidado

Algo más...

■ La Relajación: Un Verdadera Medicina para las personas con Diabetes Mellitus

- El sistema nervioso autónomo está muy relacionado con la regulación del metabolismo de los carbohidratos.
- El sistema nervioso autónomo tiene conexiones nerviosas con el páncreas, por lo que puede tanto inhibir (disminuir) como facilitar (aumentar) la secreción de insulina.
- El sistema nervioso autónomo tiene además, otras conexiones: la estimulación beta simpática facilita la liberación de glucógeno en glucosa, por ejemplo.

El sistema nervioso autónomo, y particularmente "la vía simpática", regulan tanto de forma directa como indirecta el metabolismo de la glucosa.

La forma natural en que podemos lograr una reducción de la actividad del Sistema Nervioso Simpático es justamente LA RELAJACIÓN.

¡RELAJATE DIARIAMENTE PARA VIVIR MEJOR FÍSICA Y MENTALMENTE!

Séptima sesión

- Revisión de tarea para casa de la sexta sesión.
- Técnicas cognitivas para prevenir y controlar la depresión y el enojo: Identificación, Paro y/o modificación de pensamientos relacionados con depresión y enojo.
- Técnicas conductuales para prevenir y controlar la depresión: auto verbalizaciones positivas, auto reforzamiento y hacer cosas placenteras o que impliquen logro personal.
- Técnicas conductuales para prevenir y controlar el enojo: entrenamiento en respiración profunda y relajación muscular.

Depresión:

La enfermedad de la tristeza

- Diferencia entre Depresión mayor y Síntomas depresivos.
 - Depresión Mayor: 5% de la población general
- Síntomas depresivos: hasta el 20% de la población y más frecuente en mujeres.
- Síntomas: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés en las actividades cotidianas, alteraciones del dormir (insomnio o hipersomnio), alteraciones en el apetito, problemas de concentración, pensamientos de muerte, ideación o intentos suicidas.
 - El mejor tratamiento de la Depresión mayor es Psicoterapia Cognitivo Conductual + medicamento antidepresivo.
- La Psicoterapia Cognitivo Conductual es efectiva para prevenir la depresión mayor y eliminar síntomas depresivos.

Pensar bien para hacer y sentirse bien

■ Pensamientos relacionados con depresión

- Pensamientos negativos acerca de uno mismo, el mundo y el futuro
- Atribución de causas de eventos negativos de forma estable y a uno mismo: Culpa por todo lo malo que pasa, y pensar que lo negativo durará para siempre.
- Cuestionar la propia valía personal ante los errores o características negativas de uno mismo.

Auto verbalizaciones positivas

1. Me gusta la gente
2. Me siento bien
3. Le gusto a la gente
4. Me agrada hacer...
5. Soy una buena persona...
6. Tengo un buen auto control
7. Tengo consideración con los demás
8. Algún día recordaré los malos días y sonreiré
9. Mis experiencias me han preparado para el futuro
10. He trabajado bastante y ahora me ocupo también de divertirme

Ejercicio pág. 87

Auto reforzamiento: Un premio bien merecido

- Reconocer nuestros logros
- Identificar las conductas a reforzar
- Identificar los reforzadores o premios
- Dar los reforzadores o premios ante conductas positivas, inmediatamente después de la conducta y sólo ante esa conducta.

Ejercicio pág. 88-89

Hacer cosas placenteras y/o que impliquen logro

1. Planear algo con lo que disfrutas
2. Salir a divertirse
3. Asistir a una reunión social
4. Practicar un deporte
5. Divertirse en casa
6. Hacer bien un trabajo
7. Cooperar con alguien en una tarea común
8. Iniciar una conversación
9. Hacer cumplidos o alabar a alguien
10. Mostrar afecto físico o amor

Ejercicio pág. 90

Enojo

- El enojo es un estado cognitivo (de pensamiento) – emotivo – fisiológico.

Es una emoción, que a niveles altos tienen consecuencias negativas tanto físicas, como psicológicas y sociales

El enojo puede ser un antecedente directo o indirecto de la agresión o violencia y de conflictos interpersonales.

El enojo se ha asociado con hipertensión

La Psicoterapia Cognitivo Conductual ha demostrado ser efectiva para reducir el enojo

Pensar bien para hacer y sentirse bien

■ Pensamientos relacionados con el enojo

- Catastrofizar
- Sobregeneralizar
- Pensamiento Rígido
- "Anticipación"
- Atribución de causa de los eventos de forma estable y al exterior: Los demás tienen la culpa de todo lo malo que pasa, y lo negativo durará para siempre.

Técnicas para control del enojo

Respira hasta 7 y relájate

La Respiración profunda y la relajación muscular que aprendiste en la sesión anterior son muy útiles para disminuir el enojo. ¡Practícala!

La tarea

- Practicar la Identificación y Modificación de pensamientos irracionales relacionados con la depresión y el enojo.
- Practicar el auto reforzamiento y hacer cosas placenteras y/o que impliquen logro personal
- Practicar la respiración profunda y la relajación muscular para reducir el enojo y/o la ansiedad
- Practicar autoverbalizaciones positivas
- PASOS VITALES
- Registro de conductas de auto cuidado

Algo más...

- Algo bueno para nuestra vida:
Detener la auto indulgencia y Promover la auto eficacia

"Promover la auto eficacia y detener en lo posible la auto indulgencia te ayuda a tolerar más y mejor las frustraciones y problemas de la vida diaria, a ser una persona con mayor auto control, capaz de lograr lo que se propone para vivir mejor".

Octava sesión

- Revisión de la tarea de la séptima sesión.
- Repaso y Evaluación de la Intervención
 - Resumen
 - Para muestra un botón:
 - Tu propio ejemplo: El mejor ejemplo.
 - Aplicación de Instrumentos
- Cierre y despedida

¡ MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR EN ESTA INTERVENCIÓN, Y NOS VEMOS EN TRES MESES PARA TU PROXIMA EVALUACIÓN !

Anexo 13

"Buzón de dudas"

BUZON DE DUDAS

A continuación se enlistan las preguntas que hicieron los participantes de la intervención para mejorar la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus Tipo II, y que depositaron en el "BUZON DE DUDAS". Estas preguntas vienen seguidas por la respuesta o recomendación que dio un médico especialista. ESPERO QUE TE SEAN DE MUCHA UTILIDAD.

1. Mi Papá era diabético, mi Mamá era diabética, Yo soy diabético, tengo 10 hijos, ninguno presenta síntomas de diabetes. El mayor tiene 35 años, el menor 16. ¿Que recomendaciones nos darían para que no se les dispare esa enfermedad?

R= Es recomendable que sigan un plan de alimentación adecuado y que se mantengan en su peso, así como realizarse una prueba de tolerancia a glucosa al menos una vez al año para detectar oportunamente la enfermedad, si es que la padecen.

2. Yo quisiera saber que cuidados debe de tener mi hijo para prevenir la diabetes ya que mi hijo menor lo padece y yo también; si debe de llevar una dieta o hacer ejercicio. Y cuales pudieran ser las causas por las que a mi hijo menor se le desarrollo ya que él estaba sano y a los 10 años se la diagnosticaron.

R= En términos generales existen dos tipos de Diabetes. La Diabetes Tipo I o insulino dependiente generalmente comienza a temprana edad (niñez). Es probable que tu hijo tenga este tipo de Diabetes. La tuya comenzó en la edad adulta, es de Tipo II o no insulino dependiente. Así, la razón por la que a tu hijo le comenzó a temprana edad, es que tiene otro tipo de Diabetes que tu.

Los cuidados necesarios para prevenir complicaciones por la Diabetes I y II son similares: dieta, ejercicio, monitoreo de niveles de glucosa en sangre, visita a especialistas. La única diferencia importante es que las personas con Diabetes II generalmente toman medicamentos hipoglucemiantes, y en cambio, las personas con Diabetes I necesitan insulina, pues su páncreas no la produce.

3. ¿Que es hiperglucemia?

R= Es la elevación anormal de glucosa en sangre (más de 110 mg/dl): "Tener alta el azúcar".

La hiperglucemia durante mucho tiempo puede provocar problemas graves (como cetoacidosis o síndrome hiperosmolar no cetónico, por ejemplo)

Síntomas: Poliuria (mucho orina), polidipsia (mucho sed), polifagia (mucho hambre), pérdida de peso.

Causas: No aplicar insulina, no tomar el medicamento para el control de la glucosa, aumento en consumo de alimentos, otra enfermedad (infecciones), estrés o falta de ejercicio.

4. ¿Qué posibilidades hay de que los hijos puedan tener diabetes?

R= Si solo tu tienes Diabetes (y no tu pareja), las posibilidades de que tu hijo tenga Diabetes están entre el 15 y 25%. Si ambos padres tienen Diabetes (tu y tu pareja), las posibilidades son del 40-50%, aproximadamente.

5. ¿Qué me pasa si siento mucha desesperación por las noches y mucho calor?

R= Estos síntomas puedes ocurrir por muchas razones. Lo más indicado es que consultes a tu médico, para que le expongas tu caso detalladamente y pueda decirte a que se debe y como tratarlo.

6. Tengo 35 años, el médico me dijo que a mi edad, que empece con la diabetes, es más agresivo con respecto al organismo.

R= La Diabetes Mellitus II, que comienza en la edad adulta no es más agresiva que la Diabetes Mellitus I, que comienza en la infancia. En la Diabetes Mellitus I el páncreas no produce insulina, y en cambio, en la Diabetes Mellitus II, que tu presentas, el páncreas si produce insulina, solo que no se tiene la cantidad adecuada del organismo. Por eso, las personas con Diabetes I necesitan tratarse con insulina, y tu te puedes controlar, la mayoría del tiempo solo con medicamento (no necesitan inyecciones de insulina).

7. Para llevar el control del monitoreo es suficiente con el análisis de cada mes que se hace en el centro de salud al grupo de diabetes o ¿es necesario tener el propio aparatito donde se mide la glucosa?

R= Es recomendable que tengas tu propio monitor de glucosa en sangre, o las tiras reactivas para glucosa en sangre y en orina, que son más económicas. El auto monitoreo de glucosa en sangre es una herramienta para llevar adecuadamente tu tratamiento.

Es recomendable medir glucosa en sangre antes de las comidas principales (desayuno, comida y cena), dos horas después de los alimentos (tomando en cuenta la hora en que empezó a comer), a las 10 de la noche, sobre todo si se realizó actividad física extra de lo habitual, cada 3 o 4 horas si estas enfermo (a), y antes durante y después de hacer ejercicio.

El monitoreo de glucosa ES LA FORMA EN QUE VUELVES VISIBLE A LA ENFERMEDAD INVISIBLE QUE ES LA DIABETES, ¡aprovéchalo!

8. Después de diagnosticar la diabetes en que tiempo se presenta la neuropatía y que se debe de hacer, que cuidados, etc.

R= La neuropatía es un daño a sistema nervioso central que puede afectar: corazón (taquicardias, presión arterial baja o infarto), estómago (problemas para vacío), intestino (diarrea, estreñimiento), vejiga (problemas para vacío), sexuales (impotencia), defectos en sudoración (nada o mucho). Los síntomas son: hormigueo, adormecimiento, sensación de frío o calor, dolor quemante o "punzante", disminución de sed, pérdida de la sensibilidad al dolor.

Esta es una complicación tardía de la Diabetes, y su presentación puede ser muchos años después de que te diagnostican la enfermedad si es que sigues un plan de alimentación adecuado, toma de medicamentos, auto monitoreo de niveles de glucosa en sangre y ejercicio.

9. Los medicamentos se deben de tomar en ayunas o después de los alimentos. Algunos médicos prescriben "tomarlas por las noches".

R= Lo que generalmente se recomienda es que los alimentos se tomen después de los alimentos, para evitar descompensaciones fuertes (hipoglucemias). El médico prescribe la hora del día para consumir los medicamentos de acuerdo a cada caso particular, según sus necesidades, y lo que le convenga. Sigue sus instrucciones.

10. ¿Qué hacer para tomar unas copas?

R= En términos generales no es recomendable para una persona con Diabetes. El alcohol no se convierte en glucosa (una pequeña parte se utiliza como energía y el resto se almacena como grasa). El consumo moderado de alcohol puede llegar a afectar el control de glucemia, sobre todo si la persona tiene problemas hepáticos o renales. Sin embargo, si decide consumir alcohol, que sea en pocas cantidades (una o dos copas), productos destilados (tequila o whisky), sin refrescos como mezcladores, habiendo seguido tu plan de tratamiento y teniendo niveles de glucosa estables y adecuados.

11. ¿Por qué no me dan ganas de estar con mi esposo?

R= Es probable que la Diabetes Mellitus esté relacionada con tu pérdida de interés por el sexo. Consúltalo con tu médico. Existen alternativas de tratamiento para este problema.

12. ¿Cuántos años dura la diabetes?

R= Toda la vida. La Diabetes no se cura, aunque si se controla.

13. Quiero saber ¿Porqué se me cae el párpado izquierdo?

R= Puede ser un síntoma de una complicación por la Diabetes. Es muy importante que asistas con un endocrinólogo para recibir un diagnóstico y tratamiento precisos.

14. A veces tengo un dolor intenso en el pecho y en el conejo izquierdo, ¿Qué es?

R= Puede ser un síntoma de una complicación por la Diabetes. Es muy importante que asistas con un endocrinólogo para recibir un diagnóstico y tratamiento precisos.

15. ¿Qué efectos colaterales tiene la glibenclamida y otros medicamentos hipoglucemiantes?

R= Las pastillas hipoglucemiantes no son insulina, son sustancias químicas que ayudan entre otras cosas a producir mas insulina y a utilizarla eficientemente para reducir la glucosa en sangre. Hay diferentes tipos de hipoglucemiantes orales y **solo el médico** puede determinar cual es el mejor para ti, e informarte los posibles efectos secundarios del que te ha indicado.

Empero, el efecto adverso más común e importante es la hipoglucemia, y esta puede ser evitada con un plan de alimentación adecuado (no saltarse comidas) y ajustando las dosis del medicamento. **El médico es el UNICO que puede cambiar la dosis.**

16. ¿Qué tan efectivo es el análisis de orina?

R= El análisis de orina puede ser: 1) para medir azúcar, o 2) para medir cetonas. En ambos casos es efectivo. Sin embargo, el análisis de azúcar en orina no es la mejor opción como guía para tu tratamiento diario, pues la mayoría de las veces aparece positivo solo hasta que tienes muy alta el azúcar.

En el caso del análisis de cetonas en orina, es recomendable realizarlo en caso de que la glucosa en sangre esté por arriba de 250 mg/dl o cuando hay otra enfermedad (infecciones, estrés, cirugía), para detectar y tratar a tiempo una posible cetoacidosis (cuando falta insulina se producen en gran cantidad y se eliminan por la orina, y si se tiene la glucosa en sangre arriba de 250 mg/dl la persona está en riesgo de descompensarse)

17. ¿Qué tan cierto es que es conveniente utilizar vitamina B12 para mejorar la calidad de la afluencia sanguínea?

R= La prescripción de Vitamina B12 debe correr a cargo de tu médico tratante, y generalmente la recomiendan para tratar algunas de las complicaciones de la Diabetes.

18. Tengo 65, soy mujer. Antes tomaba glibenclamida pero el Dr. Me la cambió por Metformina para poder bajar de peso. El problema es que cuando comencé con la metformina también me empezó diarrea y agruras. Tomo tres pastillas al día. El Dr. Dice que la diarrea y agruras no son por la medicina, pero quiero otra opinión.

R=

19. Si me pongo insulina ¿me vuelvo dependiente de ella y me pueden dar más hipoglucemias?

R= Algunas personas con Diabetes Mellitus Tipo II pueden necesitar tratamiento con inyecciones de insulina por algunos periodos de tiempo, cuando no ha sido posible controlar los niveles de glucosa con las pastillas hipoglucemiantes. El término "dependiente" puede no ser el indicado para referirse a una persona que necesita una sustancia (como la insulina, en este caso) por que no la produce en cantidad suficiente un órgano del cuerpo (como el páncreas, en este caso) debido a una enfermedad. El hecho de que te inyectes insulina cuando lo indica tu médico no quiere decir que te vuelvas "dependiente de ella" si no que la necesitas para controlar tus niveles de glucosa en sangre por que tu páncreas no la está produciendo en la cantidad que necesita tu organismo. Es probable que después, si se logra un control adecuado de niveles de glucosa, puedas volver al manejo convencional con medicamentos hipoglucemiantes; y si no es así, es que necesitas la insulina y con eso estarás mejor controlado (a) físicamente. Si sigues las instrucciones de tu médico respecto a la dosis, horario y forma de inyectarte la insulina no tendrás más riesgo de hipoglucemias que cuando utilizas los medicamentos hipoglucemiantes. Recuerda que es aconsejable que no se saltes comidas para evitar hipoglucemias.

20. ¿Por qué cree el médico que estoy mal controlado en mi diabetes si tomo glibenclamida 1-2-1 y enseguida me sugiere consumir algo con azúcar normal?

R= La glibenclamida es un hipoglucemiante, lo que quiere decir que sirve para bajar los niveles de glucosa en sangre. Esto sirve para disminuir los altos niveles de glucosa en sangre que caracterizan a las personas con Diabetes. Sin embargo, en algunas ocasiones, como cuando te saltas alguna comida, puede ocurrir una baja importante de glucosa en sangre, lo que se conoce como hipoglucemia. Cuando esto sucede es necesario ingerir carbohidratos simples ("alimentos con azúcar") para que rápidamente suban los niveles de glucosa en sangre. Es recomendable que midas tus niveles de glucosa en sangre para saber cuando presentas hipoglucemia y requieres comer alimentos con azúcar.