



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**EFFECTOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LA
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

**EXAMEN DE GRADO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

RAQUEL GARCIA FLORES

COMITÉ:

TUTOR PRINCIPAL: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

TUTOR ADJUNTO : DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

TUTOR EXTERNO : DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA,
UNAM**

JURADO A: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ- MITRE

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

JURADO B: DR. JAVIER NIETO GUTIÉRREZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MEXICO, D.F.

DICIEMBRE

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



*Dedicado a mi madre, Cristina,
la mujer mas valiente que conozco
(1950-2011)
Q.E.P.D*

AGRADECIMIENTOS

A mi querida UNAM por ofrecerme la oportunidad de continuar mis estudios hasta este nivel.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT por apoyarme en mis estudios de Maestría y Doctorado.

A mi tutor, el Dr. Juan José Sánchez Sosa, por su apoyo académico y profesional que ha sabido guiarme por la aventura del Doctorado. Por ser un ejemplo de que la sencillez no está peleada con el conocimiento, por ser una fuente de inspiración en mi formación como psicóloga y como ser humano. Gracias!

A mi comité tutorial, el Dr. Samuel Jurado Cárdenas, la Dra. Ana Luisa González- Celis Rangel, la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré y el Dr. Javier Nieto Gutiérrez por su valiosa retroalimentación y apoyo en estos años.

A la Dra. Angélica Riveros Rosas, porque a pesar de no formar parte de mi comité, fue generosa al asesorarme sabiamente de manera personal y académica en momentos cruciales.

Al Dr. Ariel Vite Sierra porque en su seminario conocí la importancia de la significancia clínica y a tener paciencia con mi hijo.

A las autoridades de la institución de salud por permitirme trabajar con sus pacientes y por confiar en mi trabajo.

A las psicólogas Susana Vargas Solís, Mónica Ramírez Orozco y Blanca Vanessa Gaytán Sánchez, mis alumnas, compañeras y amigas que me apoyaron en todas las fases de la realización de esta investigación y en

momentos muy difíciles en mi vida. Con su sonrisa, dedicación y actitud profesional logramos exitosamente concluir este trabajo. Gracias!

A todos los pacientes que participaron en la investigación por su entusiasmo y sus enseñanzas.

A mi esposo Christian Oswaldo por su amor, guía, compañía y por ayudarme a cuidar de nuestro hijo mientras yo me dedicaba al Doctorado. Gracias mi Tinwis!

A mi hijo Iván Oswaldo por darme permiso de seguir estudiando y por su amor que me impulsa a seguir adelante.

A mi familia, mi suegra, mis hermanas Ester y Judith, mis sobrinos, mis tíos y primos por creer en mí y hacerme más ligera la travesía en estos años de estudio con los bellos momentos que pasamos juntos.

A mi querida amiga Rosy Ornelas por su apoyo emocional y académico cuando más lo necesité.

A mis amigos del Doctorado: Nelly, Héctor, Carlos y Edgar por sus consejos, angustias y alegrías compartidas.

Al Lic. Alejandro León por su amabilidad y por facilitar el proceso administrativo que tuve que realizar a distancia desde Sonora. Muchas gracias!

A todos los compañeros del Doctorado por sus observaciones y por hacer mas divertido el momento de estudiar.

INDICE

Introducción.....	1
Capítulo 1. Diabetes mellitus: enfermedad crónico-degenerativa	
Definición.....	2
Epidemiología.....	3
Psicopatología comórbida.....	7
Capítulo 2. La adhesión al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2	
Características.....	10
Relación entre adhesión al tratamiento y calidad de vida.....	13
Intervenciones para mejorar la adhesión al tratamiento en DM2.....	15
Capítulo 3. Propuestas para explicar conductas en salud	
Determinismo recíproco.....	19
Autorregulación en las enfermedades crónico-degenerativas.....	20
Autodeterminación.....	24
Capítulo 4. La Entrevista Motivacional	
Características de la Entrevista Motivacional.....	29
La aplicación de la Entrevista Motivacional en la salud física.....	34
Mecanismos de acción.....	37
Método	
Planteamiento del problema.....	39
Preguntas de investigación.....	41
Objetivo general.....	42
Diseño.....	44
Participantes.....	44
Instrumentos.....	47
Procedimiento.....	49
Resultados.....	55
Discusión.....	86
REFERENCIAS.....	93
ANEXOS.....	107
Anexo 1. Consentimiento informado.....	108
Anexo 2. Entrevista inicial para pacientes con diabetes mellitus tipo 2.....	109
Anexo 3. Instrumento de Calidad de vida en Diabetes.....	122
Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck.....	128
Anexo 5. Inventario de Ansiedad de Beck.....	132

Anexo 6. Instrumento de Autoeficacia en Diabetes.....	135
Anexo 7. Niveles de reflexión y PARR.....	137
Anexo 8. Cartas descriptivas.....	139
Anexo 9. Folletos educativos.....	155

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas.....	45
Tabla 2. Conductas de adhesión.....	46
Tabla 3. Temas abordados en la intervención cognitivo-conductual.....	54
Tabla 4. Resultados de la prueba de Wilcoxon.....	70
Tabla 5. Significancia clínica de los cambios presentados por los pacientes en los grupos sesión educativa y motivacional.....	74
Tabla 6. Cambios en la hemoglobina glucosilada pre, post y seguimiento en ambos grupos.....	77

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ejemplo de balance decisional.....	33
Figura 2. Diagrama de flujo de pacientes atendidos	56
Figura 3. Cambios del pre, post y seguimiento en el Inventario de Depresión de Beck en el grupo educativo.....	58
Figura 4. Cambios del pre, post y seguimiento en el Inventario de Depresión de Beck en el grupo motivacional.....	58
Figura 5. Cambios pre, post y seguimiento en el Inventario de Ansiedad de Beck en el grupo educativo.....	60
Figura 6. Cambios del pre, post y seguimiento en el Inventario de Ansiedad de Beck en el grupo motivacional.....	60
Figura 7. Cambios del pre, post y seguimiento en el porcentaje de autoeficacia percibida en el grupo educativo.....	61
Figura 8. Cambios del pre, post y seguimiento en el porcentaje de autoeficacia percibida en el grupo motivacional.....	61
Figura 9. Cambios en el pre, post y seguimiento en la insatisfacción con el tratamiento en el grupo educativo.....	63
Figura 10. Cambios en el pre, post y seguimiento en la insatisfacción con el tratamiento en el grupo motivacional.....	63
Figura 11. Cambios pre, post y seguimiento respecto al impacto negativo del tratamiento en el grupo educativo.....	64
Figura 12. Cambios pre, post y seguimiento respecto al impacto negativo del tratamiento en el grupo motivacional.....	64
Figura 13. Cambios en pre, post y seguimiento en relación a la preocupación por aspectos sociales y vocacionales en el grupo educativo.....	66
Figura 14. Cambios en pre, post y seguimiento en relación a la preocupación por aspectos sociales y vocacionales en el grupo educativo.....	66

Figura 15. Cambios en pre, post y seguimiento en relación a la preocupación por efectos futuros de la diabetes en el grupo educativo.....	67
Figura 16. Cambios en pre, post y seguimiento en relación a la preocupación por efectos futuros de la diabetes en el grupo motivacional.....	67
Figura 17. Cambios del pretest al postest en el deterioro de la calidad de vida en el grupo educativo.....	69
Figura 18. Cambios del pretest al postest en el deterioro de la calidad de vida en el grupo motivacional.....	69
Figura 19. Cambios en el pre, post y seguimiento en hemoglobina glucosilada en el grupo educativo.....	76
Figura 20. Cambios en el pre, post y seguimiento en hemoglobina glucosilada en el grupo motivacional.....	76
Figura 21. Cambios pre, post y seguimiento en colesterol total en el grupo de sesión educativa.....	78
Figura 22. Cambios pre, post y seguimiento en colesterol total en el grupo motivacional.....	78
Figura 23. Cambios pre, post y seguimiento en triglicéridos en el grupo educativo.....	80
Figura 24. Cambios pre, post y seguimiento en triglicéridos en el grupo motivacional.....	80
Figura 25. Resultado grupal de sintomatología depresiva	81
Figura 26. Resultado grupal de sintomatología ansiosa.....	82
Figura 27. Resultado grupal de autoeficacia.....	82
Figura 28. Resultado grupal de Insatisfacción del Tratamiento.....	83
Figura 29. Resultado grupal de Impacto negativo del tratamiento.....	84
Figura 30. Resultado grupal de Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	85
Figura 31. Resultado grupal de Preocupación por efectos futuros de la diabetes.....	85
Figura 32. Resultado grupal del Deterioro en Calidad de Vida Total.....	86

RESUMEN

La adhesión al tratamiento médico es fundamental en el control de la diabetes mellitus tipo 2. La entrevista motivacional es un procedimiento desarrollado para el tratamiento de las adicciones que actualmente se está aplicando para facilitar el cambio de conductas en salud pero los resultados no han sido contundentes. El objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos de la entrevista motivacional en conjunto con una intervención cognitivo-conductual grupal. Participaron en el estudio 25 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de una institución de salud pública del Distrito Federal. Los pacientes fueron distribuidos de manera intencional en dos grupos: uno que incluye una sesión de entrevista motivacional individual (13 pacientes) y otro que incluye una sesión educativa individual (12 pacientes). Ambas sesiones se realizaron antes y después de ingresar al tratamiento cognitivo conductual grupal. Para analizar estadísticamente las mediciones de hemoglobina glucosilada, colesterol y triglicéridos pre, post y seguimiento se aplicó la prueba t de Student para muestras relacionadas. Y se realizó la prueba de rangos de Wilcoxon para identificar diferencias significativas entre los puntajes pretest, posttest y seguimiento dentro de los grupos educativo y motivacional de las variables depresión, ansiedad, autoeficacia, insatisfacción y calidad de vida. Se pudo observar que ambas intervenciones generaron cambios importantes en el control del padecimiento, ya que se detectó una disminución en los niveles de hemoglobina glucosilada en casi todos los pacientes. Sin embargo existió un incremento de la misma durante el seguimiento en ambos grupos. En relación a las variables psicológicas éstas mostraron un mayor beneficio clínicamente significativo en el grupo que recibió la entrevista motivacional. Los datos permiten concluir que ambas intervenciones propiciaron cambios conductuales que mejoraron el control glucémico y la entrevista motivacional tuvo un mayor impacto positivo en los aspectos emocionales de los pacientes.

INTRODUCCION

La diabetes mellitus es la enfermedad crónico-degenerativa que ocupa el primer lugar como causa de muerte en México. Cada día se diagnostican mil nuevos casos en nuestro país, lo que indica que la tasa de incidencia se incrementa aceleradamente, debido a los factores genéticos y especialmente al estilo de vida poco saludable de la población mexicana.

El principal problema relacionado con la diabetes mellitus es la falta de adhesión a los tratamientos médicos, ya que a las personas diagnosticadas les resulta muy complicado modificar su estilo de vida para controlar los niveles de glucosa sanguínea que son esenciales para el manejo de la enfermedad.

Cuando no se tiene un adecuado control glucémico aparecen serias complicaciones crónicas que van deteriorando la calidad de vida de los pacientes, hasta que fallecen a causa de éstas.

Resalta la importancia de generar programas de intervención psicológica que faciliten el cambio de conductas en los pacientes para mantener los niveles glucémicos en estándares saludables que permitan que el deterioro ocasionado por la enfermedad sea más lento y la calidad de vida se eleve.

El objetivo de este estudio es integrar la entrevista motivacional a una intervención cognitivo-conductual para modificar las conductas de autocuidado en pacientes con diabetes y así mejorar el control glucémico.

Capítulo 1. Diabetes mellitus: enfermedad crónico-degenerativa

Definición

De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés), la diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por defectos en la secreción y/o acción de la insulina generando hiperglucemia. La hiperglucemia crónica está asociada con daños a largo plazo, disfunción y falla de varios órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. Los síntomas de la hiperglucemia incluyen poliuria, polidipsia, pérdida de peso, polifagia y visión borrosa, además de que existe una mayor susceptibilidad a ciertas infecciones. Las complicaciones a largo plazo incluyen la retinopatía con la potencial pérdida de la visión, nefropatía que conlleva a la insuficiencia renal, neuropatía periférica con riesgo de presentar úlceras en los pies y amputaciones y neuropatía autonómica que ocasiona síntomas gastrontestinales, genitourinarios y cardiovasculares además de disfunción sexual. Los pacientes con diabetes presentan una mayor incidencia de aterosclerosis, hipertensión y anormalidades en el metabolismo de las lipoproteínas.

Según la ADA (2009), la mayoría de los casos de diabetes se clasifican en dos categorías etiopatogénicas:

- a) Diabetes mellitus tipo 1 (DM1): se caracteriza por la deficiencia absoluta en la secreción de insulina y se detecta mediante la observación de un proceso patológico autoinmune en los islotes pancreáticos y por marcadores genéticos.

- b) Diabetes mellitus tipo 2 (DM2): se caracteriza por la combinación de la resistencia a la acción de la insulina y una respuesta secretora de insulina compensatoria inadecuada.

Existen tres criterios para diagnosticar diabetes mellitus (ADA, 2009):

- a) 126 mg/dl de glucosa sanguínea en plasma bajo condición de ayuno (8 horas sin consumir alimentos).
- b) Síntomas de hiperglucemia (poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable) y glucosa sanguínea igual o mayor a 200 mg/dl en plasma.
- c) Glucosa sanguínea igual o mayor a 200 mg/dl dos horas posterior a la ingesta de 75 grs. de glucosa anhidra (prueba de tolerancia a la glucosa oral).

Epidemiología

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es la enfermedad crónico-degenerativa que actualmente es la principal causa de muerte en México. En 2010 fallecieron mas de 72 mil mexicanos a causa de este padecimiento, 52.2% en mujeres y 47.8% (Secretaría de Salud, 2011). La frecuencia de diabetes mellitus en la población mexicana ha aumentado más de 30 veces durante los recientes 50 años y México ocupa el noveno lugar de diabetes en el mundo (Atlas de la Diabetes, 2007). De acuerdo con la Federación Mexicana de Diabetes (2008), entre 6.5 y 10 millones de mexicanos padecen la enfermedad (prevalencia nacional de 10.7% en

personas entre 20 y 69 años). De este total, 2 millones de personas no han sido diagnosticadas. Cada año se diagnostican 400,000 nuevos casos de diabetes en México, lo que quiere decir que cada día se diagnostican cerca de mil pacientes en el país (Diplomado de Educadores en Diabetes, 2009). El 90% de las personas que padecen diabetes presentan el tipo 2 de la enfermedad.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) señala que el Distrito Federal se ubicó por arriba de las medias nacionales en el diagnóstico médico previo de DM2. Y comparando con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), el Distrito Federal presentó un incremento del 30.9% (de 6.8% a 8.9%) en la prevalencia de diagnósticos médicos de DM2.

Esta enfermedad representa la principal demanda de atención médica y una de las causas más importantes de hospitalización en México. En relación a la mortalidad ocasionada por esta enfermedad, existen 39 defunciones diarias en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) asociadas a este padecimiento y en 2004 murieron 15 mil personas más que en el año 2000 a consecuencia de las complicaciones de la diabetes (Hernández & Olaíz, 2002). Además del sufrimiento, malestar y disfuncionalidad generados por el padecimiento, los costos relacionados directamente con el tratamiento de la diabetes, así como la incapacidad laboral que ocasiona, superan los 4 mil millones de pesos anuales (Hernández & Olaíz, 2002).

El Instituto Nacional de Salud Pública en México, indica que el gasto anual por diabetes equivale a 4.7% del gasto público para la Secretaría de Salud (38 millones de dólares) y 6.5% del gasto para el IMSS y el Instituto de Seguridad y

Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (103 millones de dólares) (Arredondo & Zúñiga, 2004).

La mayoría de las estadísticas predicen que en los próximos años éstas cifras aumentarán en México como consecuencia de la acción combinada de factores tales como el incremento en la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, la alta predisposición genética de la población mexicana a esta enfermedad, los efectos del sobrepeso y de la inactividad física. Estos últimos dos factores aumentan la posibilidad de que una persona desarrolle el padecimiento en alguna etapa de su vida (Hernández & Olaíz, 2002).

La ENSANUT (2006) reporta que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es del 70% en la población mexicana (mujeres, 71.9 %, hombres, 66.7%) con edades entre los 30 y 60 años. Sin embargo, entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad –índice de masa corporal igual o mayor a 30– que entre los hombres. La prevalencia de obesidad en los adultos mexicanos ha ido incrementando con el tiempo. En 1993, resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC, 1993) mostraron que la prevalencia de obesidad en adultos era de 21.5%, mientras que con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA, 2000) se observó que 24% de los adultos en nuestro país la padecían y, actualmente, se encontró que alrededor del 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5%, hombres, 24.2%) tiene obesidad. Este incremento porcentual debe tomarse en consideración sobre todo debido a que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades crónicas, incluyendo las cardiovasculares, diabetes y cáncer.

En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (1993) se informó de una importante relación inversa entre la diabetes mellitus y el nivel educativo; las personas con niveles educativos inferiores tienen la prevalencia más elevada de diabetes mellitus (15.6%), y quienes han cursado estudios de posgrado, la menor (2.8%). Este último hallazgo posiblemente se deba a la alta proporción de genes amerindios (más propensos a desarrollar la enfermedad) y de estilos de vida no saludables en el sector de la población que tiene bajo nivel de educación (Hernández & Olaíz, 2002).

En relación a la presencia de complicaciones crónicas relacionadas con la diabetes, las cifras son elevadas ya que el porcentaje de adhesión al tratamiento médico es de aproximadamente 33% (Hernández & Olaíz, 2002). En México, la diabetes es la primera causa de ceguera adquirida en edad productiva; también es la primera causa de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y de insuficiencia renal crónica. De cada 100 diabéticos en México, 14 desarrollan padecimientos del sistema nervioso; de 7 a 10 desarrollan pie diabético, que en el 30% de los casos suele terminar en amputación, y el 22% desarrollará retinopatía en un lapso de cuatro años, de éstos entre el 2% y el 5% acaban perdiendo la vista. Los infartos al miocardio son de 2 a 4 veces más frecuentes en las personas que padecen diabetes en comparación con personas sin diagnóstico. En 1995, 28 mil personas con diabetes desarrollaron enfermedad renal terminal y 99 mil personas con diabetes requirieron diálisis o trasplante de riñones (Hernández & Olaíz, 2002).

Se calcula que en los próximos años, México podría ocupar el séptimo lugar de países con diabetes con casi 12 millones de mexicanos y uno de cada 3 niños podría padecer DM2 (Federación Mexicana de Diabetes, 2008).

Psicopatología comórbida

La depresión juega un papel importante en el desarrollo y empeoramiento de la diabetes mellitus tipo 2 (Sacco & Yanover, 2006). La tasa de prevalencia de la depresión es dos veces mayor en los pacientes con diabetes, y está asociada a altos niveles de glucosa en sangre, pobre adhesión al tratamiento médico, complicaciones médicas, tasas altas de hospitalización y mortalidad (Egede, Nietert & Zheng, 2005) . Las personas diagnosticadas con diabetes y depresión son 2.5 veces más propensas a fallecer en un lapso de 8 años a diferencia de aquellos que sólo son diagnosticados con uno de los padecimientos (Sacco & Yanover, 2006). Particularmente los pacientes con DM2 que requieren insulina presentan mayores índices de depresión, probablemente asociado a las barreras psicosociales relacionadas con el uso de la insulina, como por ejemplo, la percepción de gravedad (Li, Ford, Strine & Mokdad, 2008).

Un estudio desarrollado en Estados Unidos en 879 pacientes con DM2 en clínicas de primer nivel de atención, obtuvo que el 19% de los pacientes presentaron Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que se asoció a pobres conductas de autocuidado y el 66% presentaron síntomas relacionados con la depresión pero no cubrieron el diagnóstico de TDM. Existe una relación continua entre los

síntomas de depresión y la no adhesión al tratamiento que es evidente aún a niveles subclínicos. Por tal razón resulta importante tratar los síntomas relacionados con la depresión ya que sólo el 30% recibe dosis adecuadas de medicamento psiquiátrico y sólo el 6.7% de los pacientes reciben tratamiento psicológico (Gonzalez, Safren, Cagliero, Wexler, Delahanty, Wittenberg, Blais, Meigs & Grant, 2007).

Por otra parte, los trastornos de ansiedad se encuentran asociados con un control metabólico defectuoso, ya que pueden interferir con la habilidad del paciente para emitir las conductas de autocuidado (Wiebe, Alderfer, Palmer, Lindsay & Jarret, 1994). Los factores cognitivos de la ansiedad usualmente se relacionan con una percepción de incapacidad para enfrentar situaciones adversas generando problemas de autocontrol que refuerzan la percepción de incapacidad (Wiebe et al. 1994). El meta-análisis desarrollado por Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman (2002) sobre la prevalencia de ansiedad entre individuos con diabetes, con una muestra combinada de 2,584 participantes con DM y 1,492 participantes control sin DM, indica que el 14% de las personas con DM experimentaron trastorno de ansiedad generalizada y que el 40% experimentaron síntomas elevados de ansiedad.

Algunos pacientes han llegado a presentar miedo a la hipoglucemia (Polonsky, Davis, Jacobson & Anderson, 1992). En un estudio reciente (Myers, Boyer, Herbert, Barakat & Scheiner, 2007) se concluyó que la ansiedad específica a la hipoglucemia presenta síntomas de estrés postraumático ya que los pacientes que reportan preocupación por la hipoglucemia, presentan ansiedad en respuesta

a esta ideación intrusiva y reaccionan con conductas de evitación que comprometen el control del padecimiento.

Capítulo 2. La adhesión al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2

Características

La adhesión terapéutica es entendida como “el involucramiento activo y voluntario del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo & DiNicola, 1982).

Las características del padecimiento y el tratamiento son elementos a considerar en la adhesión al tratamiento médico (Sánchez-Sosa, 2002). En el caso de la DM2 el tratamiento es complejo ya que requiere de una serie de cambios en el estilo de vida del paciente los cuales conllevan a dificultades para seguirlo adecuadamente. Las conductas de autocuidado relevantes a la DM2 son: a) mantener hábitos alimentarios saludables, b) realización de ejercicio físico, c) toma de medicamentos (hipoglucemiantes, insulina), d) realizar visitas al médico de manera regular, e) automonitoreo de glucemia, f) control emocional y g) higiene y cuidado de los pies para prevenir infecciones que puedan derivar en una amputación (ADA, 2009).

Algunos aspectos del tratamiento de la diabetes, como el cambio de hábitos alimenticios y la actividad física, pueden ser más difíciles de seguir por los pacientes que otros como el tomar medicamentos o administrarse insulina. Por ejemplo, en un estudio realizado en 79 pacientes con DM2 de la Ciudad de México, se encontró que el porcentaje de no adhesión en la dieta fue del 62%, en

relación al ejercicio fue del 85%, 17% para la administración de hipoglucemiantes, 13% para la aplicación de la insulina y 3% para la asistencia a citas médicas (Hérendez-Ronquillo, Téllez-Zenteno, Garduño-Espinosa & González-Acevez, 2003).

Por otro lado, el carácter asintomático de este padecimiento no le permite al paciente tener consecuencias inmediatas de su comportamiento, por lo que resulta difícil percatarse de la necesidad de un cambio de conducta (Jáuregui, 2002).

Los factores sociodemográficos adquieren gran relevancia en la falta de adhesión al tratamiento ya que el bajo nivel educativo y económico de la mayor parte de la población mexicana (Lerman, 2007) contribuye de forma importante en la falta de conocimientos para el manejo de la enfermedad (González-Pedraza, Alvara-Solís, Martínez-Vázquez & Ponce-Rosas, 2007) así como en la dificultad para adquirir medicamentos, insulina y materiales indispensables para el cuidado de la salud (medidor de glucosa, lancetas, tiras reactivas, jeringas, etc.).

Los trastornos psicológicos tales como la ansiedad o la depresión se relacionan con el empeoramiento del manejo de la diabetes. Se ha encontrado que el bienestar psicológico de los diabéticos en general es pobre y que influye negativamente en el cuidado de su salud, además de que es muy difícil detectar estos trastornos y brindar el apoyo psicológico necesario (Peyrot, Rubin, Lauritzen, Snoek, Matthews & Skovlund, 2005).

Existen otros tipos de complicaciones que interfieren con las conductas de autocuidado. Por ejemplo, en el caso de la hipoglucemia, los pacientes en ocasiones perciben los síntomas pero no actúan en función de estos y otros

difícilmente logran distinguir los síntomas característicos de este estado o incluso los atribuyen a otros factores. Finalmente, es posible que un déficit en habilidades para la organización de actividades pudiera estar afectando esta área (Wiebe et al., 1994).

Un aspecto a destacar es el hecho de que la información que se brinda al paciente no es suficiente para mejorar el autocuidado de la salud. Se necesitan de otras estrategias para motivar y ayudar a los pacientes a manejar efectivamente la enfermedad, tales como establecer destrezas de autocuidado, de autorregulación emocional y corrección de defectos o sesgos cognitivos (Heisler, Piette, Spencer, Kieffer & Vijan, 2005).

Las creencias relacionadas con la salud, tales como la percepción de la diabetes como un padecimiento grave, la vulnerabilidad a las complicaciones generadas por la enfermedad y la eficacia del tratamiento pueden predecir una mejor adhesión al tratamiento (Brown, Blozis, Kouzekanani, Garcia, Winchell y Hanis, 2007). Los pacientes se adhieren al tratamiento cuando: éste tiene sentido para ellos, les parece efectivo, creen que los beneficios exceden los costos, perciben que tienen la habilidad para seguir el régimen y su medioambiente apoya las conductas de salud (Delamater, 2006).

Las relaciones familiares también juegan un papel muy importante en la adhesión terapéutica en la DM2 (Oviedo, 2007). Los bajos niveles de conflicto, altos niveles de cohesión y organización además de patrones adecuados de comunicación en el área familiar, se asocian a una mejor adhesión al tratamiento (Fisher, Chesla, Bartz, Gilliss, Skaff, Sabogal, Kanter & Lutz, 1998). El apoyo

social ha demostrado beneficiar significativamente a la adhesión en DM2 (Ingram, Torres, Redondo, Bradford, Wang & O'Toole, 2007), de igual forma, el contacto de los pacientes con el equipo médico influye en la adhesión terapéutica en la DM (The Diabetes Control and Complications Trial Research Group [DCCT], 1993). Los pacientes que mantienen buenas relaciones y se sienten satisfechos con sus médicos presentan una mayor adhesión (Rubin, Peyrot & Siminerio, 2006).

La adhesión a los tratamientos médicos en la DM es crucial para prevenir las complicaciones agudas y crónicas de este padecimiento (DCCT, 1993). De aquí la importancia de la implantación de programas estructurados y sistematizados que le permitan al paciente diabético adaptarse a su nueva condición de vida.

Relación entre adhesión al tratamiento y calidad de vida

El concepto de calidad de vida ha tenido diversas definiciones desde su surgimiento en la ciencia. Tiene que ver con la evaluación de las condiciones en las que se desenvuelve el individuo y que afectan su bienestar físico y psicológico. Por tratarse de un concepto altamente subjetivo, ya que la calidad de vida solo la puede evaluar el que la percibe, han existido dificultades para crear parámetros de medición (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

Una de las definiciones más completas de calidad de vida es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como “la percepción del individuo de su posición en la vida, el contexto de su cultura y sistema de valores

en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones” (WHOQOL, 1998, p.11).

El área que con mayor frecuencia se evalúa es la relacionada con la salud que se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. Incluye cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción. Las investigaciones que se enfocan en evaluar la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica incluyen aspectos emocionales de los pacientes, derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a que son sometidos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

La evaluación de la CV en diabetes se ha utilizado como indicador de los efectos del tratamiento, en la toma de decisiones terapéuticas y la distribución de recursos en políticas de salud (Melchioris, Correr, Rossignoli, Pontarolo & Fernández-Llimos, 2004).

En un estudio realizado en la Ciudad de México con 247 pacientes diagnosticados con DM2 se encontró que su calidad de vida fue en general *regular* y la CV relacionada con la preocupación por aspectos sociales fue *pobre* (Oviedo, 2007). Se ha demostrado que el descontrol del padecimiento por fallas en la adhesión al tratamiento médico, a largo plazo disminuye de forma importante la CV de los pacientes (De los Ríos, Sánchez-Sosa, Barrios & Guerrero, 2004).

En contraste, en un estudio realizado a gran escala con pacientes diabéticos se demostró que un estilo de vida saludable (sin fumar, con actividad física regular y consumiendo cinco porciones de frutas y verduras diariamente)

impacta significativamente para elevar la calidad de vida (Li, Ford, Mokdad, Jiles & Giles, 2007).

En un meta-análisis realizado por Cochran y Conn (2008) se encontró que las intervenciones dirigidas a mejorar el automanejo de la DM2 impactan positivamente la calidad de vida. De igual forma, las intervenciones cognitivo-conductuales para incrementar la adhesión al tratamiento en la DM2 han demostrado su eficacia para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Del Castillo, 2005; Riveros, Cortázar, Alcázar & Sánchez-Sosa, 2005; Robles, 2002).

Intervenciones para mejorar la adhesión al tratamiento en DM2

Para adaptarse exitosamente a una enfermedad crónica como la diabetes, la persona debe comprender y aceptar la realidad del padecimiento, deshacerse de falsas esperanzas y de la desesperanza destructiva, además de reorganizar y reestructurar el medioambiente para facilitar el autocuidado (White, 2001).

Safren, Gonzalez & Soroudi (2008) señalan que, el uso de estrategias cognitivas para modificar los pensamientos negativos sobre el tratamiento y la diabetes, la programación de actividades y la mejora de la comunicación paciente-servicio médico, son elementos esenciales de las intervenciones psicológicas en este padecimiento.

Las terapias conductuales que incluyen objetivos, contratos, reforzamientos y que se centran en conductas específicas de autocuidado como el automonitoreo

de glucosa o cuidados del pie, se han asociado con mejorías en el manejo a largo plazo de la diabetes (Litzelman, Slemenda, Langefeld, Hays, Welch & Bild, 1993).

Estudios más recientes se han enfocado en adaptar la terapia cognitivo conductual para poblaciones diabéticas, obteniéndose muy buenos resultados para el manejo de la depresión (Del Castillo, Reyes & Sánchez-Sosa, 2004; Lustman, Griffith, Freedland, Kissel & Clouse, 1998; Lustman, Anderson, Freedland, de Groot, Carney & Clouse, 2000). En los Países Bajos se han aplicado técnicas cognitivo conductuales de forma grupal para objetivos específicos, como la ansiedad relacionada con las complicaciones de la enfermedad y problemas de relaciones interpersonales, y creencias sobre la diabetes que son barreras para el autocuidado y para la calidad de vida. Los datos han demostrado un decremento en el estrés relacionado con la enfermedad, mejorando el bienestar subjetivo y el control metabólico (Van de Ven, Chatrou & Snoek, 2000).

Una demostración de la efectividad de los tratamientos cognitivo conductuales de amplio reconocimiento es el “entrenamiento en detección de glucosa en sangre” (BGAT, por sus siglas en inglés), que incorpora estrategias cognitivo conductuales para mejorar el autotratamiento y la toma de decisiones en adultos con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) (Cox, Gonder-Frederick, Polonsky, Schlundt, Kovatchev & Clarke, 2001). Tiene como objetivo implementar conductas específicas de autorregulación tales como el reconocimiento de síntomas de glucemia elevada y la identificación de los factores que contribuyen a la irregularidad de la glucemia. Su eficacia se ha demostrado en series de estudios

conducidos en múltiples sitios de los Estados Unidos y Europa. Los beneficios a largo plazo incluyen la mejoría del estatus psicosocial, mejores habilidades para reconocer los síntomas de diferentes niveles de glucemia, una reducción de episodios de hipo e hiperglucemia y menos accidentes de tránsito (Cox, et al. 2001).

Uno de los procedimientos cognitivo-conductuales más utilizados en las intervenciones psicológicas es la técnica de solución de problemas. D'Zurilla & Nezu (1999) definen a la solución de problemas sociales como el proceso cognitivo-conductual autodirigido mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir soluciones efectivas o adaptativas para situaciones problemáticas específicas encontradas en la vida diaria. Un problema (o situación problemática) es definido por los mismos autores como aquellas situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen determinadas respuestas, consideradas como adaptativas, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones, debido a la presencia de distintos obstáculos. La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas, en vez de una capacidad unitaria. Es decir, la solución eficaz de los problemas requiere de cinco componentes interactuantes: a) orientación al problema, b) definición y formulación del problema, c) generación de alternativas de solución, d) toma de decisiones, y e) puesta en práctica de la solución y verificación.

De acuerdo con el meta-análisis realizado por Hill-Briggs & Gemmel (2007) en el 50% de las intervenciones en las cuales se incluyó la técnica de solución de

problemas existió una mejoría significativa relacionada con la hemoglobina glucosilada. La hemoglobina glucosilada (también conocida como hemoglobina glicada o hemoglobina glicosilada) es un estudio que revela el promedio ponderado de los niveles de glucosa en sangre de tres meses anteriores (Pérez-Pastén, 2008).

En México, también se han llevado a cabo numerosos estudios que confirman el impacto positivo de las técnicas cognitivo conductuales en el mejoramiento de la calidad de vida y adhesión al tratamiento médico en pacientes diabéticos, tanto a nivel individual (Carballido, 2003; Cortázar, 2003; Lobato, 2002; Riveros, Cortázar, Alcázar & Sánchez-Sosa, 2005), como en grupo (Barrera, 2002; Caballero, López & Gómez, 2004; Del Castillo, 2005; Jáuregui, 2002; Robles, 2002). Estos estudios reconocen la importancia de desarrollar métodos sistematizados y pedagógicos que mejoren la efectividad del tratamiento y destacan la necesidad de evaluar cómo se llevan a cabo de manera más precisa los cambios conductuales en los pacientes.

Adicionalmente, cabe recordar que una amplia proporción de la población mexicana que sufre esta enfermedad, posee un escaso nivel educativo lo cual demanda estrategias especiales para que sea capaz de manejar la información y adquirir cogniciones funcionales para instrumentar decisiones en relación al padecimiento, que requiere controlar un gran número de variables.

Capítulo 3. Propuestas para explicar conductas en salud

Determinismo recíproco

El modelo del determinismo recíproco de Bandura hace referencia al hecho de que gran parte del comportamiento humano se encuentra determinado por numerosos factores que operan en interacción. Esto puede dar idea de una falta de libertad, pero no es así ya que la libertad es entendida como la capacidad de ejercer cierto control sobre uno mismo para lograr los resultados deseados, perspectiva que se fundamenta en la autorregulación cognitiva del ser humano (Bandura, 1997).

Tal capacidad opera al igual que lo hacen otras influencias externas. Dadas las mismas condiciones ambientales, las personas que tienen la capacidad de plantearse diferentes cursos de acción y de regular su propia motivación y conducta, tendrán mayor libertad para hacer que las cosas sucedan en comparación con aquellas que poseen una escasa capacidad de ejercer control sobre la naturaleza y la calidad de la propia vida.

Elegir un curso de acción determinado entre varias alternativas posibles no depende exclusivamente de determinantes contextuales sino también del pensamiento reflexivo que capacita a las personas para considerar diversas opciones, tanto para anticipar posibles resultados como para evaluar su propia capacidad para ponerlas en práctica. Cuanto mayor sea su previsión, su competencia y su capacidad de autocontrol, la persona tendrá más éxito en

alcanzar los resultados pretendidos. Esta capacidad del ser humano de poder influir en sus propios pensamientos y, a partir de estos en su conducta, le permite construir parcialmente su destino.

Una de las principales líneas de investigación a partir de este modelo ha sido el estudio del impacto de la autoeficacia en el cuidado de la salud. Uno de los postulados es que la confianza de los pacientes en su habilidad para llevar a cabo conductas saludables influye en la ejecución de las mismas. En diversos estudios se ha demostrado que el autocontrol de la diabetes se puede mejorar a través del incremento de la autoeficacia (Robiner & Keel, 1997; Krichbaum, Aarestad & Bueth, 2003; Sarkar, Fisher & Schillinger, 2006).

Autorregulación en las enfermedades crónico-degenerativas

La autorregulación puede definirse como una secuencia de acciones y/o procesos dirigidos intencionalmente para alcanzar una meta personal (Creer, 2000). En otras palabras, consiste en los esfuerzos individuales de una persona para controlar su propia conducta a través del tiempo y diferentes contextos para lograr metas autoelegidas.

Creer (2000) señala que un modelo de autorregulación en las enfermedades crónicas se compone de los siguientes elementos:

1) Selección de objetivos

Existen dos funciones preparatorias necesarias en la selección de objetivos: los sujetos deben adquirir conocimientos sobre su enfermedad crónica y

habilidades sobre cómo manejarla. La educación para los pacientes provee ésta información así como la enseñanza de estrategias de autocontrol que pueden ejecutar para mejorar su condición. Cuando los pacientes han adquirido conocimientos sobre su enfermedad y el rol que pueden tener en el automanejo, se establecen los objetivos específicos que, en caso de alcanzarse, mejorarán su salud y bienestar. La selección de objetivos es la única actividad donde existe una verdadera colaboración entre los pacientes y los profesionales de la salud. Una vez que los objetivos han sido discutidos, negociados y finalmente determinados deben redactarse y describirse en un plan de tratamiento.

Existen cuatro consecuencias positivas en la selección de objetivos:

- a) Se establece preferencia sobre los resultados deseados
- b) Se incrementa el compromiso de los individuos a perfeccionar sus habilidades de autocuidado
- c) Se establecen expectativas que alimentan el esfuerzo de los pacientes.
- d) El paciente se siente parte de un equipo en el cuidado de su salud

2) *Recolección de información*

Los medios de recolección de información son el automonitoreo, la autoobservación y el autorregistro de datos. Esto será útil para verificar qué tanto los objetivos se están alcanzando. Para que un automonitoreo sea óptimo se requiere que: los pacientes monitoreen el fenómeno que ha sido operacionalizado como conductas objetivo y no ofuscarlo con demasiadas categorías, se trate de una medida objetiva y el registro se lleve a cabo por un período especificado.

3) *Procesamiento de la información y evaluación*

Los pacientes deben seguir los siguientes pasos que involucran este proceso:

- a) Detectar cualquier cambio significativo que ocurra en ellos mismos.
- b) Evaluar la información que ellos observan, almacenan y procesan sobre ellos mismos.
- c) Establecer los estándares para hacer la evaluación de los cambios más consistentes.
- d) Evaluar y hacer juicios sobre los datos que procesa.
- e) Evaluar cualquier cambio que ocurre en términos de las condiciones antecedentes que los condujeron al cambio, las conductas que pueden ejecutar para alterar los cambios y las consecuencias potenciales de su acción.

4) *Toma de decisiones*

Después de que los pacientes coleccionan, procesan y evalúan datos de ellos mismos y de su enfermedad, deben tomar decisiones apropiadas basadas en la información. La toma de decisiones es el centro de un autocontrol exitoso.

5) *Acción*

Se compone de las ejecuciones de habilidades de autocontrol de la enfermedad crónica. Se fundamenta en autoinstrucciones que incluyen puntualidad, dirección y mantenimiento de las conductas encaminadas a mantener

en estándares deseables las condiciones relacionadas con la salud. Las habilidades de autocontrol pueden dar pie a la adquisición de otras estrategias para afrontar la enfermedad como solución de problemas, control de estímulos, control cognitivo, relajación, desensibilización sistemática, modelamiento y autorreforzamiento (Creer, 2000).

6) *Autorreacción*

Se refiere a cómo los individuos evalúan sus ejecuciones. Con base a esta evaluación, pueden establecerse expectativas realistas sobre sus ejecuciones y si necesitan de más entrenamiento o experiencia. Los pacientes crónicos deben establecer expectativas realistas sobre los límites del autocontrol de su condición. La autoeficacia influye en la ejecución de conductas de autocontrol. Autoeficacia es la creencia de los pacientes de poner en práctica estrategias en una situación dada (Bandura, 1997). El conocimiento de habilidades no es garantía suficiente de que serán usadas apropiadamente. Los pacientes deben creer que son capaces de ejecutar tales estrategias para lograr los objetivos que se propongan. Así que la autoeficacia se desprende de los logros obtenidos. La autorreacción es elemento indispensable del mantenimiento de las habilidades a través del tiempo.

7) *Técnicas de autocontrol*

Los procedimientos de autocontrol en modificación conductual se refieren principalmente a las técnicas en las cuales el paciente juega una parte activa y, en ocasiones, es la única en la administración del tratamiento, tal es el caso de los

pacientes con enfermedades crónicas. Entre estas técnicas destacan el control de estímulos, el automonitoreo, autorreforzamiento y autocastigo, entrenamiento de respuesta alternativa, biorretroalimentación y biblioterapia.

Autodeterminación

Ryan & Deci (2008) señalan que actualmente, en el área clínica, se está prestando atención al uso de los tratamientos basados en la evidencia. Sin embargo, se está dando menos atención al desarrollo y validez de las teorías basadas en la evidencia que se enfocan en el proceso de cambio. La terapia basada en la teoría es especialmente importante porque el clínico se enfrenta a situaciones nuevas y configuraciones únicas de problemas que en muchas ocasiones no pueden ser tratadas con métodos estandarizados. Las teorías son la guía para tratar casos novedosos ya que permite que el clínico identifique las necesidades para el tratamiento de los mismos e implementar tareas terapéuticas que faciliten el mantenimiento de los cambios obtenidos. La teoría de la autodeterminación provee empíricamente guías y principios para motivar a las personas a explorar experiencias y eventos así como realizar cambios adaptativos en metas, conductas y relaciones.

De acuerdo con los fundamentos de la autodeterminación, el tipo o la calidad de motivación de una persona es más importante que la cantidad de motivación para predecir resultados en su salud y bienestar psicológico (Deci & Ryan, 2008).

La propuesta de la autodeterminación está enfocada en los procesos a través de los cuales una persona adquiere la motivación para iniciar y mantener nuevas conductas relacionadas con la salud (Ryan, Patrick, Deci & Williams, 2008). Se distinguen tres conceptos fundamentales (Deci & Ryan, 2008):

- a) La motivación autónoma o intrínseca. Se presenta cuando las personas se involucran en actividades que son interesantes por sí mismas y que promueven su desarrollo. Una forma de motivación autónoma es la *regulación por identificación* que se hace evidente cuando una persona aprueba o se identifica con el valor o importancia de una conducta en salud. El personal médico facilita la identificación cuando provee información relevante y razones significativas para el cambio y no aplica controles externos o presiones que detracten la capacidad de elección (Ryan, Patrick, Deci & Williams, 2008).

Otra forma de motivación autónoma es la *regulación integrada* que consiste en adoptar la conducta de salud con base en valores centrales y estilo de vida. El personal médico apoya la integración cuando facilita al paciente la exploración de las barreras para el cambio y ayuda a identificar trayectorias congruentes para la salud (Ryan, Patrick, Deci & Williams, 2008).

- b) La motivación controlada o extrínseca. Consiste de una regulación externa en la cual la conducta de una persona depende de las contingencias externas de recompensa o castigo.

- c) La amotivación. Es un estado en el cual las personas no poseen la intención de actuar. Esto se presenta cuando no existe un sentido de eficacia o un sentido de control con respecto a un resultado deseado relacionado con una conducta.

Las personas se apoyan en la motivación intrínseca cuando perciben que sus necesidades fundamentales de autonomía, competencia y afinidad son satisfechas. La autonomía es la percepción de que uno mismo es el regulador de la propia conducta. Competencia es la necesidad de sentirse capaz de lograr sus propias metas. Afinidad consiste en sentirse cuidado de manera frecuente y persistente, las personas requieren sentirse seguras y a salvo antes de explorar su medioambiente y experimentar nuevas conductas (Britton, Williams & Conner, 2008).

Estudios desarrollados en el área de la salud han demostrado que la adhesión a la medicación es sustancialmente una función de la autonomía del paciente la cual se promueve por el apoyo a la autonomía ofrecido por el personal médico (Williams, Rodin, Ryan, Grolnick & Deci, 1998). Lo mismo aplica para el mantenimiento de la pérdida de peso (Williams, Grow, Freedman, Ryan & Deci, 1996). En el dominio del abuso de sustancias, se han demostrado relaciones entre el apoyo a la autonomía, motivación intrínseca y resultados en el tratamiento (Zeldman, Ryan & Fiscella, 2004).

Williams, McGregor, Zeldman, Freedman & Deci (2004) desarrollaron un estudio longitudinal en 159 pacientes con DM2 para poner a prueba la teoría de la autodeterminación mediante ensayos clínicos aleatorizados comparando el procedimiento de activación del paciente versus educación pasiva. Se midieron la hemoglobina glucosilada, la motivación autónoma, la competencia percibida y el apoyo a la autonomía brindado por el personal de salud. Los hallazgos demostraron que las percepciones de autonomía y competencia fueron predictoras del cambio en el control glucémico y las conductas de automanejo mediaron la relación entre el cambio en la competencia percibida y el control glucémico.

Julien, Senécal & Guay (2009) implementaron otro estudio en 365 pacientes con DM2 el cual consistió en probar el orden causal entre la percepción del apoyo del personal de salud para incrementar autonomía, motivación, estrategias de afrontamiento y adhesión a la dieta. Utilizando un modelo de panel se investigó cómo esas variables se relacionan unas con otras en el lapso de un año. Los resultados sugirieron que la motivación autónoma y la planeación activa, como estrategia de afrontamiento, se relacionaron de forma recíproca a lo largo del tiempo y que la motivación autónoma influye significativamente en la adhesión a la dieta.

De acuerdo con Markland, Ryan, Tobin & Rollnick (2005), la autodeterminación puede proveer una referencia teórica para comprender cómo ocurren los cambios con la entrevista motivacional (EM). Las estrategias que integran la EM pueden dotar de un ambiente propicio para que la autonomía del

paciente pueda emerger y así se comprometa con un proceso de cambio. A continuación se describen las características de la EM.

Capítulo 4. La Entrevista Motivacional

Los profesionales de la salud que apoyan a los pacientes con DM2 están empleando recientemente una intervención psicológica que se aplicaba exclusivamente en el tratamiento de conductas adictivas denominada Entrevista Motivacional (EM) (Rubak, Sandbaek, Lauritzen, Borch-Johnsen & Christensen, 2006). Se trata de una intervención breve y centrada en el paciente para promover conductas de cambio por medio de la resolución de la ambivalencia (Miller & Rollnick, 1999). Esta técnica ha resultado particularmente útil para los pacientes que son resistentes al cambio o que se muestran ambivalentes frente al mismo.

La EM no reemplaza las intervenciones educativas, cognitivas o conductuales, más bien es una estrategia que precede otras intervenciones y ayuda a los pacientes a prepararse para beneficiarse de los tratamientos antes de que inicien (Welch, Rose & Ernst, 2006; Westra & Dozois, 2006).

Características de la EM

Rollnick, Miller & Butler (2008) señalan que la esencia de la entrevista motivacional es *colaborativa, evocativa y con respeto a la autonomía del paciente*. *Colaborativa* porque, a diferencia del contexto actual en el ámbito de la salud en el que el especialista adopta un papel directivo y el paciente un rol pasivo, promueve la relación clínico-paciente en la cual se desarrolla una conversación activa que se enlaza con el proceso en la toma de decisiones.

Evocativa ya que la EM busca que el paciente identifique los elementos que ya tiene para activar su propia motivación y recursos para el cambio. Un paciente pudiera no estar motivado para hacer lo que los especialistas de la salud requieren, pero cada persona tiene sus propias metas, valores, aspiraciones y sueños. Uno de los objetivos de la EM consiste en conectar el cambio de conducta en salud con lo que a los pacientes les interesa. Esto sólo se puede llevar a cabo entendiendo las perspectivas del paciente evocando sus buenas razones y argumentos para cambiar.

Respeto a la autonomía del paciente, consiste en aceptar que las personas pueden y toman decisiones sobre el curso de sus vidas. Los clínicos pueden informar y aconsejar pero al final, el paciente decide qué hacer.

La práctica de la EM sigue cuatro principios básicos que, en inglés, se pueden recordar con el acrónimo RULE: *Resist, Understand, Listen y Empower* (Rollnick, Miller & Butler, 2008):

- 1) Resistir el reflejo de hacer lo correcto: los profesionistas que brindan servicios de apoyo a las personas tienen un deseo poderoso de hacer lo correcto, prevenir el daño y promover el bienestar. Esto se presenta casi de forma refleja, automática. Esta conducta puede tener en consecuencia un efecto paradójico y la razón no es que los pacientes se encuentren en la etapa de negación, más bien es la tendencia humana a resistir la persuasión, esto se puede verificar cuando la persona se encuentra ambivalente respecto al cambio. El ser humano tiende a creer en lo que escucha de sí mismo, entre

más verbalice las desventajas del cambio, mayores serán las probabilidades de que permanezca en el status quo.

- 2) Entender y explorar las motivaciones del paciente: son las razones propias del paciente, no las del clínico, las que incrementan la probabilidad de cambio en la conducta.
- 3) Escuchar con empatía: consiste en comprender los sentimientos y perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar.
- 4) Empoderar al paciente: ayudar a los pacientes a explorar qué es lo que pueden hacer y que marque una diferencia en el cuidado de su salud. Resulta importante apoyar a los pacientes a tener esperanzas de que el cambio es posible.

Las estrategias motivacionales fundamentales de la EM son las siguientes:

- 1) *Preguntas abiertas*: facilitan el diálogo, no se pueden contestar con una sola palabra o frase y no necesitan ninguna respuesta en particular. Son una forma de solicitar información adicional. Por ejemplo, “*¿cómo le ha afectado la diabetes en su vida?*”
- 2) *Escucha reflexiva*: deducir lo que la persona realmente quiere decir en una frase. Por ejemplo:

Paciente – Todos los médicos me dicen como tengo que vivir mi vida. Estoy harto de eso.

Terapeuta – Está usted cansado de que la gente le diga las cosas que debería y no debería hacer.

3) *Provocar frases automotivadoras*: consiste en facilitar la expresión de afirmaciones en relación al cambio mediante preguntas. Las frases automotivadoras se clasifican en: reconocimiento del problema, preocupación, intención de cambiar y optimismo. Ejemplos:

a) Reconocimiento del problema

¿Qué dificultades ha tenido con el control de la diabetes?

¿De qué forma cree que usted u otras personas se han visto afectadas por la falta de control del azúcar en sangre?

b) Preocupación

¿Hasta qué punto le preocupa su nivel de azúcar en sangre?

¿Qué cree que pueda suceder si usted no realiza un cambio?

c) Intención de cambiar

¿Cuáles son las razones que usted ve para cambiar?

¿Qué es lo que debería cambiar?

d) Optimismo

¿Qué le hace pensar que si decide introducir un cambio, lo podría hacer?

¿Qué le lleva a pensar que podría cambiar si así lo desea?

4) *Balance decisional*: se identifican los costos y beneficios del cambio y del status quo (ver ejemplo en Figura 1).

¿Cuál es la conducta específica que está considerando? Seguir la dieta que me recomendó la nutrióloga		
	SEGUIR IGUAL	HACER UN CAMBIO
BENEFICIOS	Me gusta: - Sigo comiendo lo que me gusta y disfruto - Me olvido por un rato que tengo diabetes	Me gustaría: - Me sentiría bien físicamente - Ya no iría tantas veces al baño - Podría vivir más - Disfrutar a mis nietos
COSTOS	No me gusta: -Sube mi glucosa y me siento mal físicamente - Mi familia me regaña - Me puedo morir si se me sube demasiado la glucosa	No me gustaría: - Tengo que hacer sacrificios para dejar de comer lo que me gusta - Tengo que hacer dos comidas, una para la familia y otra para mí

Figura 1. Ejemplo de balance decisonal

Los elementos clave de la entrevista motivacional son: la naturaleza centrada en el paciente para provocar la conversación en torno al cambio (las propias razones individuales y argumentos para el cambio) y la exploración de la ambivalencia sobre el cambio de conducta mientras se examinan las discrepancias entre la conducta actual y los valores o metas personales. La escucha reflexiva es un componente crítico de la entrevista motivacional, permitiendo la clarificación de metas e intereses y obteniendo razones para cambiar en palabras del paciente.

Cabe destacar que Miller & Rollnick (2002) señalan que existen algunos puntos a considerar en relación a la efectividad de la EM. La EM funciona mejor cuando los pacientes están enojados, resistentes o menos dispuestos a cambiar. Funciona menos para pacientes que ya están listos y comprometidos con el cambio. A las personas más motivadas les pueden funcionar mejor otras técnicas más conductuales/prácticas. Por último puntualizan que algunas personas prefieren consejos concretos, educación, y/o dirección.

La EM y su impacto en la salud física

Martins & McNeil (2009) llevaron a cabo una revisión del uso de la EM para promover conductas en salud en tres áreas: dieta y ejercicio, diabetes y salud dental. En relación a la dieta y ejercicio se encontró que la EM incrementó la autoeficacia, actividad física y el consumo de frutas y vegetales. Disminuyó la ingesta calórica y el índice de masa corporal. A pesar de que la EM no demostró ser más efectiva que otros tratamientos, se sustentó su utilidad clínica.

En cuanto al manejo de la diabetes, al revisarse nueve investigaciones, se demostró su efectividad para incrementar el control glucémico, la actividad física, compromiso en cambios dietéticos y decrementar el peso corporal (Smith, Heckemeyer, Kart & Mason, 1997; Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Christensen, 2005; Calhoun, 2005). Y en el área de la salud dental la EM podría ser un método eficaz para mejorar la prevención de caries e incrementar la asistencia a las citas.

A continuación se describen dos estudios, recientes y aleatorizados, que han explorado los efectos de la EM en el tratamiento de la diabetes.

Smith, DiLillo, Bursac, Gore & Greene (2007) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era determinar si el añadir la EM a una intervención conductual para el tratamiento de la obesidad mejora los resultados de mujeres con sobrepeso y DM2 en relación a la pérdida de peso a largo plazo y control metabólico. Participaron 217 mujeres (38% afroamericanas) obesas y controladas, con una hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor a 7, y fueron asignadas al azar en dos grupos. El grupo control recibió 42 sesiones de tratamiento: semanalmente por 6 meses, 2 veces por semana durante 6 meses y mensualmente por 6 meses en sesiones grupales de 14 sujetos por impartidas por nutriólogo, psicólogo, educador físico y educador en diabetes.

Se abordaron temas sobre control de estímulos, solución de problemas, desarrollo de apoyo social, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. En el grupo experimental además de esto se ofrecieron cinco sesiones de EM de 45 min: antes del tratamiento, a los 3, 6, 9 y 12 meses. En el grupo control se impartieron sesiones de atención individual sobre temas de salud. Los resultados indicaron que las participantes en ambas condiciones perdieron peso a los 18 meses pero en el grupo EM se detectó una mayor pérdida (3.5 - 6.8 kg) a diferencia del grupo control (1.7 - 5.7) ($p = 0.04$), sin embargo, los beneficios no se reflejaron en las mujeres afroamericanas. En la HbA1c hubo una reducción del 0.8 a 1.12% comparado con 0.5 a 1.12% en el grupo control. La adhesión fue mayor en el grupo de EM ya que la asistencia y el automonitoreo fueron más frecuentes.

Por su parte, Channon, Huws-Thomas, Rollnick, Hood, Cannings-John, Rogers & Gregory (2007) desarrollaron un estudio para examinar la eficacia de la EM para disminuir índices de HbA1c y mejorar factores psicosociales en pacientes adolescentes con DM1 comparándola con visitas de apoyo. Los pacientes tenían una edad de 14 a 17 años y más de un año con el diagnóstico de DM1. En el grupo control se llevaron a cabo las visitas en un rango de 6 a 8 semanas y, en el grupo que incluía la EM, la frecuencia de las sesiones se establecían de común acuerdo con el paciente durante 1 año. La media de HbA1c fue significativamente distinta entre los dos grupos ($F = 4.276$, $p = 0.04$). Este efecto se mantuvo un año después de finalizar la intervención, es decir, dos años después de iniciarse el estudio ($F = 9.707$, $p = 0.003$).

El grupo de EM presentó una mayor satisfacción con su vida, menor preocupación, menos ansiedad y mayor bienestar. Además este grupo percibió a la diabetes como un asunto serio e importante a controlar además de que presentó creencias relacionadas con el hecho de que ciertas acciones ayudan a prevenir complicaciones futuras. Este grupo también percibió que la diabetes tiene un menor impacto en sus vidas.

Cabe destacar que son pocos los estudios que confirman la eficacia de la EM para fortalecer la adhesión al tratamiento en pacientes con DM2. Por lo que sería importante verificar el efecto de la EM en el tratamiento de pacientes con DM2. Por ejemplo, en el estudio desarrollado por Befort, Nollen, Ellerbeck, Sullivan, Thomas & Ahluwalia (2008) en mujeres afroamericanas obesas, no se encontraron diferencias significativas en relación al peso corporal comparando la

EM y una intervención educativa. Los autores consideran que el bajo nivel socioeconómico podría generar una mayor percepción de barreras para el cambio, por lo que la EM no resulta tan útil como en otras poblaciones. Concluyen con la necesidad de investigar en que poblaciones resulta más efectiva la EM.

Mecanismos de acción de la EM

A pesar de que la eficacia de la EM ha sido comprobada empíricamente aún existen dificultades para identificar los mecanismos que explican el funcionamiento de esta herramienta. Miller & Rollnick (2002) señalan que posiblemente uno de los mecanismos de cambio sea la resolución de la ambivalencia. Posteriormente Miller & Rose (2009) señalan que el mecanismo principal radica en la evocación de la “plática de cambio” que consiste en las verbalizaciones relacionadas con la fuerza del compromiso del cambio. Se ha demostrado que el incremento en la fuerza de estas verbalizaciones incrementa las probabilidades de que el cambio ocurra.

Como se describió anteriormente, mediante los postulados de la autodeterminación se trata de explicar el funcionamiento de la EM (Markland, Ryan, Tobin & Rollnick, 2005). De acuerdo a este enfoque, la EM fortalece la motivación intrínseca para la realización de actividades que promueven el desarrollo personal.

Por otra parte, Faris, Cavell, Fishburne & Britton (2009) proponen que la *client agency*, definida como la capacidad del paciente de influir activamente el

curso de la terapia, es el mecanismo responsable de cambio en la EM. *Client agency* es un constructo que es más respetado por sus contribuciones teóricas potenciales que por sus bases empíricas. Los autores señalan que las personas poseen la capacidad para autocorregirse sin la asistencia de un profesional de la salud mental. El cambio autodirigido ocurre cuando las personas inician un tratamiento. Por ejemplo, el 60% de los pacientes reportan una disminución importante de los síntomas entre el contacto inicial vía telefónica y la primera sesión terapéutica. Más del 80% de los pacientes indican que los eventos fuera de la sesión contribuyen a la mejoría.

Se plantea la posibilidad de que uno de los principios de la EM, que es la creación de un ambiente empático, sea responsable de propiciar el cambio, ya que permite que en un clima de confianza y seguridad el paciente explore y reflexione sus problemas. También se señala que la “plática de cambio” puede ser un marcador potencial para fortalecer la *client agency*.

Método

Planteamiento del problema

De acuerdo a lo revisado anteriormente, resaltan los altos costos económicos que implican tanto el tratamiento de la DM2 como las complicaciones crónicas derivadas de un escaso control glucémico en los pacientes. El hecho de que en los mexicanos, solo el 33% de diabéticos sigue las indicaciones médicas implica que el 67% maneja niveles de glucosa sanguínea que no son benéficos para la salud. Además del sufrimiento y deterioro individual y familiar asociado al padecimiento, se prevé que las instituciones de salud van a tener o están teniendo serios problemas para cubrir el gasto que implica la atención médica para esta enfermedad (Arredondo & Zúñiga, 2004).

En cuanto a los costos humanos, se ha sugerido que el deterioro de la calidad de vida es evidente. Las secuelas de una nefropatía diabética restringen de manera importante las actividades de la vida cotidiana. Por ejemplo, De los Ríos, Barrios & Ávila (2004) encontraron que, en los pacientes con nefropatía, el área social presenta un deterioro grave, pues se ve obligado a depender de los miembros de la familia (esposa, hijos mayores) y de los miembros del equipo de salud. El peso que representa el cuidado del enfermo, transportarlo, las diálisis periódicas, el manejo dietético, aunado a las restricciones físicas, deteriora el funcionamiento social.

La amputación de los miembros pélvicos puede significar la pérdida de la autonomía de una persona, mientras que la pérdida de la visión conlleva graves dificultades en la adaptación al entorno del paciente; finalmente, las sensaciones o el dolor derivados de una neuropatía, pueden alterar seriamente el estado emocional del individuo.

De acuerdo con un estudio realizado por De los Ríos, Sánchez, Barrios & Guerrero (2004), el deterioro en los perfiles de la calidad de vida en las diferentes áreas, muestra un proceso gradual y progresivo en relación con la cronicidad de la enfermedad. Todos estos eventos afectan la funcionalidad de las familias, ya que deben destinar atención, cuidados y elevados recursos económicos al paciente con DM2, sin olvidar que la pérdida de un ser querido es irreparable.

Ante estos hechos, la psicología de la salud en general y la medicina conductual en particular han dirigido sus esfuerzos en diseñar intervenciones para modificar los comportamientos relacionados con el cuidado de la salud del paciente con DM2. Las estrategias cognitivo-conductuales han demostrado su eficacia y se ha resaltado el papel fundamental que juega el psicólogo en el ámbito hospitalario. Sin embargo, aún no se cuenta con un programa sistematizado, estructurado y viable en su implantación institucional para ayudar a los pacientes a adherirse a sus tratamientos, y en lo que se refiere a la transmisión de información, se tienen serias dificultades debido al escaso nivel educativo de la población.

Como se mencionó anteriormente, aunque existen algunos estudios sobre el efecto de la entrevista motivacional en pacientes con DM2, los resultados no han sido contundentes ya que existen poblaciones que, debido a sus características (como el estatus socioeconómico y educativo), la EM no ha resultado efectiva para promover el cambio de conducta en salud (Befort, Nollen, Ellerbeck, Sullivan, Thomas & Ahluwalia, 2008).

A pesar de que la Federación Mexicana de Diabetes, en sus cursos de formación de educadores de diabetes incluye el tema de la entrevista motivacional (Federación Mexicana de Diabetes, 2008), no se cuenta con datos de su efectividad, lo cual representa un gran vacío en el terreno de las intervenciones psicológicas. Por lo que resulta importante conocer si la adición de estrategias enfocadas a incrementar específicamente la motivación en los pacientes con diabetes optimiza los resultados de una intervención cognitivo-conductual. Finalmente, en México no se cuenta con un programa sólido que mejore la adhesión al tratamiento médico en gran parte de la población que sufre este padecimiento.

Preguntas de investigación

Integrar la entrevista motivacional (EM) a un tratamiento cognitivo conductual grupal (TCC) contribuirá a:

1. ¿Disminuir significativamente los niveles de glucemia, colesterol y triglicéridos de los pacientes en comparación con el uso únicamente del TCC?

2. ¿Modificar de forma notoria las evaluaciones de autoinforme de los pacientes en comparación con el uso únicamente del TCC?
3. ¿Mantener los cambios 6 meses después de la conclusión del tratamiento?

Objetivo general

Analizar los efectos de la aplicación de la entrevista motivacional en conjunto con un programa cognitivo conductual en las siguientes variables que se definen de forma conceptual:

1. Hemoglobina glucosilada: media ponderada del nivel de glucosa presentado durante tres meses, se recomienda mantener un porcentaje menor al 7% en personas con diabetes (Pérez-Pastén, 2008).
2. Triglicéridos: son moléculas grasas de triple cadena que circulan en la sangre y también se almacenan en el tejido graso, se recomienda mantener un nivel menor a 150 mg/dl (Pérez-Pastén, 2008).
3. Colesterol: sustancia grasa producida normalmente por el hígado, que interviene en la formación de las paredes de las células, y también en la producción de otros compuestos como algunas hormonas y las sales biliares, se recomienda un nivel menor a 180 mg/dl (Pérez Pastén, 2008).
4. Depresión: Una alteración específica en el estado de ánimo: tristeza, soledad, apatía, autoconcepto negativo, deseos autopunitivos, cambios vegetativos y cambios en nivel de actividad (Beck, 2009).

5. Ansiedad: un sistema complejo de respuestas que se activan al anticipar eventos altamente aversivos percibidos como impredecibles e incontrolables y que son considerados como una amenaza potencial para los intereses vitales de una persona (Clark & Beck, 2010).
6. Calidad de vida: la percepción del individuo de su posición en la vida, el contexto de su cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones (WHOQOL, 1998).
7. Autoeficacia: es la creencia de los pacientes sobre su capacidad de poner en práctica estrategias en una situación dada (Bandura, 1997).

Definición operacional de las variables

1. Hemoglobina glucosilada: porcentaje obtenido de la prueba de laboratorio el cual es recomendable que sea menor al 7%.
2. Triglicéridos: miligramos por decilitro obtenidos en la prueba de laboratorio el cual se recomienda resulte menor a 150 mg/dl.
3. Colesterol: miligramos por decilitro obtenido en la prueba de laboratorio el cual se recomienda sea menor a 180 mg/dl.
4. Depresión: puntaje obtenido del Inventario de Depresión de Beck el cual indica los siguientes niveles: mínimo (0 a 9 puntos), leve (10 a 16 puntos), moderado (17 a 29 puntos) y severo (30 a 63 puntos).

5. Ansiedad: puntaje obtenido del Inventario de Ansiedad de Beck el cual indica los siguientes niveles: mínimo (0 a 5 puntos), leve (6 a 15 puntos), moderado (16 a 30 puntos) y severo (31 a 63 puntos).
6. Calidad de vida: puntaje obtenido del instrumento Calidad de Vida en Diabetes.
7. Autoeficacia: puntaje obtenido del Inventario de Autoeficacia en Diabetes.

Diseño

El diseño de investigación fue pretest-postest con dos grupos cuasiexperimentales, con comparaciones transversales antes de iniciar el estudio y longitudinales para medir los cambios antes, después del tratamiento y un seguimiento a 6 meses.

Participantes

Participaron en el estudio 25 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de una institución de salud pública del Distrito Federal. Los pacientes fueron distribuidos de manera intencional en dos grupos: uno que incluye una sesión de entrevista motivacional individual (13 pacientes) y otro que incluye una sesión educativa individual (12 pacientes). Ambas sesiones se realizan antes de ingresar al tratamiento cognitivo conductual grupal. En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas de los pacientes.

Tabla 1. *Características sociodemográficas*

Variable	Motivacional n=13	S. educativa n=12	Total n=25
<i>Sexo</i>			
Femenino	9	8	17
Masculino	4	4	8
<i>Edad</i>			
40-50	0	3	3
51-60	3	2	5
60-69	7	3	10
70-79	3	3	6
>80	0	1	1
<i>Estado civil</i>			
Casado	8	8	16
Soltero	2	0	2
Divorciado	1	0	1
Viudo	2	4	6
<i>Escolaridad</i>			
Analfabeta	0	0	0
Primaria	9	3	12
Secundaria	3	5	8
Preparatoria	0	2	2
Licenciatura	1	2	3
<i>Años de diagnóstico</i>			
1-5	3	2	5
6-10	4	3	7
11 o más	6	7	13

En la tabla 2 se muestran las conductas relacionadas con la adhesión al tratamiento médico en diabetes. Estos datos se obtuvieron de las entrevistas realizadas a los pacientes.

Tabla 2. *Conductas de adhesión*

<i>Conducta</i>	Motivacional n=13		Educativa n=12	
	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
<i>Dieta</i>	9	4	6	6
<i>Ejercicio</i>	7	6	5	7
<i>Automonitoreo</i>	5	8	5	7
<i>Revisión de pies</i>	8	5	5	7
<i>Revisión de ojos</i>	7	6	4	8
<i>Medicamentos</i>				
<i>Pastillas</i>	11		9	
<i>Pastillas e Insulina</i>	2		3	

Se realizó la prueba t de Student para muestras independientes en la medición de la hemoglobina glucosilada con la finalidad de conocer si existían diferencias significativas entre ambos grupos (educativo y motivacional) antes de iniciar el tratamiento. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes de ambas condiciones. De igual forma se analizaron los datos de las escalas con la prueba U de Mann-Whitney (por su nivel de medición) y únicamente en la escala de preocupación por aspectos sociales y vocacionales se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.04$) presentándose un mayor puntaje en el grupo motivacional.

Instrumentos

- **Entrevista Semi-estructurada para Pacientes con Diabetes Mellitus**

Tipo 2 (García, 2003) (ver anexo 2).

- **Calidad de Vida en Diabetes (Robles, Cortázar, Sánchez-Sosa, Páez & Nicolini, 2003)**. Es una versión adaptada del Diabetes Quality of Life Measure (DQOL) que permite evaluar la calidad de vida específica en pacientes con este padecimiento (DCCT, 1988). El instrumento consta de 45 reactivos distribuidos en las siguientes subescalas: a) Satisfacción con el tratamiento, b) Impacto del tratamiento, c) Preocupación por aspectos sociales y vocacionales, d) Preocupación por efectos futuros de la diabetes (ver anexo 3).

Las preguntas se contestan en una escala tipo Likert 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). De acuerdo con el sistema original de calificación una baja puntuación baja de la escala significa una buena calidad de vida.

La escala cuenta con un coeficiente de consistencia interna alfa de .68 a .86 y presenta una adecuada validez factorial y de constructo. El instrumento presenta índices de correlación positivos, moderados y estadísticamente significativos con los instrumentos de ansiedad (.68) y depresión (.51) de Beck.

- **Inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998).** Es la versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del Inventario de Depresión de Beck (BDI). El Inventario de Depresión de Beck (1961) se diseñó para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. El instrumento es autoaplicable y consta de 21 reactivos, cada uno con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual elevada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo 1 punto, el tercero 2 puntos y el último 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma (ver anexo 4).

Las normas de calificación del BDI en México son: mínima (0 a 9), leve (10 a 16), moderada (17 a 29) y severa (30 a 63). Los datos de la estandarización del inventario en México muestran una consistencia interna de 0.78, además el instrumento demostró contar con adecuada validez de constructo y discriminante.

- **Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).** Evalúa la intensidad de sintomatología ansiosa presente en un individuo y es un instrumento autoaplicable que consta de 21 preguntas que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúan. 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 su severidad máxima. Los estudios de las propiedades psicométricas de la versión en español del IAB sugieren que se trata de una medida con alta consistencia interna y validez de constructo, divergente y convergente adecuadas (ver anexo 5).

- **Inventario de autoeficacia en diabetes (Del Castillo, 2010)** El instrumento quedó conformado por 14 reactivos distribuidos en los factores: 1) autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio (6 reactivos), 2) autoeficacia en la realización de actividad física (5 reactivos) y 3) autoeficacia en la toma de medicamentos orales (3 reactivos). Se realizó un análisis alpha de Cronbach para determinar la confiabilidad de la escala total y las tres subescalas resultantes. La escala total tuvo un índice alpha de 0.8285 mientras que los índices alpha de las subescalas fueron los siguientes: 1) autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio 0.7824; 2) autoeficacia en la realización de actividad física 0.8093; y 3) autoeficacia en la toma de medicamentos orales 0.6333 (ver anexo 6).

Procedimiento

Se estableció contacto con las autoridades de una unidad de medicina familiar establecer convenios con la finalidad de realizar la investigación. Se diseñaron las cartas descriptivas y se llevó a cabo el piloteo de la intervención grupal en 10 pacientes, previa firma del consentimiento informado (anexo 1). Mediante la técnica de grupos focales se analizó la satisfacción del usuario. En

base a esta evaluación se realizaron los cambios necesarios para la intervención final.

Por otro lado, se contactó a una psicóloga experta en el manejo de la entrevista motivacional para la impartición de un taller de 20 horas con la finalidad de iniciar el entrenamiento en esta herramienta terapéutica. Y se continuó con la práctica clínica aplicando la EM en pacientes con DM2, involucrando a una psicóloga pasante quien aplicó la técnica, con el apoyo de audiograbaciones se retroalimentó la ejecución de la misma hasta que resultó satisfactoria, acorde a los lineamientos de la EM, mediante una hoja de evaluación de estrategias motivacionales (ver anexo 8).

Se invitó en la sala de espera a los pacientes que acudían a consulta para que participaran en el estudio. También se recurrió al personal médico para que canalizaran pacientes pero la respuesta fue escasa, excepto el área de trabajo social la cual canalizó a una cantidad importante de pacientes.

Una vez que el paciente accedió se dió lectura al consentimiento informado (anexo 1) y se realizó la entrevista semiestructurada (anexo 2) para obtener información precisa sobre el estado actual del autocuidado relacionado con la diabetes y se aplicaron los instrumentos antes de la intervención, al finalizar ésta y después de 6 meses. La aplicación se llevó a cabo por una estudiante de servicio social, debidamente capacitada.

También se llevaron a cabo mediciones fisiológicas tales como hemoglobina glucosilada (HbA1c), triglicéridos y colesterol antes de iniciar el

tratamiento, después del tratamiento y 6 meses después de haber concluido la intervención.

Los pacientes evaluados fueron asignados conforme se integraban a la investigación a dos grupos de intervención:

- a) Un grupo “motivacional” de 13 pacientes que incluyó una intervención cognitivo conductual grupal y 2 sesiones de entrevista motivacional (antes de iniciar el programa y al finalizar éste).
- b) Un grupo “educativo” de 12 pacientes que recibió sólo la intervención cognitivo conductual y 3 sesiones de atención individual (antes, después y a los tres meses de finalizar el tratamiento) en las que se abordaron temas relacionados con el cuidado de la salud.

La intervención cognitivo conductual grupal consistió de 12 sesiones semanales de 2 horas cada una e incluyó las siguientes técnicas:

- a) Psicoeducación: información sobre la relación entre conducta y enfermedad (síntomas, complicaciones agudas y crónicas, factores de riesgo, tratamiento).
- b) Modelamiento y moldeamiento: adquisición de nuevas conductas (uso del glucómetro, inyección de insulina, preparación de alimentos)
- c) Autocontrol: automonitoreo, control de estímulos (toma de medicamentos, alimentación), programación conductual (autorreforzamiento de conductas saludables, contrato conductual).

- d) Modelo de solución de problemas de D’Zurilla: se divide en cinco pasos - identificación del problema, generación de alternativas, evaluación de cada una de las alternativas, puesta en práctica y evaluación de resultados.
- e) Reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos disfuncionales relacionados con el padecimiento y generación de pensamientos alternativos adaptativos.
- f) Entrenamiento en asertividad: habilidades sociales para pedir ayuda, decir “no” en situaciones sociales relacionadas con el consumo de alimentos.

Los temas que se abordaron durante la intervención y las sesiones dedicadas a cada uno de ellos se muestran en la Tabla 2 y de manera mas específica en el anexo 8. En algunas sesiones se proporcionaron folletos educativos (ver anexo 9) para que el paciente recordara la información revisada. Cada sesión de la intervención cognitivo-conductual se videograbó. Una psicóloga especializada y una estudiante de servicio social debidamente capacitadas impartieron las sesiones grupales sin conocer la condición asignada a cada paciente.

En el grupo “motivacional” se realizaron 2 sesiones de entrevista motivacional (antes de la intervención y después de la intervención). Cada sesión tuvo una duración de 20 minutos.

Los objetivos de cada sesión de EM fueron los siguientes:

1) Sesión antes de la intervención: Mediante el uso de preguntas evocadoras el paciente verbalizó frases automotivadoras. Las preguntas que pueden formar parte de ésta sesión son:

¿En su opinión, cuáles han sido algunas de las mejores razones para cuidar su salud?

¿Cómo se imagina que cambiaría su vida cotidiana si controlara su azúcar?

¿Qué cosas hace usted para cuidar sus niveles de azúcar en la sangre que ha sentido le han dado resultado?

¿Qué otras cosas piensa usted que podría cambiar para mejorar sus niveles de azúcar en la sangre?

¿Le gustaría que el grupo de apoyo le ayudara a usted para disminuir sus niveles de azúcar en la sangre? ¿De qué manera?

2) Sesión después de la intervención: que el paciente verbalice frases de autoeficacia, se pueden usar las siguientes preguntas abiertas:

¿Cuáles son los cambios que usted ha realizado desde que entró al grupo de apoyo? ¿Cómo se ha sentido al respecto?

¿Cuáles son las cosas buenas que han sucedido desde que entró al grupo de apoyo?

¿Qué cosas ha hecho para lograr los cambios que se propuso?

¿Qué considera que hace falta?

¿Qué siente usted que podemos hacer para lograr esos cambios?

Tabla 3. *Temas abordados en la intervención cognitivo-conductual*

No. de sesión	Tema	Contenido/ Técnicas
1	Presentación y planteamiento de objetivos	Estructura de la intervención, expectativas/Discusión
2	Educación para la salud	Definición, síntomas, complicaciones agudas y crónicas, factores de riesgo, tratamiento/Exposición
3	Psicoeducación	Relación pensamiento-reacción física-emoción-conducta/ Exposición-Discusión
4, 5	Control emocional	Reestructuración cognitiva, modelo de solución de problemas, relajación
6	Automonitoreo de glucosa y toma de medicamentos	Uso del medidor de glucosa, efecto de los medicamentos, estrategias para toma de medicamentos/ modelamiento, modelo de solución de problemas, control de estímulos
7 y 8	Alimentación	Relación alimentación – glucemia, grupos de alimentos, menú bajo en carbohidratos/modelamiento, modelo de solución de problemas, control de estímulos
9	Actividad física y cuidado de los pies	Relación entre actividad física y glucemia, opciones para realizar actividad física, revisión diaria de pies/ modelo de solución de problemas, contrato conductual, modelamiento
10	Asertividad	Conducta no asertiva, agresiva y asertiva/ modelamiento y moldeamiento
11	Revisión y cuidado de los pies/Inyección de insulina	Recomendaciones para la prevención del pie diabético y aplicación de la inyección de insulina/ modelamiento, moldeamiento y ensayo conductual
12	Cierre	Logro de objetivos y compromisos a largo plazo/ Discusión

Las sesiones “educativas” tuvieron un carácter directivo, donde solo se ofreció información sobre la enfermedad, se utilizó el consejo y la persuasión para que el paciente realice cambios en la conducta acorde a las recomendaciones médicas.

Resultados

Se logró entrevistar a 70 pacientes pero solo 56 acudieron a la evaluación y 36 asistieron a la intervención. Finalmente concluyeron 25 pacientes. En la figura 2 se muestra el diagrama de flujo de los pacientes atendidos.

Se realizaron análisis estadísticos para averiguar si existieron diferencias significativas entre los pacientes que abandonaron la intervención cognitivo conductual grupal y los que la finalizaron en cada grupo (“motivacional” y “educativo”). Se analizó la diferencia entre medias de hemoglobina glucosilada con la prueba t de Student y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cada grupo. Se analizaron las diferencias utilizando la prueba U de Mann-Whitney (por el nivel de medición de las variables de autoinforme) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a los años con el diagnóstico de DM2 (los que abandonaron el tratamiento tenían menos tiempo con el diagnóstico) en el grupo “educativo”. En el grupo “motivacional” se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad de los pacientes. Los más jóvenes abandonaron la intervención.

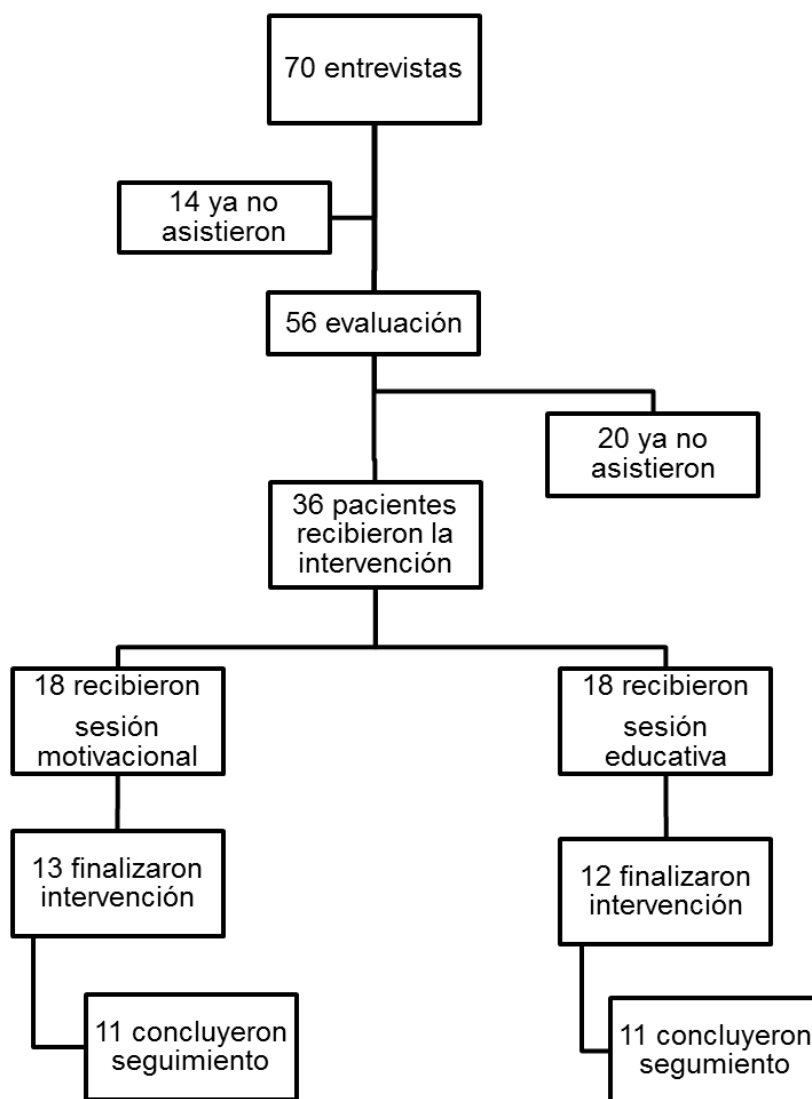


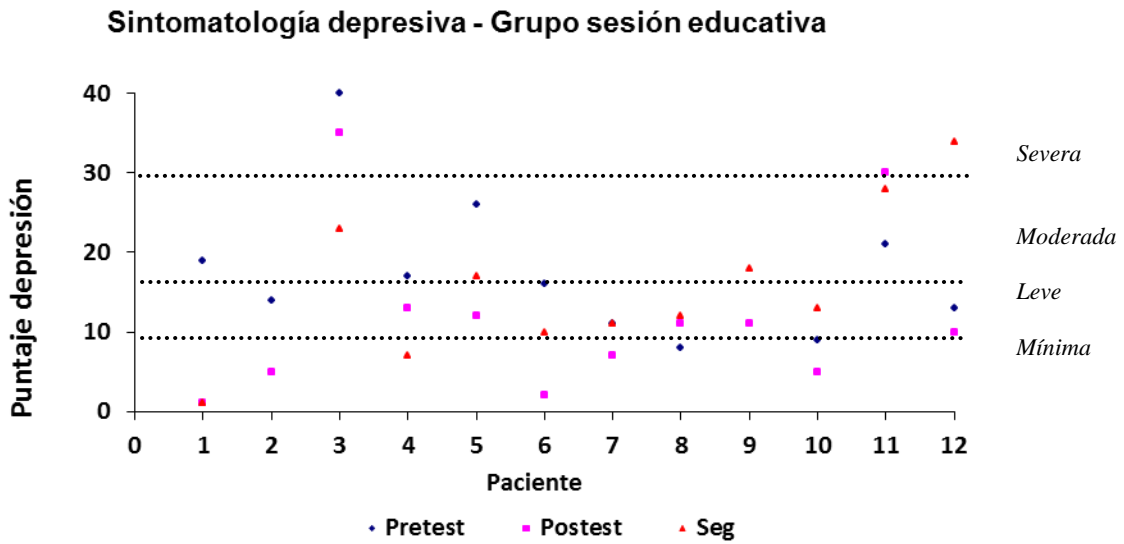
Figura 2. Diagrama de flujo de pacientes atendidos

A continuación se muestran los dispersogramas que muestran los valores pre, post y seguimiento en cada paciente de cada grupo de intervención. También se realizó el cálculo de cambio clínico objetivo que consiste en la diferencia entre el post-test y pretest dividido entre el pretest (Cardiel, 1998). Se considera que un

cambio clínico es significativo cuando es mayor a 0.20. Los cálculos se realizaron con los datos pre-post, post-seguimiento y pre-seguimiento. En el grupo que recibió la sesión educativa un paciente no se presentó para realizar su evaluación de seguimiento y en el grupo que recibió la sesión motivacional dos pacientes no acudieron a su evaluación de seguimiento. Para facilitar el análisis de la significancia clínica al final de las gráficas se mostrará un cuadro que concentra la frecuencia de pacientes que mejoraron, empeoraron o que permanecieron igual de acuerdo al cálculo del cambio clínico objetivo.

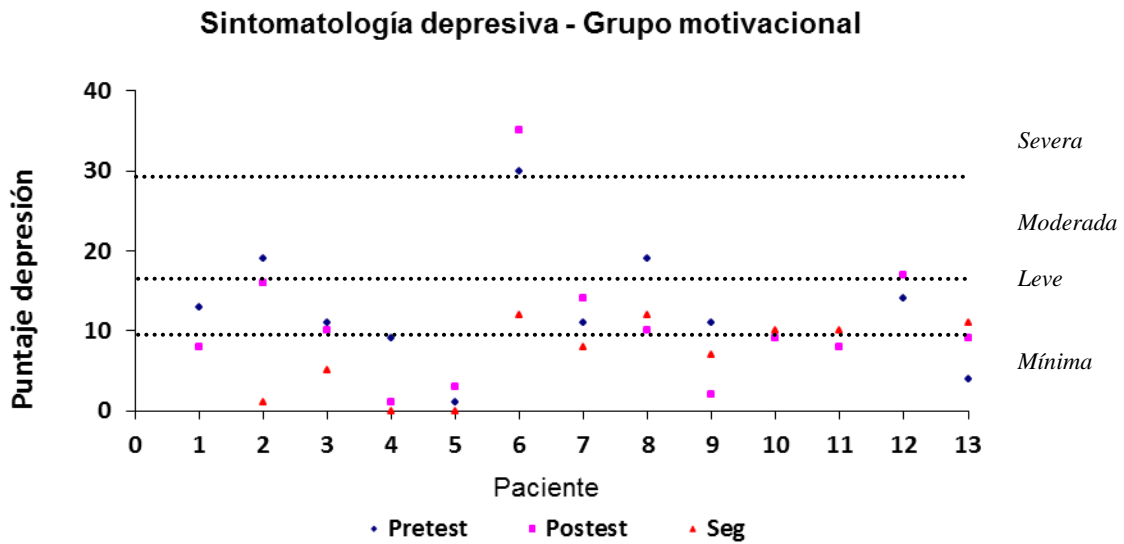
En la figura 3 se puede observar que cuatro de los 11 pacientes tratados se encuentra en el nivel moderado y severo antes de la intervención y que disminuyen su puntaje considerablemente. Cinco pacientes presentaron mayor sintomatología depresiva en el seguimiento en comparación con el pretest y tres pacientes incrementaron esta sintomatología en comparación con el postest.

En la figura 4 correspondiente al grupo motivacional se observa una menor intensidad de los síntomas depresivos en la mayoría de los pacientes, en comparación con el grupo de sesión educativa. Tres pacientes presentan cambio clínicamente significativo en la disminución de los síntomas y tres pacientes presentan un incremento significativo en los mismos. En la evaluación de seguimiento tres pacientes mostraron un leve incremento de los síntomas depresivos en comparación con el pretest..



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
"Pretest"	19	14	40	17	26	16	11	8	11	9	21	13
"Posttest"	1	5	35	13	12	2	7	11	11	5	30	10
"Seg"	1	-	23	7	17	10	11	12	18	13	28	34

Figura 3. Cambios del pre, post y seguimiento en el Inventario de Depresión de Beck en el grupo educativo



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
"Pretest"	13	19	11	9	1	30	11	19	11	9	8	14	4
"Posttest"	8	16	10	1	3	35	14	10	2	9	8	17	9
"Seg"	-	1	5	0	0	12	8	12	7	10	10	-	11

Figura 4. Cambios del pre, post y seguimiento en el Inventario de Depresión de Beck en el grupo motivacional

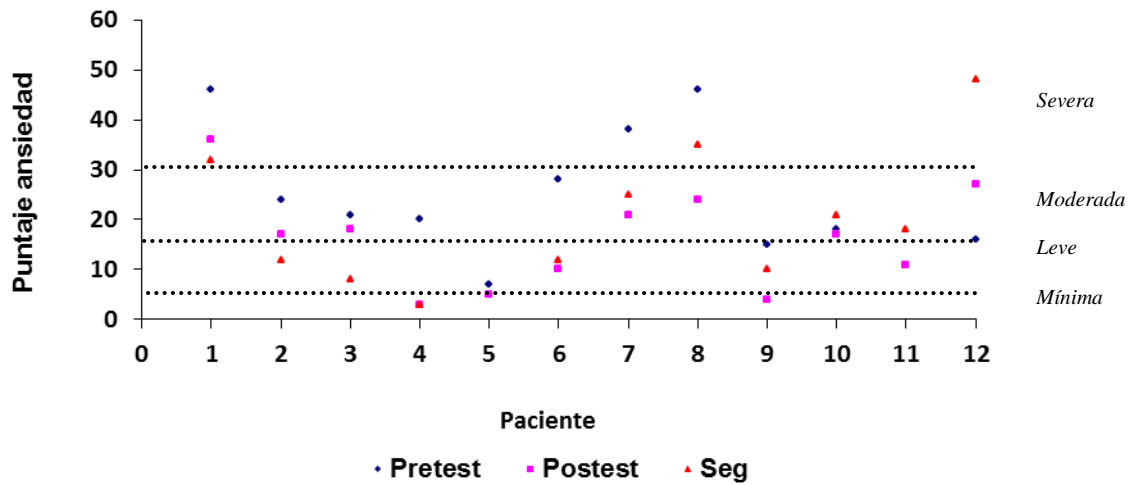
En la figura 5 correspondiente al grupo educativo se observan cambios clínicamente significativos en la disminución de sintomatología ansiosa en 8 pacientes mientras que un paciente empeora, debido a que atraviesa por una crisis económica importante. En el seguimiento tres pacientes mostraron un incremento en la sintomatología superior al pretest y tres mostraron un incremento en comparación con el postest.

En cambio, en el grupo motivacional (figura 6) se observan cambios clínicamente significativos en 11 pacientes después de la intervención. Cinco pacientes disminuyeron de un nivel de ansiedad severa a moderada o leve en el postest y en el seguimiento. Sin embargo, en el seguimiento un paciente mostró incremento en los síntomas mayor al pretest y tres pacientes presentaron un incremento mayor al postest.

En la figura 7 correspondiente al grupo educativo, se observa que nueve pacientes incrementaron su autoeficacia después del tratamiento y cinco pacientes lograron incrementar su autoeficacia en el seguimiento.

En la figura 8 se puede apreciar que en el grupo motivacional ocho pacientes incrementaron el porcentaje de autoeficacia significativamente, solo un paciente presentó una disminución en la misma, pero sin significancia clínica. Cinco pacientes presentaron un incremento en su autoeficacia en el seguimiento.

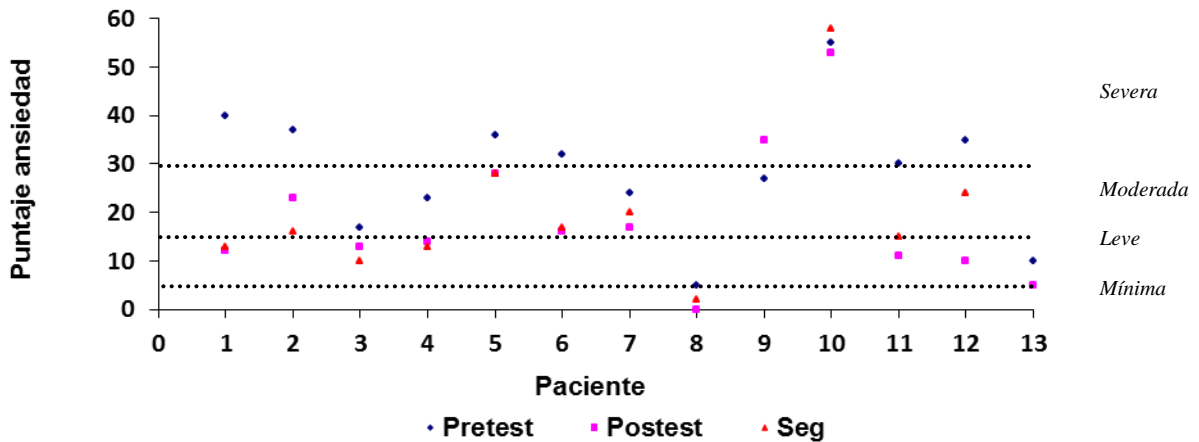
Sintomatología ansiosa - Grupo sesión educativa



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
"Pretest"	46	24	21	20	7	28	38	46	15	18	11	16
"Posttest"	36	17	18	3	5	10	21	24	4	17	11	27
"Seg"	32	12	8	3		12	25	35	10	21	18	48

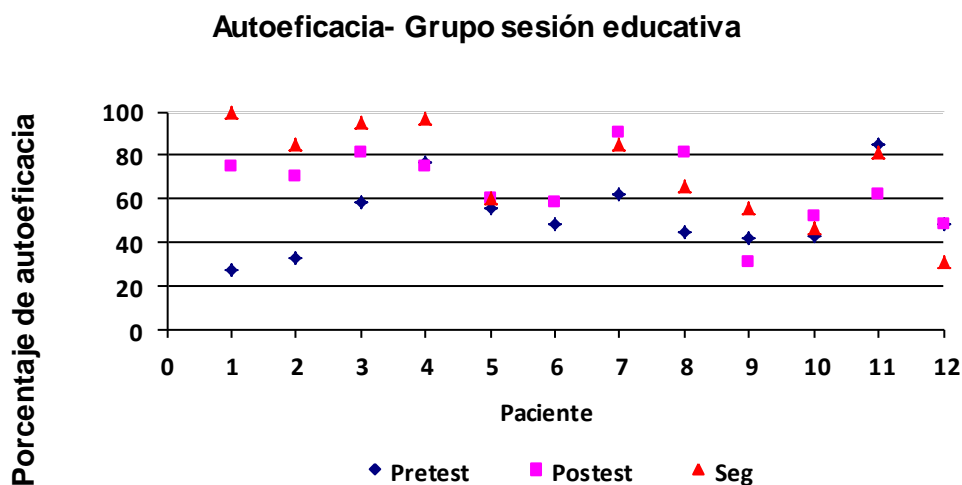
Figura 5. Cambios pre, post y seguimiento en el Inventario de Ansiedad de Beck en el grupo educativo

Sintomatología ansiosa- Grupo motivacional



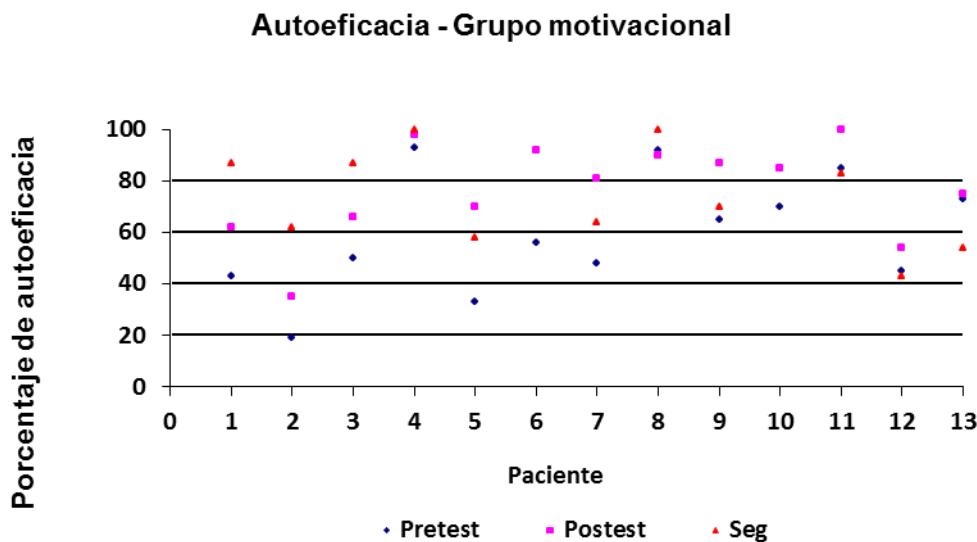
Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
"Pretest"	40	37	17	23	36	32	24	5	27	55	30	35	10
"Posttest"	12	23	13	14	28	16	17	0	35	53	11	10	5
"Seg"	13	16	10	13	28	17	20	2		58	15	24	

Figura 6. Cambios del pre, post y seguimiento en el Inventario de Ansiedad de Beck en el grupo motivacional



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
"Pretest"	27	33	58	77	56	48	62	45	42	43	85	48
"Posttest"	75	70	81	75	60	58	90	81	31	52	62	48
"Seg"	100	85	95	97	60		85	66	56	47	81	31

Figura 7. Cambios del pre, post y seguimiento en el porcentaje de autoeficacia percibida en el grupo educativo



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
"Pretest"	43	19	50	93	33	56	48	92	65	70	85	45	73
"Posttest"	62	35	66	98	70	92	81	90	87	85	100	54	75
Seg	87	62	87	100	58		64	100	70		83	43	54

Figura 8. Cambios del pre, post y seguimiento en el porcentaje de autoeficacia percibida en el grupo motivacional

En la figura 9 se puede apreciar que, en la subescala Insatisfacción con el Tratamiento del instrumento Calidad de Vida en Diabetes, cuatro pacientes que recibieron la sesión educativa mostraron una disminución importante en el post y en el seguimiento. Y seis pacientes mostraron un incremento en su insatisfacción durante el seguimiento en comparación con el pretest..

En cambio, en la figura 10 correspondiente al grupo motivacional se observa que 10 pacientes presentaron una disminución en la insatisfacción con el tratamiento y ésta se mantuvo durante el seguimiento o incluso disminuyó aún más.

En relación con el impacto negativo del tratamiento, en el grupo educativo se puede observar que solo tres pacientes disminuyeron esta percepción (figura 11) mientras que cinco pacientes presentaron un incremento en el seguimiento. En comparación, en el grupo motivacional (figura 12) 10 de los 13 pacientes presentaron un decremento en esta percepción negativa que se mantuvo durante el seguimiento.

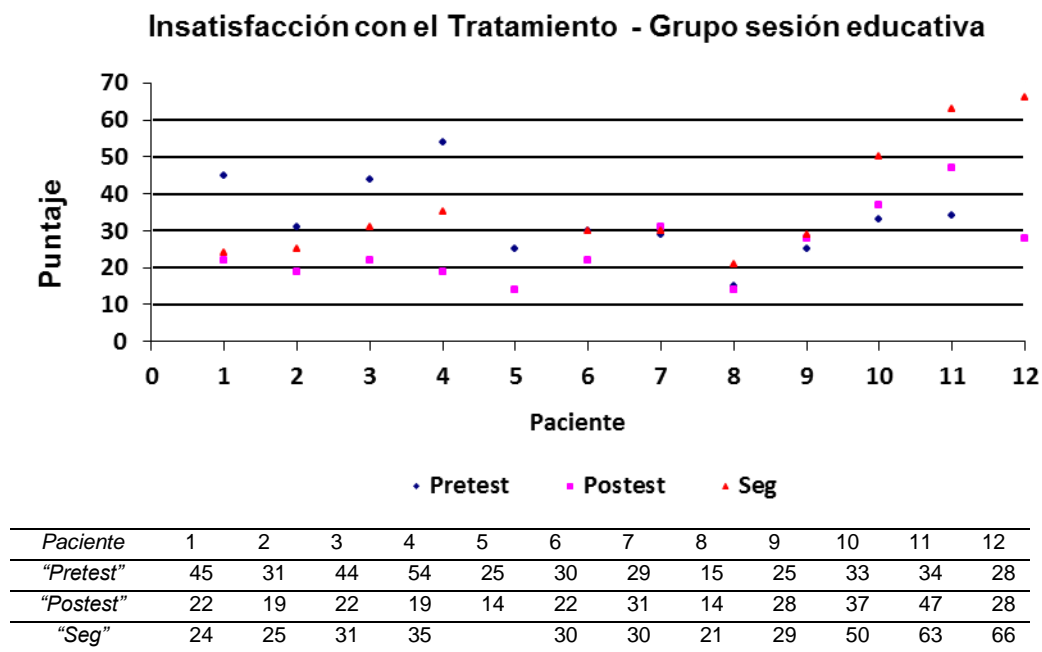


Figura 9. Cambios en el pre, post y seguimiento en la insatisfacción con el tratamiento en el grupo educativo

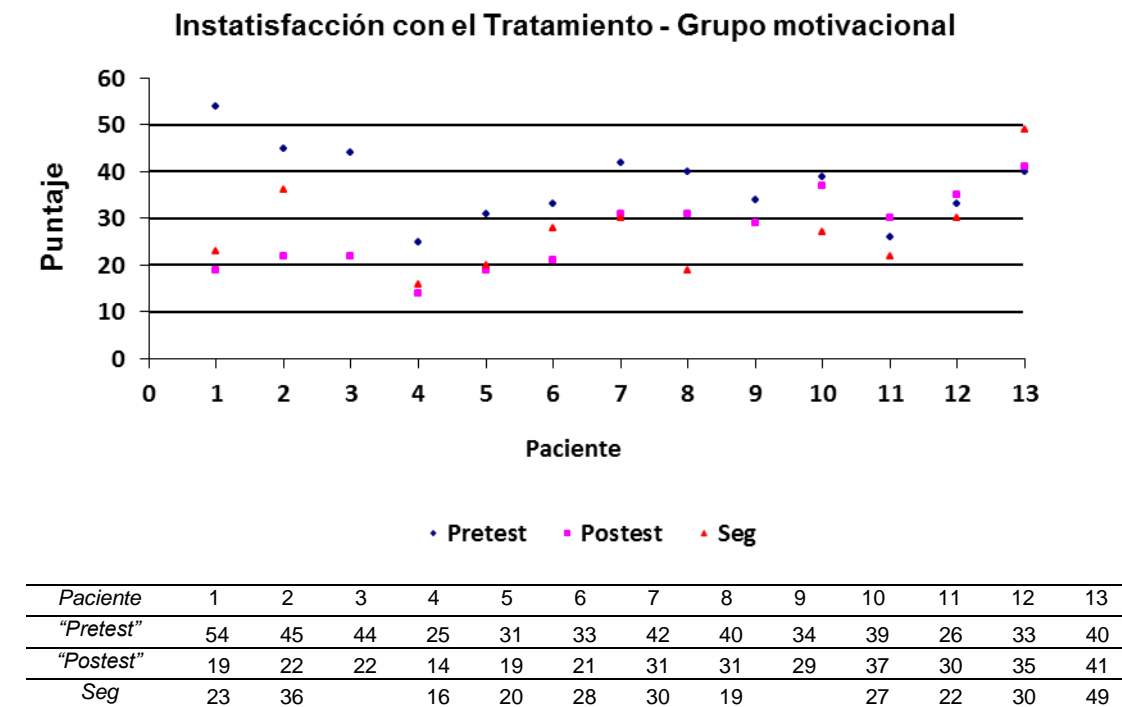
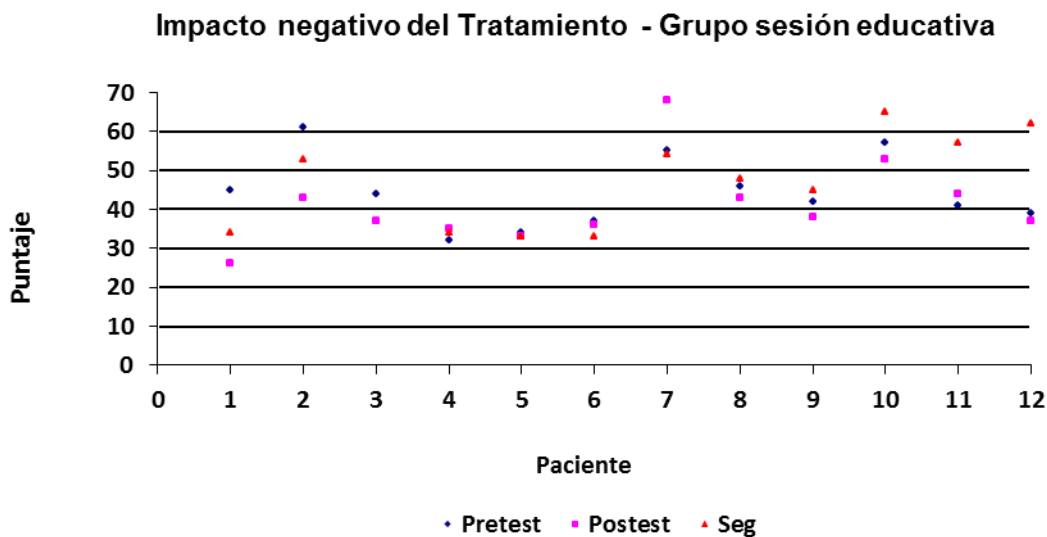
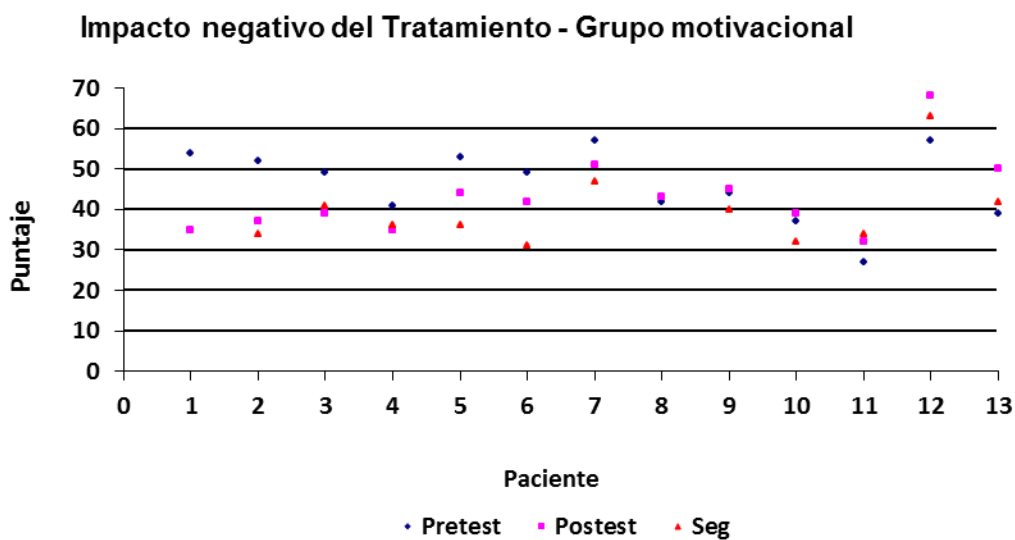


Figura 10. Cambios en el pre, post y seguimiento en la insatisfacción con el tratamiento en el grupo motivacional



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
"Pretest"	45	61	44	32	34	37	55	46	42	57	41	39
"Posttest"	26	43	37	35	33	36	68	43	38	53	44	37
Seg	34	53		34	33	33	54	48	45	65	57	62

Figura 11. Cambios pre, post y seguimiento respecto al impacto negativo del tratamiento en el grupo educativo



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
"Pretest"	54	52	49	41	53	49	57	42	44	37	27	57	39
"Posttest"	35	37	39	35	44	42	51	43	45	39	32	68	50
Seg	-	34	41	36	36	31	47	-	40	32	34	63	42

Figura 12. Cambios pre, post y seguimiento respecto al impacto negativo del tratamiento en el grupo motivacional

En la subescala que se refiere a la preocupación por aspectos sociales y vocacionales en el grupo que recibió la sesión educativa se puede observar que solo dos pacientes disminuyeron su puntaje en el post y seguimiento (figura 13). Es decir, después de la intervención los pacientes se preocuparon más por las consecuencias sociales de su padecimiento.

En el grupo motivacional se puede apreciar que siete pacientes mostraron una disminución en la preocupación y esto se mantuvo durante el seguimiento (figura 14) y solo en un caso la preocupación se incrementó en comparación con el pretest.

En relación a la preocupación por los efectos futuros de la diabetes, en el grupo de sesión educativa cuatro pacientes mostraron un decremento en el puntaje en esta subescala (figura 15). Y tres pacientes mostraron un incremento superior al pretest.

En cambio, en el grupo motivacional, ocho pacientes mostraron una disminución importante en la preocupación (figura 16). Y solo un paciente mostró un puntaje superior al pretest en el seguimiento.

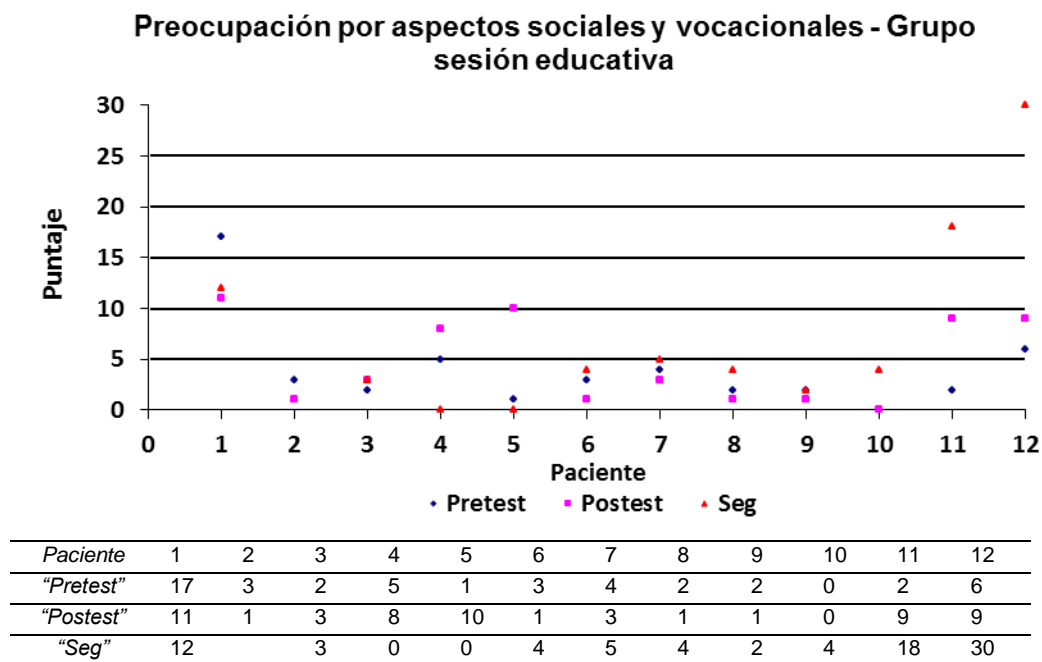


Figura 13. Cambios en pre, post y seguimiento en relación a la preocupación por aspectos sociales y vocacionales en el grupo educativo

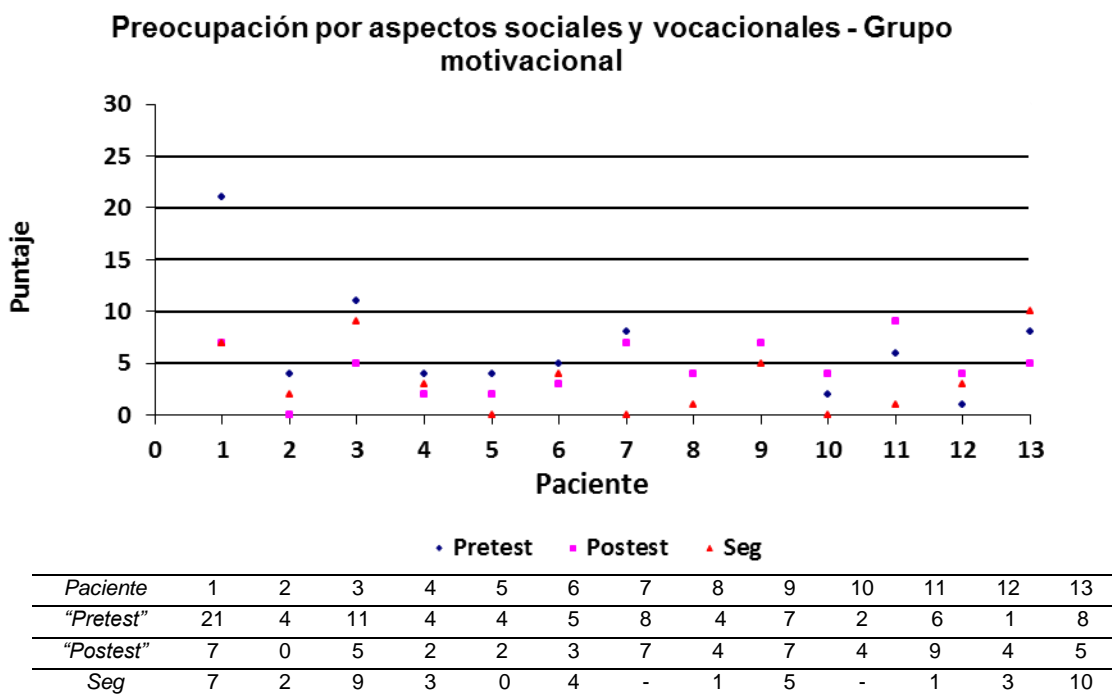


Figura 14. Cambios en pre, post y seguimiento en relación a la preocupación por aspectos sociales y vocacionales en el grupo educativo

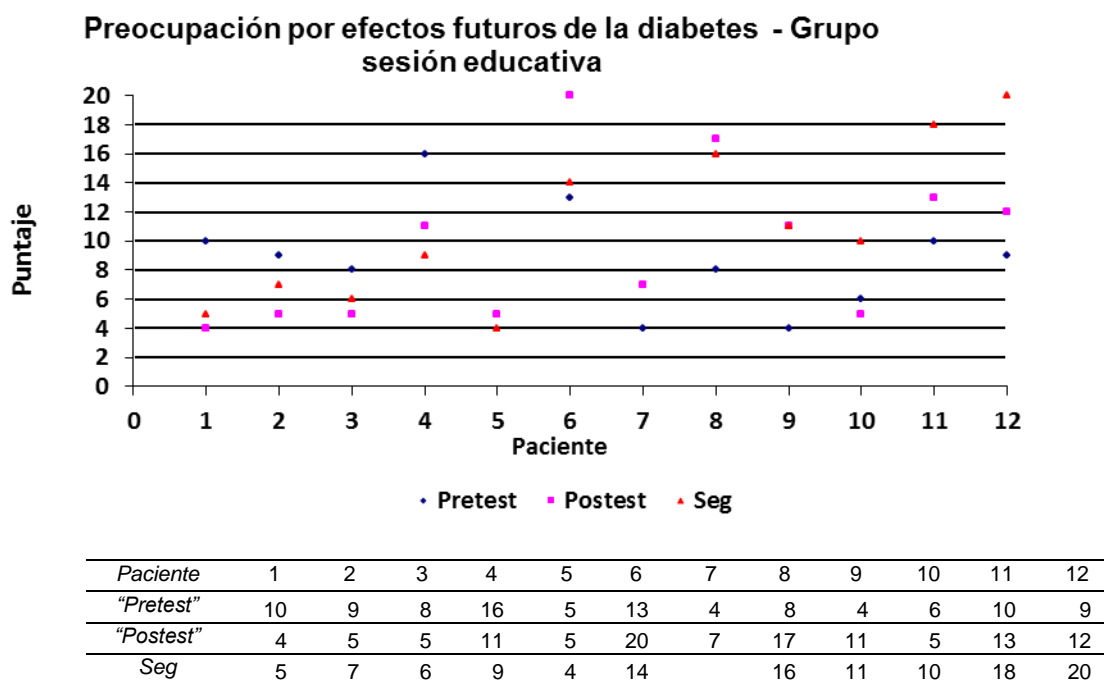


Figura 15. Cambios en pre, post y seguimiento en relación a la preocupación por efectos futuros de la diabetes en el grupo educativo

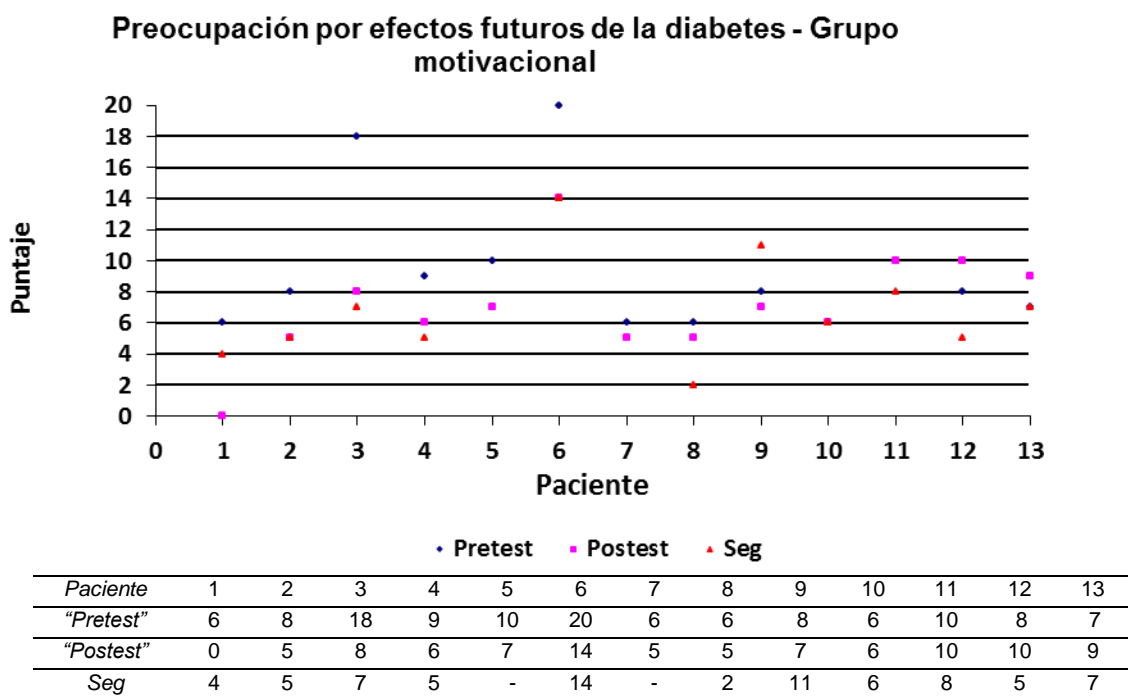
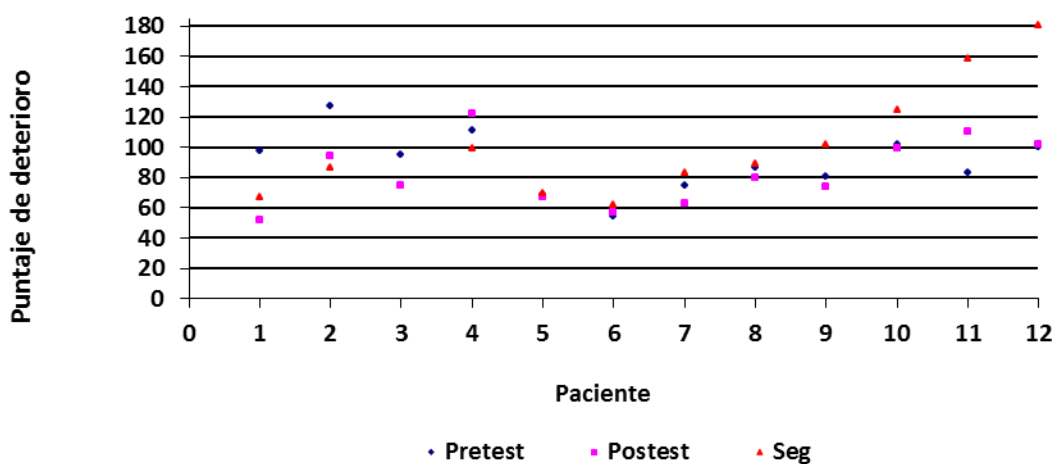


Figura 16. Cambios en pre, post y seguimiento en relación a la preocupación por efectos futuros de la diabetes en el grupo motivacional

En cuanto al deterioro en la calidad de vida, en el grupo de sesión educativa tres pacientes disminuyeron su puntaje en el posttest y seguimiento (figura 17). Seis pacientes mostraron puntajes en el seguimiento superiores al pretest, es decir, su calidad de vida empeoró.

En el grupo que recibió la sesión motivacional todos los pacientes disminuyeron su deterioro en la calidad de vida en el posttest y seguimiento (figura 18). Lo que indica que todos los pacientes incrementaron su calidad de vida después de la intervención.

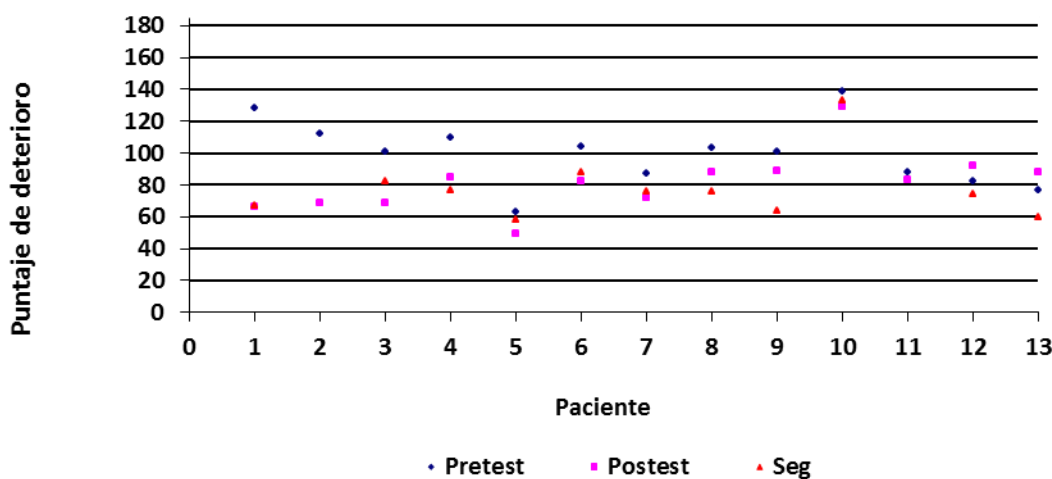
Deterioro de Calidad de Vida Total- Grupo sesión educativa



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
"Pretest"	98	127	95	111	69	54	75	87	81	102	83	100
"Posttest"	52	94	75	122	67	57	63	80	74	99	110	102
Seg	67	87	-	99	70	62	83	89	102	125	159	181

Figura 17. Cambios del pretest al posttest en el deterioro de la calidad de vida en el grupo educativo

Deterioro de Calidad de Vida Total- Grupo motivacional



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
"Pretest"	128	112	101	110	63	104	87	103	101	139	88	82	77
"Posttest"	66	69	69	85	49	82	72	88	89	129	83	92	88
Seg	67	-	82	77	58	88	76	76	64	133	-	74	60

Figura 18. Cambios del pretest al posttest en el deterioro de la calidad de vida en el grupo motivacional

Se realizó la prueba de rangos de Wilcoxon para identificar diferencias significativas entre los puntajes pretest, postest y seguimiento dentro de los grupos educativo y motivacional de las variables depresión, ansiedad, autoeficacia, insatisfacción del tratamiento, impacto negativo del tratamiento, preocupación por aspectos sociales y vocacionales, preocupación por efectos futuros de la diabetes y calidad de vida. En la tabla 4 se pueden observar los resultados. Se marcaron con negritas los datos estadísticamente significativos con un nivel de 0.05 y con sombreado los datos que marcan diferencias significativas pero indicando un cambio que no fue benéfico para los pacientes.

Tabla 4. Resultados de la prueba de Wilcoxon

		Pre-Post Educativa N=12	Post-seg Educativa N=11	Pre-seg Educativa N=11	Pre-post Motiv N=13	Post-seg Motiv N=11	Pre- seg Motiv N=11
Depresión	Z	-2.141	-1.173	-.561	-.804	1.070	-1.870
	Sig.	.032	.241	.575	.422	.285	.061
Ansiedad	Z	-2.358	-1.175	-1.601	-3.182	1.125	-2.803
	Sig	.018	.240	.109	.001	.261	.005
Autoeficacia	Z	-1.869	-1.484	-2.317	-3.078	.000	-2.048
	Sig	.062	.138	.020	.002	1	.041
Insatisfacción del tratamiento	Z	-1.557	-2.362	-.816	-2.728	-.044	-2.581
	Sig	.119	.018	.414	.006	.965	.010
Impacto negativo del tratamiento	Z	-1.494	-1.580	-.668	-1.014	2.404	-1.869
	Sig	.135	.114	.504	.310	.016	.062
Preocupación por aspectos sociales y voc	Z	-.492	-1.174	-1.027	-1.388	-.154	-2.067
	Sig	.623	.241	.305	.165	.878	.039
Preocupación por efectos futuros de la diabetes	Z	-.670	-.822	-.980	-2.144	-.703	-2.203
	Sig	.503	.411	.575	.032	.482	.028
Deterioro en Calidad de Vida	Z	-1.335	-2.045	-.979	-2.727	-.801	-2.934
	Sig	.182	.041	.328	.006	.423	.003

En la tabla 4 se puede observar que en el grupo que recibió la sesión educativa las escalas de depresión y ansiedad mostraron cambios significativos comparando el pre y post- tratamiento. Estos cambios fueron benéficos para los pacientes, es decir, existió una disminución estadísticamente significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva. De igual forma, en la escala de autoeficacia se obtuvieron diferencias significativas y benéficas entre el pre y el seguimiento. Es decir, los niveles de autoeficacia se incrementaron significativamente del pretest al seguimiento. La insatisfacción del tratamiento y el deterioro en la calidad de vida se incrementaron significativamente del posttest al seguimiento, es decir, los pacientes empeoraron en estas dos áreas.

En comparación, en el grupo motivacional no se encontraron datos estadísticamente significativos que señalen que los pacientes hayan empeorado en algún área. Mas bien los pacientes se beneficiaron significativamente en más áreas, en comparación con el grupo educativo. Estas áreas son: ansiedad pre-post y pre-seguimiento, autoeficacia pre-post y pre-seguimiento, insatisfacción con el tratamiento pre-post y pre-seguimiento, impacto negativo del tratamiento post-seguimiento, preocupación por aspectos sociales y vocacionales pre-seguimiento, preocupación por efectos futuros de la diabetes pre-post y pre-seguimiento y mejora significativa en la calidad de vida en el pre-post y pre-seguimiento.

Se aplicó la prueba de Friedman para k muestras relacionadas en los 11 pacientes que finalizaron el seguimiento. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo educativo para la sintomatología ansiosa ($p=.02$). En el grupo motivacional se encontraron diferencias

estadísticamente significativas en la sintomatología ansiosa ($p=.001$), autoeficacia ($p=.029$), insatisfacción con el tratamiento ($p=.013$), preocupación por complicaciones de la diabetes ($p=.025$) y deterioro en calidad de vida ($p=.004$).

Existen diferentes métodos para evaluar la significancia clínica (Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza & Ayala, 2002). Cuando se carece de datos normativos para una población específica se recomienda la fórmula de cambio clínico objetivo (Cardiel, 1994) que consiste en obtener la diferencia entre la puntuación de post test y pre test dividida entre el pre test. Se asume que un cambio es clínicamente significativo cuando es mayor a 20%. Los cambios pueden indicar un deterioro o una mejoría clínica dependiendo del sentido de los datos. Por ejemplo, en la escala de depresión se espera que los puntajes disminuyan en el post test y seguimiento para afirmar que existe una mejoría clínica. En la escala de autoeficacia se espera que los puntajes aumenten como indicador de mejoría. Esta fórmula ha sido utilizada en diversos estudios sobre significancia clínica (Barrón-Rivera, Torreblanca-Roldán, Sánchez-Casanova & Martínez-Beltrán, 1998; Riveros, Cortázar, Alcázar & Sánchez-Sosa, 2005).

La Tabla 5 representa la significancia clínica de las comparaciones pre-post y pre-seguimiento para ambas intervenciones. La tabla está dividida en 3 secciones en las cuales se registró la frecuencia de pacientes que obtuvieron diferencias mayores al 20% entre los puntajes señalados y los que no obtuvieron tal porcentaje en las columnas "Permaneció igual". Al final se realizó una sumatoria de todos los casos y se calculó el porcentaje total dividiendo la

sumatoria entre el total de cambios posibles. Los cambios posibles se calcularon multiplicando el número de pacientes atendidos por el número de escalas aplicadas. Por ejemplo, en la intervención educativa se atendieron 12 pacientes y se aplicaron 8 escalas obteniéndose 96 cambios posibles. Se puede observar que los pacientes que recibieron la sesión educativa presentaron un mayor porcentaje de cambios que indican deterioro tanto en la comparación pre-post (17%) como en la pre-seguimiento (33%) a diferencia de los que recibieron la sesión motivacional que presentaron un porcentaje menor de empeoramiento (8% y 11% respectivamente). También hubo un mayor porcentaje de mejoría en las comparaciones pre-post (51%) y pre-seguimiento (59%) en el grupo motivacional que en la pre-post (43%) y pre-seguimiento (39%) del grupo educativo.

Tabla 5. Significancia clínica de los cambios presentados por los pacientes en los grupos sesión educativa y motivacional

	Mejoraron				Permanecieron igual				Empeoraron			
	Educ		Motiv		Educ		Motiv		Educ		Motiv	
	Pre-Post N=12	Pre-Seg N=11	Pre-Post N=13	Pre-Seg N=11	Pre-Post N=12	Pre-Seg N=11	Pre-Post N=13	Pre-Seg N=11	Pre-Post N=12	Pre-Seg N=11	Pre-Post N=13	Pre-Seg N=11
Depresión	8	5	4	7	2	3	6	1	2	3	3	3
Ansiedad	8	8	11	9	3	1	2	2	1	2	0	0
Autoeficacia	6	7	8	5	4	2	5	5	2	2	0	1
Insatisfacción con el tratamiento	6	3	8	8	5	4	5	3	1	4	0	0
Impacto negativo del tratamiento	2	1	3	3	9	8	9	7	1	2	1	1
Preocupación por aspectos soc y voc	4	3	7	7	6	1	3	1	2	7	3	3
Preocupación por efectos futuros de la diabetes	4	5	6	8	2	1	5	1	6	5	2	2
Deterioro en Calidad de Vida	3	2	6	5	8	5	7	6	1	4	0	0
Total de cambios	41	34	53	52	39	25	42	26	16	29	9	10
Cambios posibles	96	88	104	88	96	88	104	88	96	88	104	88
% de cambios	43	39	51	59	40	28	41	30	17	33	8	11

Por otra parte, se analizaron los datos de índole fisiológica que se valoraron en el estudio. En relación al porcentaje de hemoglobina glucosilada, en el grupo educativo, ocho pacientes presentaron una disminución importante en el post-tratamiento (figura 19). Sin embargo en el seguimiento se presentó un incremento en todos los pacientes excepto en uno. Tres pacientes consiguieron disminuir la hemoglobina glucosilada en el seguimiento al nivel recomendado por

los médicos que es de 7% que se muestra en la gráfica con una línea punteada. Un paciente logró mantenerse con el porcentaje saludable.

En el grupo motivacional nueve pacientes disminuyeron el porcentaje de hemoglobina glucosilada en el post y en el seguimiento y tres pacientes lo incrementaron en el seguimiento (figura 20). Cuatro pacientes consiguieron disminuir la hemoglobina glucosilada en el rango recomendable (menor al 7%) y un paciente se mantuvo en el mismo.

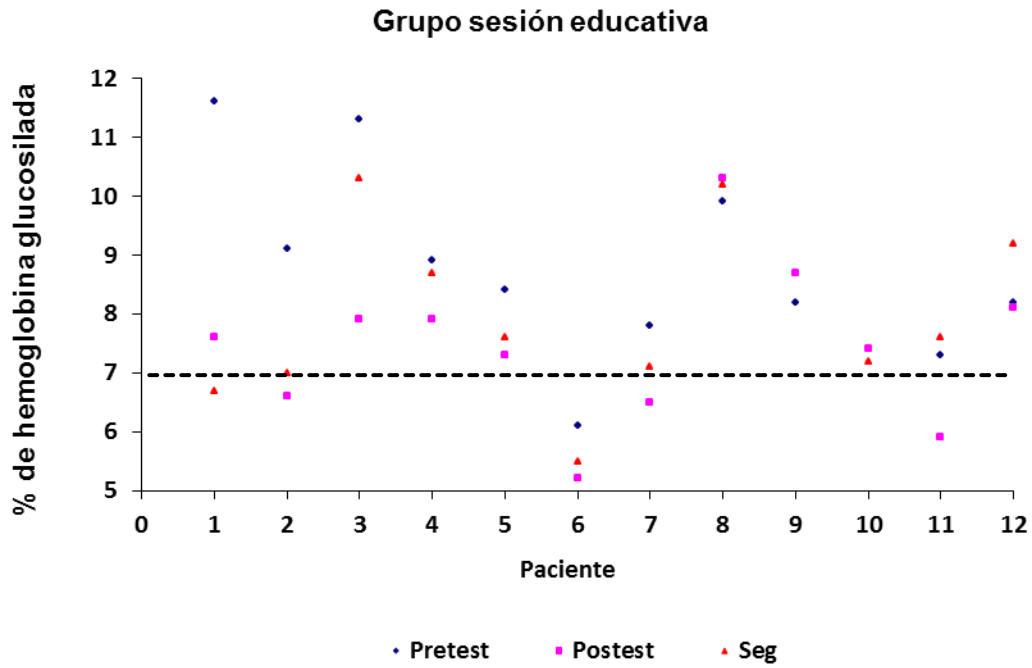


Figura 19. Cambios en el pre, post y seguimiento en hemoglobina glucosilada en el grupo educativo

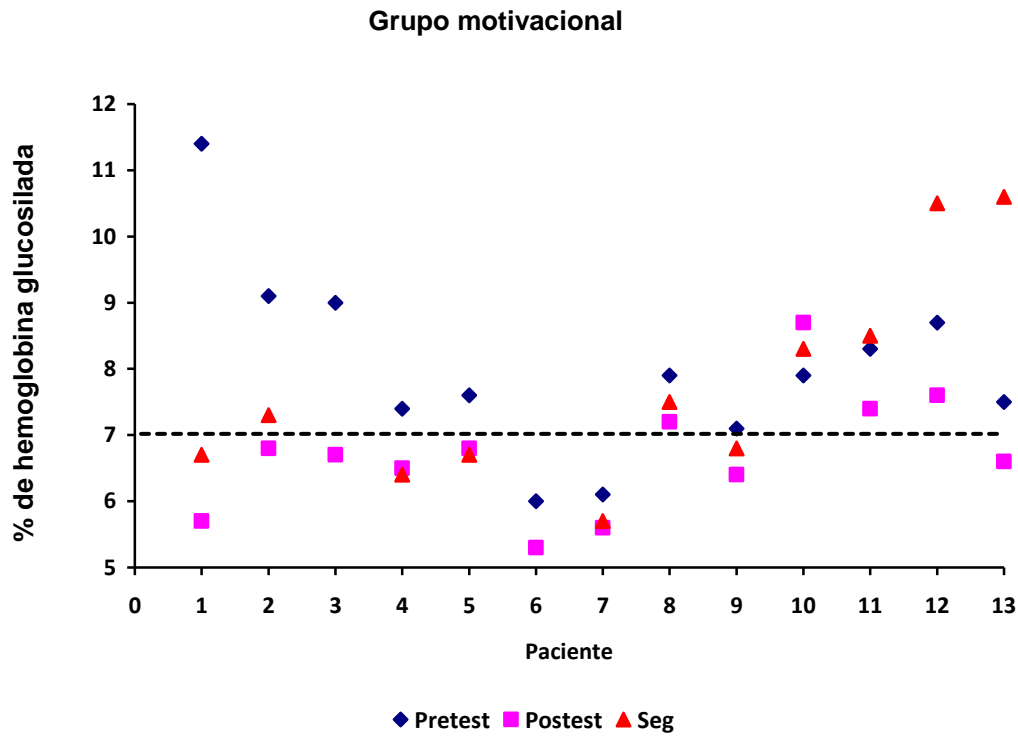


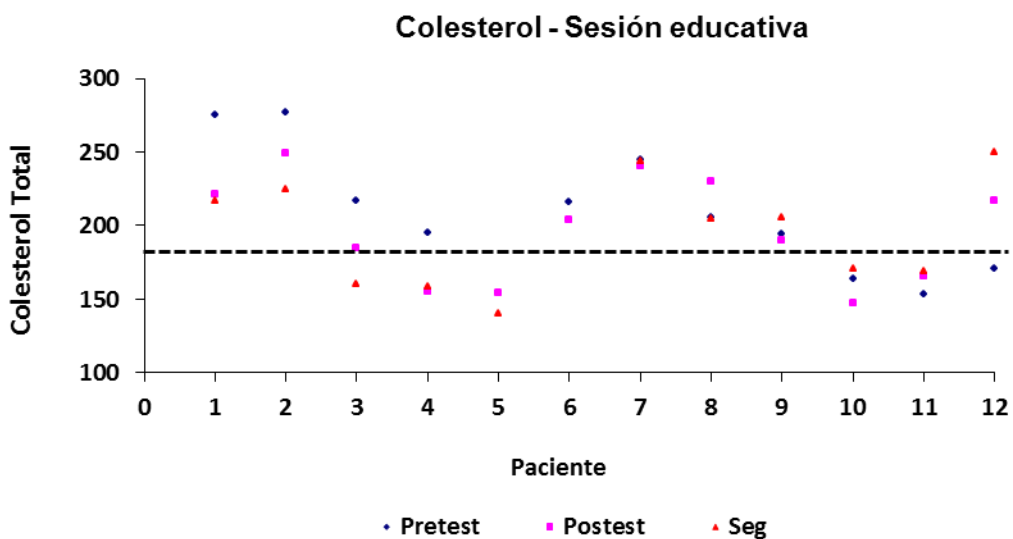
Figura 20. Cambios en el pre, post y seguimiento en hemoglobina glucosilada en el grupo motivacional

Para analizar estadísticamente las mediciones de hemoglobina glucosilada pre, post y seguimiento se aplicó la prueba t de Student para muestras relacionadas (ver tabla 6). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de significancia de 0.05, en todas las comparaciones, excepto en post-seguimiento de la sesión educativa y pre-seguimiento en ambos tratamientos. Lo que quiere decir que los pacientes presentaron un incremento estadísticamente significativo en el seguimiento a 6 meses.

Tabla 6. Cambios en la hemoglobina glucosilada pre, post y seguimiento en ambos grupos

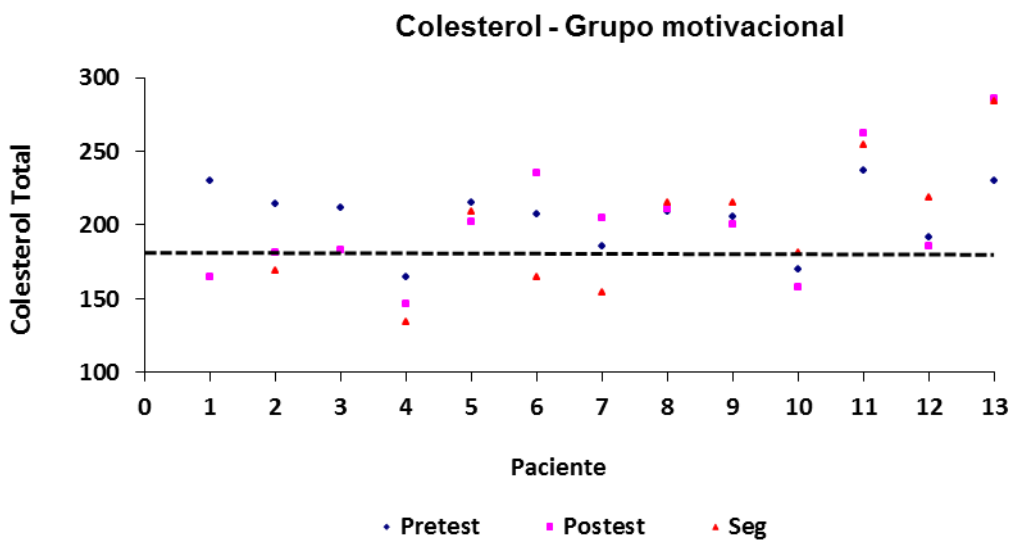
	Media Pre	Media Post	Prob. Asoc.	Media Post	Media Seg	Prob. Asoc.	Media Pre	Media Seg	Prob. Asoc.
Educativa	8.6	7.4	.01	7.3	7.9	.06	8.7	7.9	.12
Motivacional	8.0	6.7	.01	6.8	7.7	.05	8.0	7.7	.60

En relación al colesterol (figura 21) se puede observar que 5 pacientes del grupo educativo disminuyeron sus niveles, sin embargo solo dos pacientes lograron alcanzar el grado recomendable que es menor a 180 mg/dl (línea punteada). Dos pacientes se mantuvieron en el rango saludable. En la figura 22 se puede apreciar que cinco pacientes del grupo motivacional alcanzaron el rango saludable de colesterol y dos pacientes se mantuvieron en el mismo. Cabe destacar que de acuerdo con estudios clínicos, a menudo la respuesta a las variaciones de la dieta es discreta (decremento del colesterol del <10%) (Fauci et al., 2009).



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
"Pretest"	275	277	217	195	154	216	245	206	194	164	153	171
"Postest"	221	249	185	155	154	204	240	230	190	147	166	217
"Seg"	217	225	160	159	140		244	205	206	171	169	250

Figura 21. Cambios pre, post y seguimiento en colesterol total en el grupo de sesión educativa



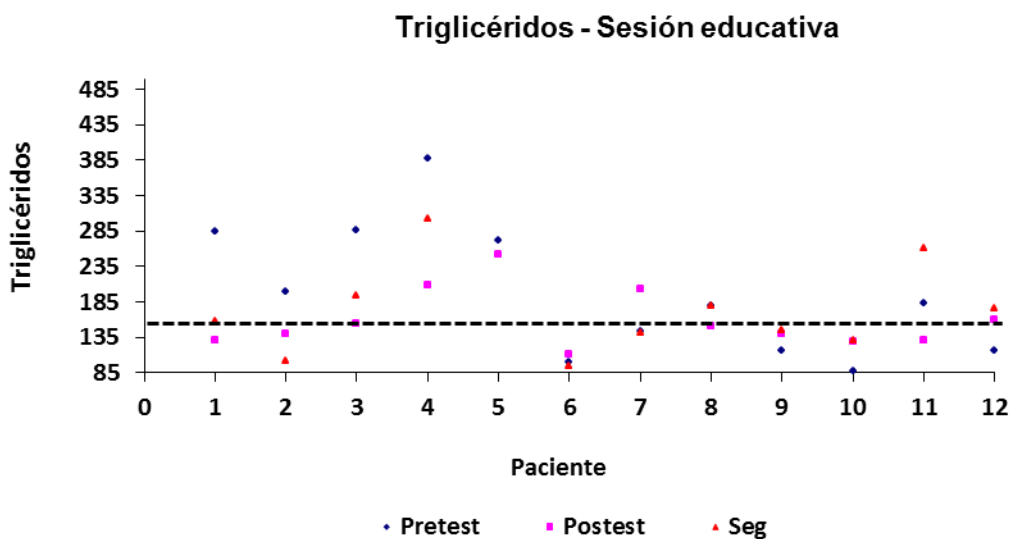
Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
"Pretest"	230	214	212	165	215	207	186	209	206	170	237	192	230
"Postest"	165	181	183	146	202	235	205	211	200	158	262	186	286
"Seg"		169		134	209	165	154	215	215	181	254	219	284

Figura 22. Cambios pre, post y seguimiento en colesterol total en el grupo motivacional

En relación a los triglicéridos se puede detectar en el grupo educativo que solo tres pacientes alcanzaron el nivel recomendado por los médicos que es de 150 mg/dl (línea punteada) y tres pacientes se mantuvieron en el mismo (figura 23).

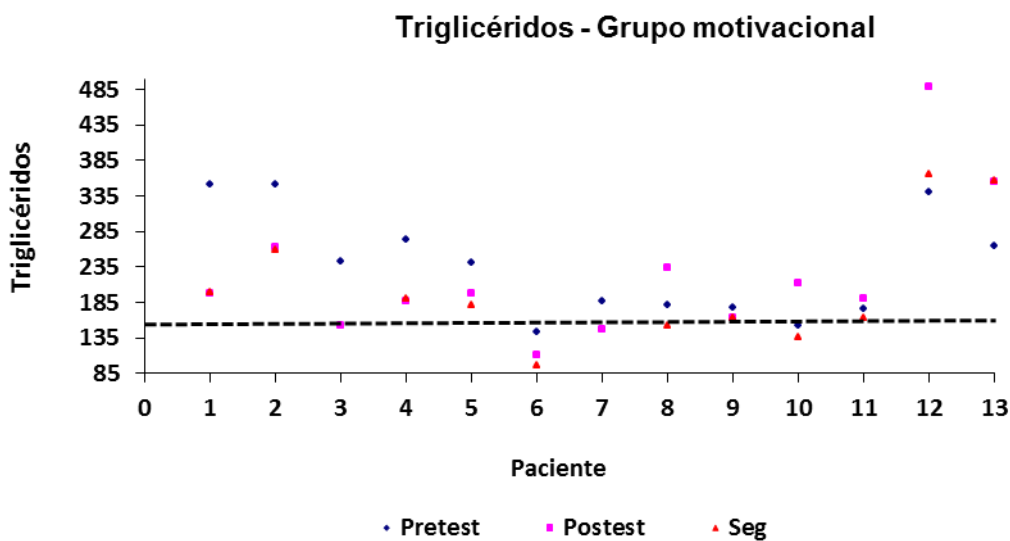
En el grupo motivacional cuatro pacientes disminuyeron sus triglicéridos al rango recomendable y uno se mantuvo en el mismo (figura 24).

Se realizaron los análisis estadísticos con la prueba t de Student para averiguar si existían diferencias significativas pre-post, post-seguimiento y pre-seguimiento en colesterol y triglicéridos y solo se encontraron diferencias entre el postest y seguimiento en el grupo motivacional con una $p=0.04$.



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
"Pretest"	285	200	286	388	272	100	144	180	117	87	183	116
"Posttest"	131	139	154	209	252	110	203	151	139	129	131	160
"Seg"	157	102	194	302		95	142	179	145	131	260	176

Figura 23. Cambios pre, post y seguimiento en triglicéridos en el grupo educativo



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
"Pretest"	351	352	243	273	241	143	186	182	178	152	176	341	264
"Posttest"	198	262	153	187	198	111	147	234	164	212	190	489	354
"Seg"	199	259		190	182	96		153	163	136	163	366	356

Figura 24. Cambios pre, post y seguimiento en triglicéridos en el grupo motivacional

Se realizó el cálculo de frecuencia acumulada por grupo en pre, post y seguimiento para comparar los efectos entre las dos intervenciones. Se eligió la frecuencia acumulada porque en cada grupo y en cada medición existió un diferente número de pacientes.

En relación a la sintomatología depresiva se puede observar en la figura 25 que en el grupo educativo existió un incremento durante el seguimiento mientras que en el grupo motivacional continuó la disminución de los síntomas.

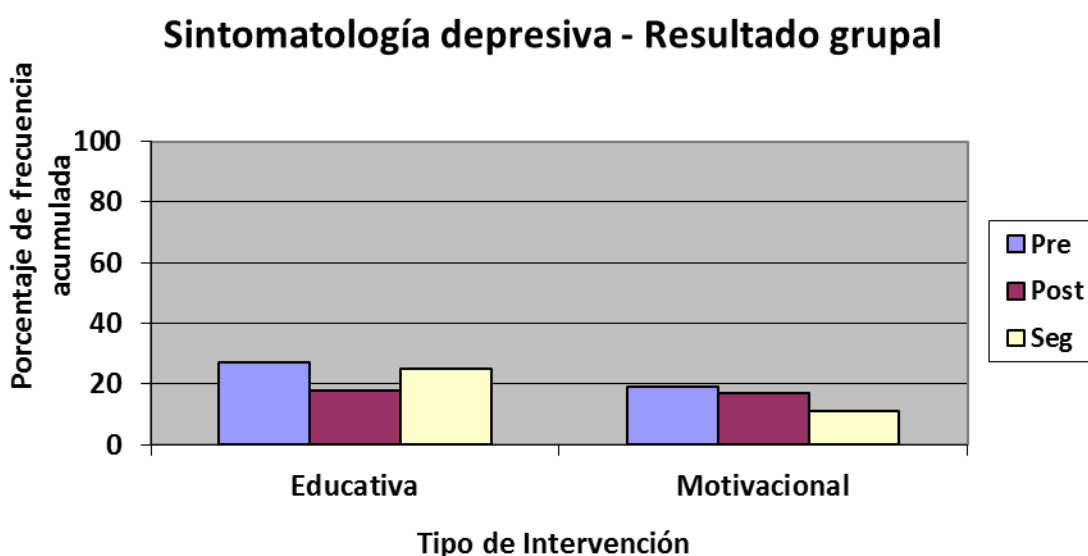


Figura 25. Resultado grupal de sintomatología depresiva

En la figura 26 se puede apreciar que la sintomatología ansiosa tanto en el grupo educativo como en el motivacional tuvo una disminución importante (de 35 a 23% y de 41 a 25% respectivamente) y una ligera elevación durante el seguimiento.

Sintomatología ansiosa - Resultado grupal

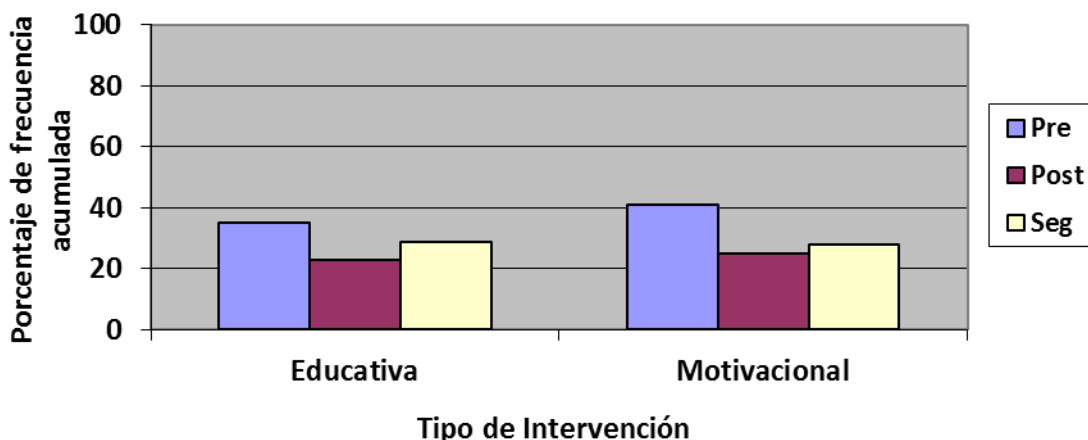


Figura 26. Resultado grupal de sintomatología ansiosa

En cuanto a la autoeficacia se puede observar en la figura 27 que en el grupo educativo se incrementó en el postest y seguimiento mientras que en el grupo motivacional existió un ligero decremento del postest al seguimiento.

Autoeficacia - Resultado grupal

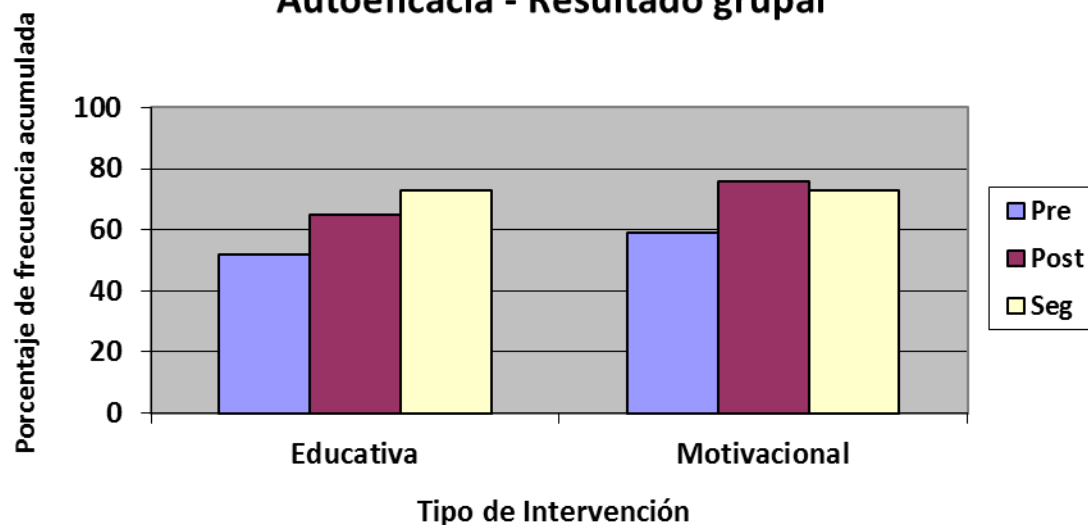


Figura 27. Resultado grupal de autoeficacia

En lo que se refiere a la insatisfacción del tratamiento en la figura 28 se puede observar que en el grupo educativo se incrementó esta percepción aún mas durante el seguimiento, a diferencia del grupo motivacional los cuales durante el postest y el seguimiento existió un decremento importante que logró mantenerse. Es decir, en el grupo motivacional se sintieron mas satisfechos con su tratamiento para el control de la diabetes.

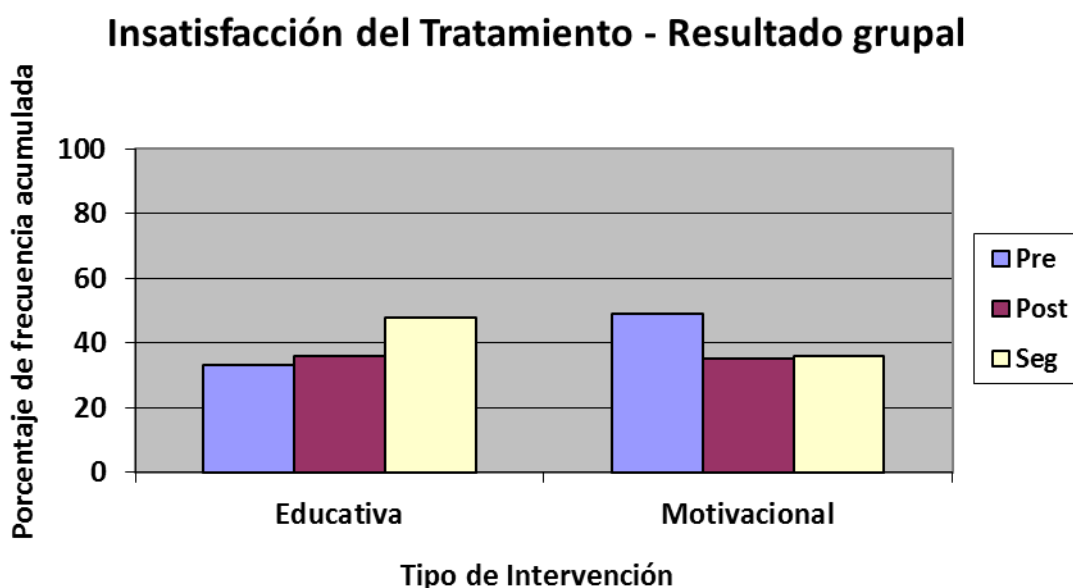


Figura 28. Resultado grupal de Insatisfacción del Tratamiento

En la figura 29 se muestra el Impacto Negativo del tratamiento el cual no muestra cambios importantes solo un ligero incremento en el seguimiento del grupo educativo.

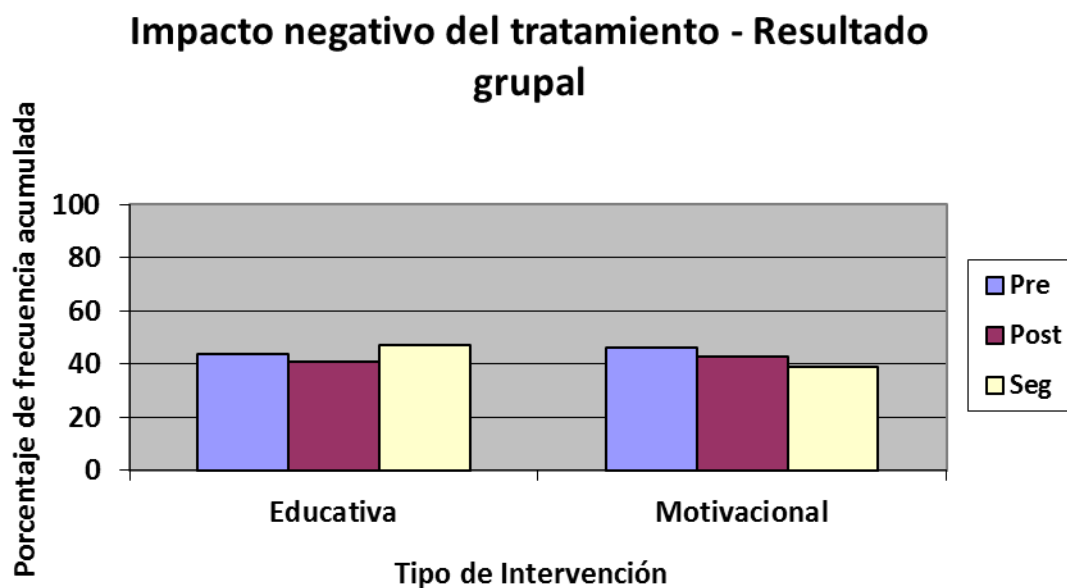


Figura 29. Resultado grupal de Impacto negativo del tratamiento

En lo que se refiere a la preocupación por aspectos sociales y vocacionales se puede observar en la figura 30 que en el grupo educativo los indicadores se elevaron durante el seguimiento. En comparación, en el grupo motivacional, la preocupación disminuyó durante el postest y el seguimiento.

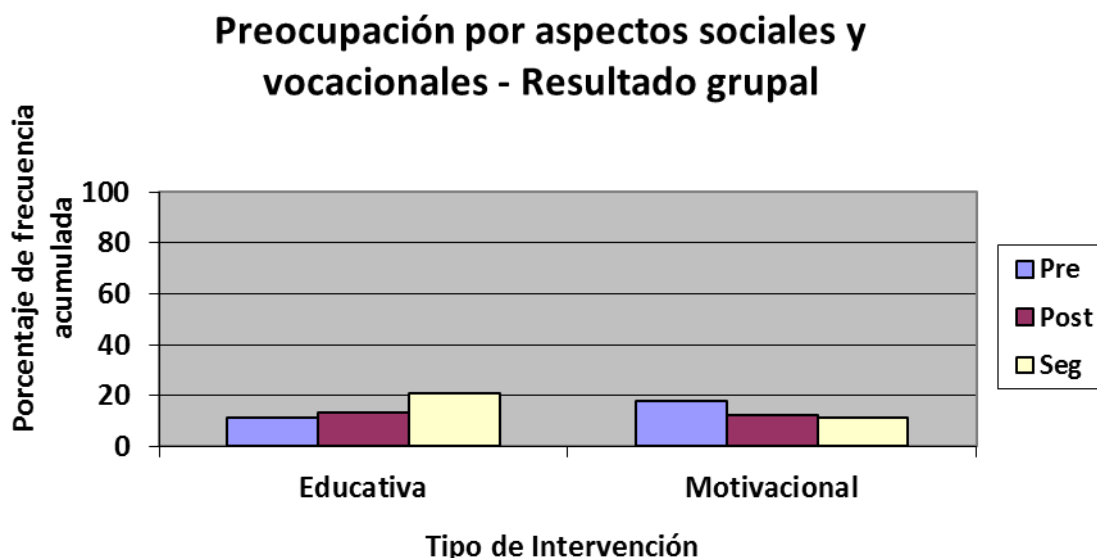


Figura 30. Resultado grupal de Preocupación por aspectos sociales y vocacionales

En cuanto a la preocupación por efectos futuros de la diabetes (figura 31) se observa que en el grupo educativo ésta se elevó en el postest y seguimiento mientras que en el grupo motivacional disminuyó después de la intervención y se mantuvo durante el seguimiento.

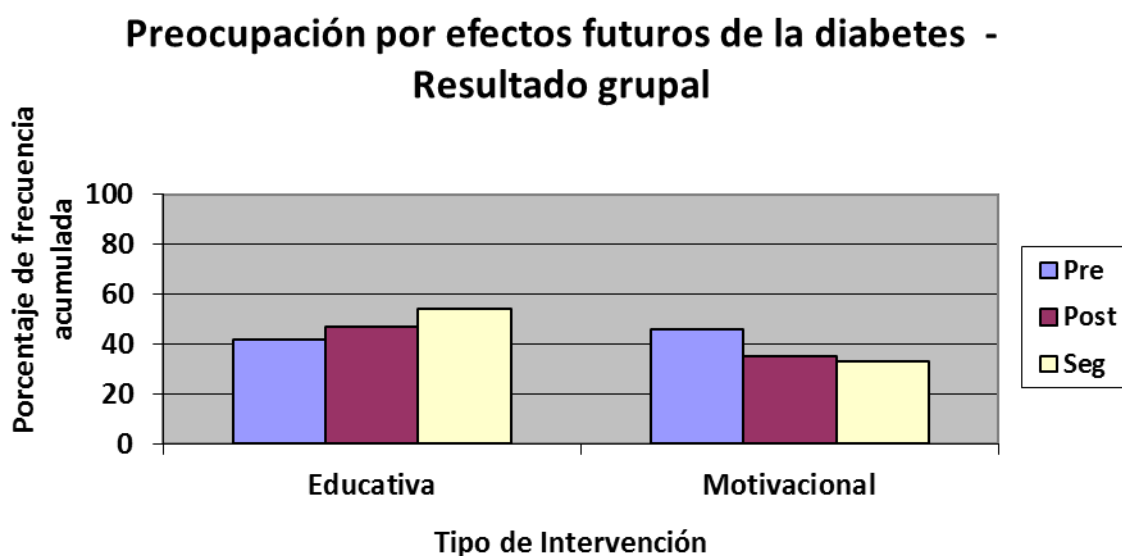


Figura 31. Resultado grupal de Preocupación por efectos futuros de la diabetes

Finalmente en relación al deterioro de la Calidad de Vida Total (figura 32) se puede observar que en el grupo educativo éste se incrementó ligeramente en el seguimiento en comparación con el pretest. En cambio, en el grupo motivacional se observó una disminución en el postest y seguimiento, sin embargo estos cambios no fueron de gran magnitud.

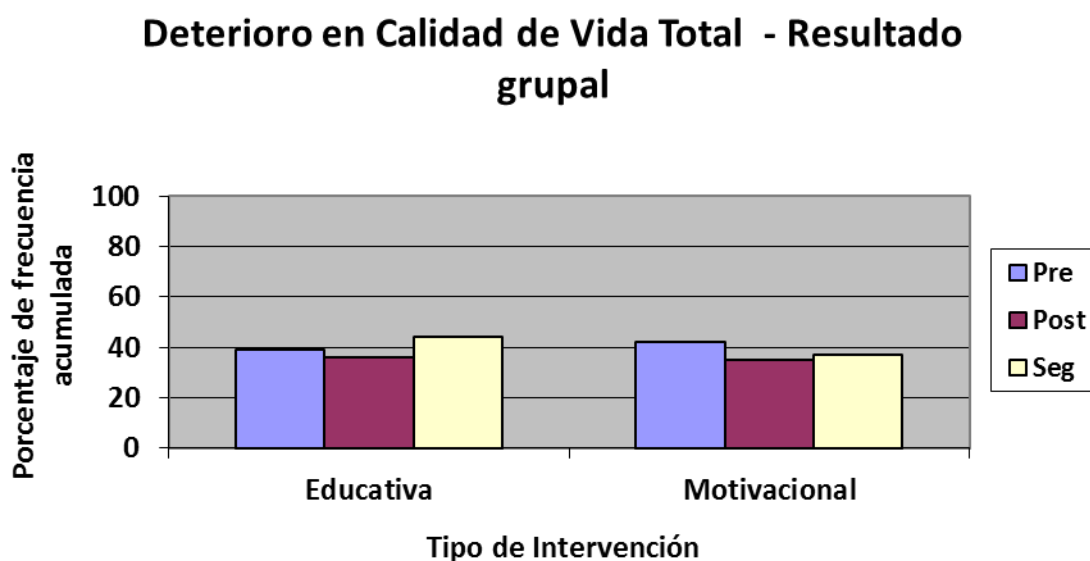


Figura 32. Resultado grupal del Deterioro en Calidad de Vida Total

Discusión

Este estudio tuvo por objetivo analizar los efectos de una intervención cognitivo conductual grupal adicionando el componente de la entrevista motivacional para averiguar si podía potenciar los resultados positivos del tratamiento psicológico. Para esto se compararon dos grupos, uno que incluía una sesión de entrevista motivacional antes y después del tratamiento grupal cognitivo conductual y el otro que incluyó una sesión educativa antes y después de la intervención.

En primer lugar se pudo observar que ambas intervenciones generaron cambios importantes en el control del padecimiento, ya que se detectó una disminución en los niveles de hemoglobina glucosilada en casi todos los pacientes al finalizar el tratamiento. Este indicador es muy importante ya que señala que los pacientes realizaron cambios conductuales relevantes que afectaron su salud física. Tomar el medicamento, disminuir la cantidad de carbohidratos consumidos en su dieta cotidiana y hacer ejercicio permitió disminuir los niveles de glucosa sanguínea. Tener información sobre la enfermedad y recibir entrenamiento en conductas de autocuidado son esenciales para que los pacientes logren cambios conductuales importantes (Wang et al., 2010). Además este dato coincide con el obtenido por Smith, DiLillo, Bursac, Gore & Greene (2007) quienes también compararon dos tratamientos (cognitivo-conductual y cognitivo-conductual mas motivacional) y detectaron beneficios importantes en ambos.

También se pudo apreciar que los dos tipos de tratamiento mejoraron el bienestar emocional de los pacientes al disminuir los síntomas de depresión, ansiedad y al mejorar la autoeficacia y calidad de vida. El impacto positivo de las intervenciones cognitivo conductuales concuerda con los resultados obtenidos en diversas investigaciones (Caballero, López & Gómez, 2004, Del Castillo, 2005; Jáuregui, 2002, Riveros, Cortázar, Alcázar & Sánchez-Sosa, 2005 y Robles, 2002). Específicamente el uso del modelo de solución de problemas resultó muy útil para que los pacientes generaran alternativas para superar los obstáculos percibidos en el control de la glucosa. Esto coincide con el estudio realizado por

Hill-Briggs & Gemmel (2007) en el que el manejo del modelo de solución de problemas mejoró el bienestar emocional de los pacientes.

Respecto a los síntomas relacionados con la depresión y ansiedad, llama la atención el hecho de que los pacientes antes de la intervención presentaron niveles mas elevados en la sintomatología ansiosa que depresiva. Esto contrasta con los estudios realizados por Egede, Nietert & Zheng (2005) que afirman que la sintomatología depresiva es mayor en las personas que padecen diabetes. Cabe destacar que son escasas las investigaciones que estudian los efectos de la ansiedad en el control de la diabetes. Lo cual permite vislumbrar la necesidad de estudiar la relación entre la sintomatología ansiosa y diabetes.

En relación a los pacientes que abandonaron el tratamiento no se encontraron diferencias significativas en las variables psicológicas y fisiológicas en comparación con los que finalizaron la intervención. Solo se encontraron diferencias significativas en variables sociodemográficas. En el grupo “educativo” los pacientes que tenían menos tiempo con el diagnóstico confirmado de diabetes y en el grupo “motivacional” los pacientes más jóvenes abandonaron el tratamiento. Probablemente los pacientes con menor tiempo diagnosticados no están conscientes de la necesidad del apoyo psicológico y al recibir la sesión educativa no se motivó al paciente. Y los mas jóvenes quizás abandonaron el tratamiento por las actividades cotidianas, ya que todavía tienen responsabilidades que les impiden asistir. Pero es un tema que podría estudiarse más a detalle en futuras intervenciones.

A pesar de que los pacientes que recibieron la sesión motivacional no mantuvieron los efectos positivos en hemoglobina glucosilada después de 6 meses se pudo detectar que, en la mayoría de los pacientes, emocionalmente permanecieron estables y/o mejoraron en el seguimiento. Este dato coincide con el obtenido por Chanon et al. (2007) quien señala en su estudio que los pacientes del grupo motivacional presentaron mayor satisfacción con su vida, menos ansiedad y mayor bienestar. Incluso se detectó una mayor autoeficacia en los pacientes que recibieron el tratamiento motivacional y esta permaneció durante el seguimiento o incluso se incrementó.

Estos hechos facilitarían que retomaran los cambios conductuales realizados con anterioridad ya que como lo indica la literatura la sintomatología ansiosa y depresiva obstaculiza la realización adecuada de las conductas de autocuidado (Egede, Nietert & Zheng, 2005). A pesar de que los pacientes tuvieron forma de contactar al equipo de terapeutas ninguno hizo uso de este recurso. Probablemente hubiera sido necesario tener una cita mensual con los pacientes para verificar y apoyar el mantenimiento de la conducta, sin embargo la institución donde se desarrolló la investigación no contaba con el espacio suficiente para dar atención de manera individual y personalizada.

Cabe destacar el hecho de que en ambas intervenciones algunos pacientes empeoraron durante el seguimiento en comparación con la evaluación realizada antes de que recibieran la intervención. No se pudo determinar si la intervención produjo efectos iatrogénicos o bien los pacientes tuvieron que enfrentar situaciones muy complicadas en su vida cotidiana que dificultaron la adhesión al

tratamiento después de haber recibido el tratamiento psicológico. Por ejemplo, una paciente después de la intervención psicológica asistió a un retiro espiritual en el que la culparon de las conductas adictivas de su hijo lo que elevó su sintomatología depresiva y, en consecuencia, descuidó su alimentación elevando sus niveles de hemoglobina glucosilada. Otra paciente experimentó altos niveles de ansiedad y depresión porque su esposo, quien padecía cáncer, empeoró su condición médica. Un paciente perdió el trabajo que le permitía tener el seguro y en el lapso del seguimiento pudo tener nuevamente el servicio médico, lo que generó altos niveles de estrés.

Sin embargo, es importante tener presente la posibilidad de que los tratamientos psicológicos empeoren la condición de los pacientes, tal como se ha demostrado en diversas intervenciones preventivas de trastornos alimentarios en población joven (Mazzeo, S. Gow, R. & Bulik, 2013). En el campo de la intervención psicológica en diabetes no se ha explorado este fenómeno a profundidad y es importante que en futuras investigaciones se tome en cuenta. Por ejemplo, averiguar si la forma en que se proporciona información en relación al padecimiento influye en la percepción de la gravedad de la enfermedad que pudiera impactar emocionalmente en el paciente de manera negativa y que esto se vea reflejado a largo plazo. O si la convivencia con otros pacientes que tienen una mejor adhesión al tratamiento pudiera afectar la percepción de autoeficacia (“los demás son más capaces que yo”) y por ende manifestarse con sintomatología ansiosa o depresiva.

En relación a la evaluación de la autoeficacia, a pesar de que se encontraron incrementos significativos en ambos tratamientos, se pudo observar durante la aplicación del instrumento dificultades para comprender los reactivos, por lo que se recomienda mejorar la manera en como se puede evaluar esta percepción.

A partir de este estudio se puede concluir que la entrevista motivacional tuvo una mayor influencia positiva en las variables evaluadas en comparación con el tratamiento educativo. Este efecto fue mas notorio en las variables psicológicas que en las fisiológicas. Resulta importante realizar estudios con una mayor cantidad de pacientes para poder verificar los resultados de la entrevista motivacional.

Una de las limitaciones del presente estudio es que algunas variables podrían haber influido en los niveles de hemoglobina glucosilada tales como anemia y otras (Pérez, Rodríguez, Díaz y Cabrera, 2009). A pesar de estos factores que no se pudieron controlar, la hemoglobina glucosilada continúa adoptándose como uno de los criterios más importantes en este tipo de estudios debido a su practicidad, costo, efectividad y disponibilidad (Sinay, 2009).

Tampoco se registraron los datos de la glucosa plasmática mensual obtenidos en la clínica debido a que es fácil alterar el resultado. Esto debido a que el paciente puede restringir su alimentación días antes del estudio y obtener un resultado mas bajo en su glucosa sanguínea. Y durante la intervención las sesiones iniciaban tarde por lo que resultaba peligroso pedir a los pacientes que acudieran en ayuno para medir su glucosa. Se sugiere para futuras

investigaciones hacer énfasis en que los pacientes (o sus cuidadores informales primarios) realicen el automonitoreo diario de glucosa pre y post prandial.

El automonitoreo frecuente de la glucosa sanguínea también influye en el control de las conductas de los pacientes, quizás este fue otro motivo por el cual no se observaron cambios estadísticamente significativos en la hemoglobina glucosilada entre los grupos. Por otra parte, clínicamente se observó que una mayor cantidad de pacientes en la intervención motivacional presentó una disminución de la hemoglobina glucosilada al nivel recomendado y se mantuvo durante 6 meses.

Se recomienda profundizar en el entrenamiento de la entrevista motivacional para garantizar con mayor seguridad la calidad de la intervención. Y desarrollar estudios cuyas intervenciones contengan un menor número de sesiones para disminuir costos y evaluar el efecto que producen. Probablemente una intervención de 8 sesiones pudiera producir el mismo efecto que una intervención de 12 sesiones.

Otro aspecto a considerar es la inclusión del material educativo. Valdría la pena evaluar si la presentación de la información y los dibujos incluidos podrían modificarse para incrementar su impacto positivo. O si el diseño de materiales didácticos diferentes, por ejemplo un video, podría beneficiar aún más la intervención.

También se recomienda incluir a la familia en las intervenciones que podrían ser un apoyo valioso para que los pacientes puedan mantener los cambios conductuales relacionados con la intervención.

REFERENCIAS

- American Diabetes Association (2009). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 32, S-1, S62-S67.
- American Diabetes Association (2009). Standards of Medical Care in Diabetes – 2009. *Diabetes Care*, 32, S-1, S13-S-61.
- Arredondo, A. & Zúñiga A. (2004). Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle-income countries: the Mexican case. *Diabetes Care*, 27 (1), 104-109.
- Atlas de la Diabetes (2007). Federación Internacional de la Diabetes recuperado en marzo del 2007 en <http://www.eatlas.idf.org>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Barrera, P. (2002). Estrategias para el cambio de comportamientos relevantes para la salud. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Beck, A., Alford, B. (2009) Depression: causes and treatments. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Befort, C., Nollen, N., Ellerbeck, E., Sullivan, D., Thomas, J. & Ahluwalia, J. (2008). Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial, *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 367-377.

- Britton, P., Williams, G. & Conner, K. (2008) Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 52-66.
- Brown, S., Blozis, S., Kouzekanani, K., Garcia, A., Winchell, M. & Hanis, C. (2007). Health beliefs of mexican americans with type 2 diabetes: the Starr County Border Health Initiative *The Diabetes Educator*, 33 (2), 300-308.
- Caballero, N., López, T., & Gómez, L (2004). Diseño, aplicación y evaluación del programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Calhoun, D. (2005). Why change now? Motivational interviewing as a brief intervention for type-2 diabetes among the Eastern Shoshone and Northern Arapaho. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66 (5-B), pp. 2811.
- Carballido, J. (2003). Calidad de vida en pacientes crónicos y adhesión terapéutica: un estudio exploratorio. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Cardiel, R.M. (1994). La medición de la calidad de vida. En Moreno, L., Cano-Valle, F. y García-Romero (Eds.), *Epidemiología clínica* (pp.189-199). México, Interamericana-McGraw Hill.
- Channon, S., Huws-Thomas, M., Rollnick, S., Hood, K., Cannings-John, R., Rogers, C., & Gregory, J. (2007). A multicenter randomized controlled trial of

- motivational interviewing in teenagers with diabetes. *Diabetes Care*, 30, 1390-1395.
- Clark, D. & Beck, A. (2010) Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice. New York: Guilford Press.
- Cochran, J. & Conn, V. (2008). Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training. *The Diabetes Educator*, 34, 815-823.
- Cox D, Gonder-Frederick L, Polonsky, Schlundt, D., Kovatchev, B. & Clarke, W. (2001). Blood glucose awareness training (BGAT-II: Long term benefits) *Diabetes Care*, 24, 637–642.
- Cortázar, J. (2003). Calidad de vida en pacientes diabéticos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Creer, T. (2000). Self-management of chronic illness en Boekaerts, M., Pintrich, P. & Zeidner, M. (2000) *Handbook of Self-regulation*, California, Estados Unidos: Academic Press.
- Deci, E. & Ryan, R. (2008). Self-Determination Theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49 (3), 182-185.
- DCCT: The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulindependent mellitus. *New England Journal of Medicine*, 329, 977–986.
- Del Castillo, A. (2005). Intervención cognitivo conductual grupal para mejorar la adhesión terapéutica y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM. México.

- Del Castillo, A. (2010) Apoyo social, síntomas depresivos, autoeficacia y control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Del Castillo, A., Reyes, L. I. & Sánchez-Sosa, J. J. (2004). Intervención cognitivo-conductual para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de un grupo de pacientes con diabetes tipo 2. *La Psicología Social en México*, AMEPSO, 2004, 461-468.
- De los Ríos, J., Barrios, P. & Avila, T. (2004). Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. *Revista Médica del IMSS*, 42 (5), 379-385.
- De los Ríos, J., Sánchez-Sosa, J., Barrios, P. & Guerrero, V. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del IMSS*, 42 (2), 109-116.
- Delamater, A. (2006). Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24 (2), 71-77.
- Diplomado de Educadores en Diabetes (2009). *Apuntes de curso*. Federación Mexicana de Diabetes. México.
- Egede, L., Nietert, J. & Zheng, D. (2005). Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care*, 28, 1339–1345.
- Encuesta Nacional de Salud (2000) recuperada el 19 de mayo de 2009 de <http://www.insp.mx/ensa/>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006) recuperada el 19 de mayo de 2009 de <http://www.insp.mx/ensanut/>

- Faris, A., Cavell, T., Fishburne, J. & Britton, P. (2009). Examining motivational interviewing from a client agency perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (9), 955-970.
- Federación Mexicana de Diabetes (2008) texto recuperado en noviembre del 2008 de <http://www.fmdiabetes.com/www/diabetes/dnumeros.asp>
- Fisher, L., Chesla, C., Bartz, R., Gilliss, C., Skaff, M., Sabogal, F., Kanter, R. & Lutz, C. (1998). The family and type 2 diabetes: a framework for intervention. *The Diabetes Educator*, 24, 599-607.
- García, R. (2003). Reporte de experiencia profesional. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Gonzalez, J., Safren, S., Cagliero, E., Wexler, D. Delahanty, L., Wittenberg, E., Blais, M. Meigs, J. & Grant, R. (2007). Depression, self-care and medication adherence in type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 30 (9), 2222-2227.
- González-Pedraza, A., Alvara-Solís, E., Martínez-Vázquez, E. & Ponce-Rosas, R. (2007). Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención médica. *Gaceta Médica de México*, 143 (6), 453-462.
- Grigsby, B., Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R. & Lustman, P. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1053-1060.
- Hernández, M. & Olaíz, G. (2002). La diabetes y el mexicano: un reto para la salud pública. *Ciencia*, 53, 8–17.

- Hernández-Ronquillo, L., Téllez-Zenteno, J., Garduño-Espinosa, J. & González-Acevez E. (2003). Frecuencia y factores asociados al incumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45, 191-197.
- Heisler, M., Piette, J., Spencer, M., Kieffer, E., & Vijan S. (2005). The relationship between knowledge of Recent HbA_{1c} values and diabetes care understanding and self-management. *Diabetes Care*, 28, 816-822.
- Hill-Briggs, F. & Gemmell, L. (2007). Problem solving in diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. *The Diabetes Educator*, 33 (6), 1032-1050.
- Ingram, Torres, Redondo, Bradford, Wang & O'Toole (2007) The impact of promotoras on social support and glycemic control among members of a farmworker community on the US-Mexico border. *The Diabetes Educator*, 33 (6) 172S-178S.
- Jáuregui, J. (2002). Factores psicosociales en pacientes con enfermedad crónica degenerativa. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Julien, E., Senécal, C. & Guay, F. (2009). Longitudinal relations among perceived autonomy support from health care practitioners, motivation, coping strategies and dietary compliance in a sample of adults with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 14, 457-470.
- Jurado, S., Villegas, M., Mendez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.

- King, D., Galsgow, R., Toobert, D., Strycker, L., Estabrooks, P., Osuna, D. & Faber, A. (2010) Self-efficacy, problem solving and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. *Diabetes Care*, 33:751-753.
- Krichbaum, K., Aarestad, V. & Buethel, M. (2003). Exploring the connection between self efficacy and effective diabetes self-management. *Diabetes Educator*, 29, 653– 662.
- Lerman, I. (2007). La atención del paciente más allá del primer nivel de atención. *Salud Pública de México*, 49, 99-103.
- Li, C., Ford, E., Mokdad, A., Jiles, R. & Giles, W. (2007). Clustering of multiple healthy lifestyle habits and health-related quality of life among U.S. adults with diabetes. *Diabetes Care*, 30 (7), 1770-1776.
- Li, C., Ford, E., Strine, T. & Mokdad, A. (2008). Prevalence of depression among U.S. adults with diabetes: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabetes Care*, 31 (1), 105-107.
- Litzelman, D., Slemenda, C., Langefeld, C., Hays, L., Welch, M. & Bild, D. (1993). Reduction of lower extremity clinical abnormalities in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 119, 36–41.
- Lobato, M. (2002). Adhesión terapéutica y bienestar del paciente diabético: Medición y mejoramiento. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

- Lustman, P., Anderson, R., Freedland, K., de Groot, M., Carney, R. & Clouse, R. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23, 934–942.
- Lustman, P., Griffith, L. Freedland, K., Kissel, S. & Clouse, R. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 129, 613–621.
- Markland, D., Ryan, R., Tobin, V. & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (6), 811-831.
- Martins, R. & McNeil, D. (2009). Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review*, 29 (4), 283-293.
- Mazzeo, S. Gow, R. & Bulik, C. (2013) Integrative approaches to the prevention of eating disorders and obesity in youth: progress, pitfalls and possibilities. En Vera, E. (editor) *The Oxford Handbook of prevention in counseling psychology* (pp. 226-249). New York: Oxford University Press.
- Melchior, A., Correr, C., Rossignoli, P., Pontarolo, R. & Fernández-Llimos, F. (2004). Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Parte I: Conceptos y criterios de revisión. *Pharmacy Practice*, 2 (1), 1-11.
- Miller, W. & Rose, G. (2009). Toward a theory motivational interviewing. *American Psychologist*, 64 (6), 527-537.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. España: Paidós.

- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2nd edition. New York: The Guilford Press.
- Myers, V.H., Boyer, B.A., Herbert, J.D., Barakat, L.P. & Scheiner, G. (2007). Fear of hypoglycemia and self reported posttraumatic stress in adults with diabetes type I treated by intensive regimens. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(1), 11-21.
- Oviedo, T. (2007). Modelo multidimensional del automanejo conductual de la diabetes tipo 2 basado en la participación familiar. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Pérez-Pastén, E. (2008). *Educación en el automanejo de la diabetes*. Federación Mexicana de Diabetes. México.
- Pérez, I., Rodríguez, F., Díaz, E. & Cabrera, R. (2009) Mitos y realidad de la hemoglobina glucosilada. *Medicina Interna de México*, 25 (3), 202-209.
- Peyrot M., Rubin R., Lauritzen, T., Snoek F., Matthews D. & Skovlund S. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetes Medicine*, 22, 1379–1385.
- Polonsky, W., Davis, C., Jacobson, A. & Anderson, B. (1992). Correlates of hypoglycemic fear in Type I and Type II diabetes mellitus. *Health Psychology*, 11 (3), 199-202.
- Riveros, A., Cortázar, J., Alcázar, F. & Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y

- condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales
International Journal of Clinical and Health Psychology, 5, 445-462.
- Robiner, W. & Keel, P. (1997) Self care behaviors and adherence in diabetes mellitus. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 2, 40–56.
- Robles, R. (2002). Evaluación y modificación de la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Robles, R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J., Páez, F. & Nicolini, H. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*, 15, 247-252.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.
- Rollnick, S., Miller, W. & Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care*. New York: Guilford.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55 (513), 305-312.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K. & Christensen B. (2006). An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour - ADDITION Denmark. *British Journal of General Practice*, 56 (527), 429-36.

- Rubin, R., Peyrot, M. & Siminerio, L. (2006). Health Care and Patient-Reported Outcomes. *Diabetes Care*, 29 (6), 1249-1265.
- Ryan, R. & Deci, E. (2008). A Self-Determination Theory approach to psychotherapy: the motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49 (3) 186-193.
- Ryan, R., Patrick, H., Deci, E. & Williams G. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: interventions based on Self-Determination Theory *The European Health Psychologist*, 10 (1), 2-5.
- Sacco, W. & Yanover, T. (2006). Diabetes and depression: the role of social support and medical symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (6) 523-531.
- Safren, S., Gonzalez, J. & Soroudi, N. (2008). *Coping with chronic illness*. New York: Oxford University Press.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment Adherence: The role of behavioral mechanisms and some Implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 85-92.
- Sánchez-Sosa, J.J. & González-Celis Rangel, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica en Caballo, V. (Director) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 473-492). Madrid: Pirámide.
- Sarkar L., Fisher J. & Schillinger D. (2006) Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*, 29(4), 823-829.

- Secretaria de Salud (2011) Comunicado de prensa 403 del 14 de noviembre de 2011 consultado el 3 de diciembre de 2011 en http://portal.salud.gob.mx/contenidos/noticias/noticia_boletin_403.html
- Sierra, R. (2003). *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Sinay, I. (2009) (Coord.) Tercer consenso argentino sobre patologías endocrinológicas. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*, 46, (4) recuperado el 18 de agosto de 2012 en <http://www.scielo.org.ar/pdf/raem/v46n4/v46n4a03.pdf>
- Smith, D., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S. & Greene, P. (2007). Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30, 1081-1087.
- Smith, E., Heckemeyer, C., Kratt, P. & Mason, D. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM. *Diabetes Care*, 20, 52–54.
- Van de Ven, N., Chatrou, W. & Snoek, F. (2000). Cognitive behavioral group training (en Snoek F. y Skinner, T. (Eds.) *Psychology in diabetes care* [pp. 207–234] London: Wiley).
- Wang, Y., Stewart, S., Mackenzie, M., Nakonezny, P., Edwards, D. & White, P. (2010) A randomized controlled trial comparing motivational interviewing in education to structured diabetes education in teens with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 33-8, 1741-1743.

- Welch, G., Rose, G. & Ernst, D. (2006). Motivational interviewing and diabetes: what is it, how is it used, and does it work? *Diabetes Spectrum*, 19 (1), 5-11.
- Westra, H. & Dozois, D. (2006). Preparing clients for cognitive behavioral therapy: a randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30 (4), 481-498.
- Wiebe, D., Alderfer, M., Palmer, S., Lindsay, R. & Jarret, L. (1994). Behavioral self regulation in adolescents with type 1 diabetes: negative affectivity and blood glucose symptom perception. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1204–1212.
- Williams, G., Grow, V., Freedman, Z., Ryan, R. & Deci, E. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 115-126.
- Williams, G., McGregor, H., Zeldman, A., Freedman, Z. & Deci, E. (2004). Testing a Self-Determination Theory Process Model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23 (1), 58-66.
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S. & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and adherence to long-term medical regimens in adult outpatients. *Health Psychology*, 17, 269-276.
- White, C. (2001). *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems*. England: John Wiley & Sons.
- WHOQOL (1998). *Programme on Mental Health: User Manual*. World Health Organization.
- Zeldman, A., Ryan, R. M. & Fiscella, K. (2004). Client motivation, autonomy sup-

port and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 675-696.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado usuario(a):

Se le informa que la atención psicológica brindada en este proyecto es producto del convenio establecido entre la Facultad de Psicología de la UNAM y la UMF 19 del IMSS donde se proporciona apoyo a personas que tengan DIABETES MELLITUS TIPO 2 con la finalidad de ayudarles a mejorar su salud.

En caso de aceptar el servicio psicológico, es necesario que usted asista puntualmente a todas las sesiones programadas y realice las tareas que se asignen a lo largo del tratamiento, esto para beneficio personal. En caso de no poder asistir a su cita, tendrá que cancelarla con anticipación.

También es importante comunicarle que algunas de las sesiones del tratamiento pueden ser observadas y/o grabadas en video. Estas grabaciones son empleadas por el equipo de terapeutas a fin de monitorear la efectividad y calidad del tratamiento que usted recibe; por lo tanto, la información recabada durante las grabaciones serán de carácter estrictamente confidencial.

Los resultados del trabajo terapéutico serán parte de investigaciones las cuales se reportarán en publicaciones de revistas, congresos y tesis de estudiantes de licenciatura en psicología, manteniendo la más estricta confidencialidad en lo que se refiere a su identidad personal. Si desea conocer los resultados obtenidos en estas investigaciones, puede solicitarlos y adquirirlos a través de su equipo de terapeutas.

Si usted deja de presentarse a las sesiones no habrá ningún problema.

De antemano, muchas gracias por su colaboración.

ACEPTO

NO ACEPTO

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma del responsable de proyecto

Fecha: _____

ANEXO 2

ENTREVISTA INICIAL PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Nombre: _____

Edad: _____ Estado civil _____ Lugar de nacimiento _____

Domicilio: _____ Teléfono _____

Nivel Educativo: _____ Empleo: _____

Ingreso mensual: _____

Dx. Médico _____

II.- FAMILIOGRAMA

III.- HISTORIA DEL TRANSTORNO MÉDICO Y PSICOLÓGICO

Fecha (año) en que le diagnosticaron la diabetes: _____

¿Qué tipo de diabetes padece? _____

¿De qué forma el médico detecta la enfermedad? _____

¿Cuál fue su primera impresión o reacción al recibir el Dx de diabetes?

¿Bajo qué circunstancias se dió el Dx (estando solo o acompañado, forma en que se comunicó el médico, etc)?_____

¿El paciente realizó preguntas al médico durante el informe del Dx? Sí____

¿Cuáles?_____

No____ ¿Por qué?_____

¿Cómo se sintió el paciente durante el informe del Dx?

¿En qué pensaba mientras recibía el Dx?

¿En qué pensó o sintió después de salir del consultorio?

¿Qué hizo después de conocer su Dx?

¿Quién fue la primer persona a la que le comunicó su Dx y por qué?

¿Cuál fue la reacción de esa persona cuando se enteró del Dx?

¿A quién más informó usted de su enfermedad y que reacción tuvieron ellos?

¿Cuál ha sido su estado de ánimo o emocional desde que se enteró de su Dx médico?_____

¿Considera usted que su estado de ánimo ha ido empeorando? No___ ¿Qué ha hecho para que no empeore?_____

Sí___ ¿A partir de cuándo considera que empezó a empeorar su estado de ánimo o emocional?_____

¿Por qué cree usted que empeoró, que se agregó a lo que ya sentía o pensaba?

¿Su estado de ánimo ha influido para que disminuya el interés por el cuidado de su salud? Sí___
¿De qué manera?_____

No___ ¿Qué ha hecho para que su interés no disminuya?

¿Ha recibido ayuda de su familia para el cuidado de su bienestar físico y emocional? Sí___
¿Quiénes se la han proporcionado?

¿De qué manera le han proporcionado ayuda?

No___ ¿Por qué?

¿Quiénes y de qué forma le gustaría que lo apoyaran?

¿Ha tenido familiares con diabetes? No___ Sí___ ¿Quién o quiénes?

¿Qué ha sucedido con ellos?

¿Lo que ha sucedido con ellos, qué le hace sentir o pensar?

¿Ha tenido episodios de hipo o hiperglucemia? No___ ¿Por qué cree usted que no los ha tenido?

Sí___ desde que le diagnosticaron la enfermedad ¿cuántas veces y en que fechas a ingresado al hospital por episodios de hiper o hipoglucemia?

¿Cuál ha sido la causa de dichos episodios?

¿Cómo se siente y que piensa al salir del hospital después de estos episodios?

¿Qué hace después de éstos episodios?

¿Cómo ha reaccionado su familia ante éstos episodios críticos?

V.- SITUACIÓN FÍSICA ACTUAL

¿Cuáles de estos síntomas ha presentado en la última semana?

Orina frecuentemente o abundante _____

Sed frecuente _____

Orinar en la noche frecuentemente _____

Hambre frecuente _____

Pérdida de peso _____

Sensación de debilidad _____

Mareos _____

Desmayos _____

Dolores de cabeza _____

Dolor de pantorrilla al caminar _____

Visión borrosa _____

Otros: _____

¿Ha recibido tratamiento médico adicional al de la diabetes (por ejemplo hipertensión, insuficiencia renal, etc.)?

Última vez que se revisó y resultados obtenidos:

Nivel de glicemia: _____

Presión sanguínea: _____

Examen de colesterol: _____

Orina: _____

Revisión de pies: _____

Otros: _____

VI.- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO

a) Supervisión médica

¿Con qué frecuencia visita a su médico? _____

¿Ha tenido dificultades para asistir a sus citas con el médico? ¿Cuáles?

¿Qué opinión tiene usted de su médico?

b) Toma de medicamentos

¿Qué medicamentos le han prescrito (incluyendo insulina)?

¿En qué dosis y frecuencia debe tomarse dichos medicamentos?

¿Conoce si los medicamentos que toma provocan efectos secundarios? No___ Sí___ ¿Cuáles son?

¿Ha presentado algunos de éstos problemas para tomar sus medicamentos?

	Frecuencia semanal
() Olvidos	_____
() Tomarlo después de la hora indicada	_____
() Tomar una dosis mayor a la prescrita	_____
() Efectos adversos de los medicamentos Cuales (somnolencia, nauseas, etc.) _____	_____
() Modifica su dosis dependiendo de cómo se siente	_____
() Falta de recursos económicos para adquirirlos	_____
() No surtieron la receta en el Hospital	_____
() Cree que el medicamento no es conveniente y por eso no lo toma	_____

¿Qué tratamientos alternativos ha seguido (licuados, curandero, acupuntura)?

¿Con qué frecuencia los sigue? _____

¿Cómo se siente y que piensa con relación a los medicamentos prescritos por su médico?

c) Dieta

Describa los alimentos y la proporción de los mismos consumidos el día de ayer.

¿Cuáles son los alimentos saludables y adecuados que le recomendaron consumir?

¿Con qué frecuencia los ingiere?

¿Cuáles son los alimentos que no son recomendables en su dieta?

¿Con qué frecuencia los ingiere?

¿Cuántas comidas regularmente hace al día?

¿Ingiera usted refrigerios (colaciones)? No___ ¿Por qué?

Sí___ ¿Qué alimentos, en que horarios y cuantas cantidades?

¿Con que frecuencia a la semana se salta comidas?

¿Le gusta la dieta prescrita por el médico? Sí___ ¿Por qué?

No___ ¿por qué?

¿Qué dificultades ha presentado generalmente para seguir su dieta?

¿Cómo se siente y que piensa con relación a la dieta prescrita por el médico?

d) Ejercicio

¿Conoce usted la razón por la cual el médico le recomendó hacer ejercicio? ¿Cuáles?
es?_____

¿Qué tipo de ejercicio le recomendó el médico realizar, con qué frecuencia y duración?

¿Actualmente practica el ejercicio recomendado? Sí___ ¿Con que frecuencia y duración a la semana?

No ___ ¿Por qué? _____

¿Qué dificultades ha tenido para realizar su ejercicio?

¿Cómo se siente y que piensa con relación al ejercicio recomendado por su médico?

e) AUTOMONITOREO

¿Con que frecuencia se mide los niveles de glicemia? _____

¿Qué método utiliza para medirlos? _____

¿En qué horarios generalmente? _____

¿Dónde se realiza el examen? _____

¿Alguien le toma la muestra de sangre? ¿Quién? _____

¿Cuál ha sido el nivel promedio de glucosa detectado? _____

¿Tiene usted alguna otra forma de detectar cuando su nivel de glucosa se encuentra alto o bajo?

a) no, solo con el chequeo _____

b) Sí ___ ¿Cómo puede darse cuenta (mareos, boca seca, temblor muscular, etc.)?

¿Qué hace usted cuando detecta que sus niveles de glicemia no están dentro de los parámetros normales?

¿Qué piensa o siente cuando sus niveles de glicemia no están dentro de los parámetros normales?

¿Qué hace o comenta su familia cuando detectan que sus niveles de glicemia no son los adecuados?

f) Conductas de autocuidado

¿Se ha realizado un examen del estado de sus pies? Sí_____ ¿Dónde? _____ No_____

¿Por qué? _____

¿Por qué los médicos sugieren que los pacientes con diabetes deben revisarse sus pies? _____

¿Cuáles son los cuidados que debe tener un paciente diabético con sus pies? _____

¿Ha sufrido alguna herida por accidente? No_____ Sí_____ ¿Cuáles son las medidas que ha tomado cuando llega a sufrir alguna herida? _____

¿Cuál es la relación entre el cuidado de las heridas y su padecimiento? _____

¿Se ha realizado algún examen oftalmológico? No_____ ¿Por qué? _____

Sí_____ ¿Con qué frecuencia lo realiza? _____

¿Por qué es recomendable hacerse un examen oftalmológico? _____

g) CONTROL EMOCIONAL

Indique cuales son las emociones y con qué frecuencia a la semana experimenta usted y en que intensidad (del 1 al 10).

Frecuencia

Intensidad

Angustia

Tristeza

Enojo

_____ _____ Vergüenza

¿Qué siente en su organismo cuando esta alterado emocionalmente (temblores, tensión muscular, manos frías, etc.)? _____

¿Generalmente que situaciones provocan el que usted se sienta alterado emocionalmente? _____

¿Hace usted algo para tranquilizarse? ¿Qué hace? _____

¿De qué manera cree usted que influyan las emociones en su padecimiento?

¿Qué hacen sus familiares cuando usted se encuentra alterado emocionalmente?

Para usted ¿qué significa tener diabetes? _____

¿Por qué cree usted que se enfermó? _____

¿Cree usted que la diabetes lo ha modificado a usted como persona? No ___ ¿Qué le ha permitido ser el mismo? _____

Si ___ ¿Cómo era usted antes a diferencia de ahora? _____

VII. RELIGIÓN

¿Es usted practicante de alguna religión? No ___ ¿Por qué? _____

Si ___ ¿Cuál? _____

¿La religión que practica ha representado un apoyo para usted en relación a su padecimiento?

No_____ ¿Por qué?_____

Sí_____ ¿De qué manera?_____

VIII. EXPECTATIVA DEL TRATAMIENTO

¿Qué espera usted del tratamiento?

¿Cómo se imagina a usted mismo una vez terminado el tratamiento?

ANEXO 3

Versión en Español del DQOL

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

	Muy Satisfecho	Mas o menos satisfecho	Ninguno	Mas o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
1. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que le toma manejar su diabetes?	1	2	3	4	5
2. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que gasta en hacerse chequeos?	1	2	3	4	5
3. ¿Qué tan satisfecho está con su tratamiento actual?	1	2	3	4	5
4. ¿Qué tan satisfecho está con la flexibilidad de su dieta?	1	2	3	4	5
5. ¿Qué tan satisfecho está con la carga que su diabetes es para su familia?	1	2	3	4	5

6. ¿Qué tan satisfecho está con su conocimiento sobre la diabetes?	1	2	3	4	5
7. ¿Qué tan satisfecho está con sus horas de sueño?	1	2	3	4	5
8. ¿Qué tan satisfecho está con su vida social y amistades?	1	2	3	4	5
9. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué tan satisfecho está con su trabajo, escuela y actividades caseras?	1	2	3	4	5
11. ¿Qué tan satisfecho está con la apariencia de su cuerpo?	1	2	3	4	5
12. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que pasa haciendo	1	2	3	4	5

ejercicio?					
13. ¿Qué tan satisfecho está con su tiempo libre?	1	2	3	4	5
14. ¿Qué tan satisfecho está con su vida en general?	1	2	3	4	5

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

	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Con frecuencia	Todo el tiempo
1. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público?	1	2	3	4	5
3. ¿Con qué frecuencia tiene baja el azúcar en sangre?	1	2	3	4	5
4. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5
5. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida familiar?	1	2	3	4	5
6. ¿Con qué frecuencia duerme mal por las noches?	1	2	3	4	5
7. ¿Con qué frecuencia su diabetes limita su vida social y sus amistades?	1	2	3	4	5
8. ¿Con qué frecuencia se siente bien con usted	1	2	3	4	5

mismo?					
9. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5
10. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su vida sexual?	1	2	3	4	5
11. ¿Con qué frecuencia su diabetes no le permite manejar un auto o usar una máquina?	1	2	3	4	5
12. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio?	1	2	3	4	5
13. ¿Con qué frecuencia falta al trabajo, escuela o actividades caseras por su diabetes?	1	2	3	4	5
14. ¿Con qué frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?	1	2	3	4	5
15. ¿Con qué frecuencia se da cuenta que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
16. ¿Con qué frecuencia le habla a los demás de su diabetes?	1	2	3	4	5
17. ¿Con qué frecuencia lo molestan porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5
18. ¿Con qué frecuencia siente que va al baño más que los demás a consecuencia de su diabetes?	1	2	3	4	5
19. ¿Con qué frecuencia se encuentra comiendo algo	1	2	3	4	5

que no debe en vez de decirle a alguien que tiene diabetes?					
20. ¿Con que frecuencia le oculta a los demás que esta teniendo una reacción por la insulina?	1	2	3	4	5

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

	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Con frecuencia	Todo el tiempo	No se aplica
1. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si se va a casar	1	2	3	4	5	0
2. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos?	1	2	3	4	5	0
3. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si mantendrá el trabajo que quiere?	1	2	3	4	5	0
4. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si le negaran un seguro?	1	2	3	4	5	0
5. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si podrá terminar la escuela?	1	2	3	4	5	0

6. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si faltara a su trabajo?	1	2	3	4	5	0
7. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje?	1	2	3	4	5	0
8. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si se desmayara?	1	2	3	4	5	0
9. ¿Con que frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5	0
10. ¿Con que frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes?	1	2	3	4	5	0
11. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si alguien no saldría con usted a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0

ANEXO 4

INVENTARIO DE BECK BDI

Por favor escuche cuidadosamente cada grupo de oraciones que voy a leer. Posteriormente seleccione una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY. Mencione cuál es la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a usted, seleccione aquella con la que se siente más identificado(a). Asegúrese de escuchar y comprender todas las oraciones de cada grupo antes de hacer su elección.

1. 0. Yo no me siento triste
 1. Me siento triste
 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 3. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo

2. 0. En general no me siento desalentado por el futuro
 1. Me siento desalentado por mi futuro
 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro
 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

3. 0. Yo no me siento un fracasado(a)
 1. Siento que he fracasado(a) más que las personas en general
 2. Al repasar lo que he vivido todo lo que veo son muchos fracasos
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona

4. 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
 2. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada
 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo

5. 0. En realidad yo no me siento culpable
 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo
 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 3. Me siento culpable todo el tiempo

6. 0. Yo no me siento que esté siendo castigado(a)
 1. Siento que podría ser castigado(a)

2. Espero ser castigado(a)
 3. Siento que he sido castigado(a)
-
7. 0. Yo no me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)
 1. Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)
 2. Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a)
 3. Me odio
-
8. 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas
 1. Me critico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores
 2. Me culpo todo el tiempo por mis faltas
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
-
9. 0. Yo no tengo pensamientos suicidas
 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
 2. Me gustaría suicidarme
 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad
-
10. 0. Yo no lloro más de lo usual
 1. Llora más ahora de lo que solía hacerlo
 2. Actualmente lloro todo el tiempo
 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
-
11. 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
 1. Me enoja o irrito más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado(a) todo el tiempo
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
-
12. 0. Yo no he perdido el interés en la gente
 1. Estoy menos interesado(a) en la gente de lo que solía estar
 2. He perdido en gran medida el interés en la gente
 3. He perdido todo el interés en la gente
-
13. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
 1. Pospongo tomar decisiones más que antes
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3. Ya no puedo tomar decisiones

14. 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía
1. Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo(a)
 3. Creo que me veo feo(a)
15. 0. Puedo trabajar tan bien como antes
1. Requiero más esfuerzo para iniciar algo
 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
16. 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo poder volverme a dormir
 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir
17. 0. Yo no me canso más de lo habitual
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 2. Con cualquier cosa que haga me canso
 3. Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa
18. 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 2. Mi apetito está muy mal ahora
 3. No tengo apetito de nada
19. 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
1. He perdido más de dos kilogramos
 2. He perdido más de cinco kilogramos
 3. He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
Si_____ No_____
20. 0. Yo no estoy más preocupado(a) de mi salud que antes

1. Estoy preocupado(a) acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
 2. Estoy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
 3. Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
21. 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1. Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba
 2. Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora
 3. He perdido completamente el interés por el sexo

ANEXO 5



**INVENTARIO DE
ANSIEDAD DE BECK
Versión Mexicana**

Instrucciones: abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuanto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una cruz (X) según la intensidad de la molestia.

1. Entumecimiento, hormigueo

Nada Poco Regular Mucho

2. Sentir oleadas de calor (bochornos)

Nada Poco Regular Mucho

3. Debilitamiento de las piernas

Nada Poco Regular Mucho

4. Dificultad para relajarse

Nada Poco Regular Mucho

5. Miedo a que pase lo peor

Nada Poco Regular Mucho

6. Sensación de mareo

Nada Poco Regular Mucho

7. Opresión en el pecho

Nada Poco Regular Mucho

8. Latidos acelerados

Nada Poco Regular Mucho

9. Inseguridad

Nada Poco Regular Mucho

10. Terror

Nada Poco Regular Mucho

11. Nerviosismo

Nada Poco Regular Mucho

12. Sensación de ahogo

Nada Poco Regular Mucho

13. Manos temblorosas

Nada Poco Regular Mucho

14. Cuerpo tembloroso

Nada Poco Regular Mucho

15. Miedo a perder el control

Nada Poco Regular Mucho

16. Dificultad para respirar

Nada Poco Regular Mucho

17. Miedo a morir

Nada Poco Regular Mucho

18. Asustado(a)

Nada Poco Regular Mucho

19. Indigestión

Nada Poco Regular Mucho

20. Malestar estomacal

Nada Poco Regular Mucho

21. Debilidad

Nada Poco Regular Mucho

22. Ruborizarse, sonrojamiento

Nada Poco Regular Mucho

23. Sudoración (no debida al calor)

























Nada Poco Regular Mucho

ANEXO 6

INSTRUMENTO DE AUTOEFICACIA EN DIABETES

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Para cada una de las acciones para el cuidado de su diabetes que se presentan a continuación elija el círculo que mejor describa que tan capaz se siente de llevarla a cabo. El círculo más grande significa, que usted se siente muy capaz de llevar a cabo esa acción, mientras que el círculo más pequeño indica que usted no se siente capaz de llevarla a cabo. Los círculos de en medio le indican opciones intermedias entre estos dos círculos. Por ejemplo, si usted se siente muy capaz de seguir su dieta cuando va a comer fuera de casa, elegirá el círculo más grande, si usted no se siente capaz de seguir su dieta cuando va a comer fuera de casa elegirá el círculo más pequeño, mientras que si se siente relativamente capaz de realizar esa acción elegirá cualquiera de los dos círculos que se encuentran en medio. Si no tiene ninguna duda, conteste tan rápido como sea posible, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas. Responda con sinceridad, nos interesa su forma de pensar.

1	Seguir la dieta sugerida para controlar su diabetes	Me siento muy capaz					No me siento capaz
2	Evitar los alimentos que no están dentro de su dieta	Me siento muy capaz					No me siento capaz
3	Seguir su dieta cuando va a comer fuera de casa	Me siento muy capaz					No me siento capaz
4	Seguir su dieta aunque otras personas coman otros alimentos delante de usted	Me siento muy capaz					No me siento capaz
5	Seguir su dieta cuando va a una fiesta donde hay distintos tipos de comida	Me siento muy capaz					No me siento capaz
6	Seguir su dieta aunque otras personas insistan en que coma otras cosas	Me siento muy capaz					No me siento capaz

7	Seguir su dieta cuando se siente preocupado	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
8	Hacer ejercicio sin la compañía de su familia o amigos	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
9	Hacer ejercicio cuando está ocupado	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
10	Hacer ejercicio cuando está lloviendo o hace frío	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
11	Hacer ejercicio cuando se siente cansado	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
12	Hacer ejercicio cuando se siente preocupado	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
13	Tomar su pastilla(s) todos los días	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
14	Tomar su pastilla a la hora indicada por el médico	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
15	Tomar su pastilla cuando está fuera de casa	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
16	Aplicarse la insulina sin ayuda	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz

ANEXO 7

Niveles de Reflexión y PARR

Terapeuta:

Observador:

NIVEL / TIPO	CONTEO	TO-TAL	EJEMPLOS
Repetición (Mencionar lo que la persona acaba de decir)			
Poner en otras palabras (Sinónimo)			
Paráfrasis (Deducir el significado de la persona): Amplificada, de dos filos; continuación del párrafo, metáfora, reflexión de sentimiento.			
Resumen (Juntar dos o más declaraciones de la persona)			

Hoja para Codificar del Observador: Provocando y Reforzando la Plática de Cambio

Respuestas del Terapeuta

P=preguntas evocadoras
E=elaboración
B=balanza de decisión
E=exploración de extremos
A=ver hacia atrás
F=ver hacia el futuro
M=explorando metas y valores

Respuestas del Paciente

0 =neutral, seguimiento,
continuación, otra
- =negativo, plática en contra del
cambio
+ =positivo, plática de cambio

Terapeuta _____
Observador _____

Marque las respuestas del facilitador en las líneas que empiezan con un asterisco (*) y las respuestas del "cambiante" en la línea de enseguida. Muévase de izquierda a derecha.

* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____
* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____
* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____
* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____
* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____
* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____
* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____	* _____	_____

ANEXO 8

CARTAS DESCRIPTIVAS

Tema 1:	Integración grupal				
Objetivo del tema	Los participantes se conocerán y se integrarán como grupo				
Componentes	Actividades		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial
	Instructor	Participante			
1. Presentación de la terapeuta y de la intervención	Expone las características de la intervención.	Atiende	Expositiva	Rotafolio	0:20
2. Presentación de los asistentes	Dirige a los participantes en su presentación	Cada paciente menciona su nombre, edad, años con diagnóstico de DM2, como detectaron su enfermedad, sus pasatiempos y las razones por las cuales decidió asistir	Técnica de integración	Ninguno	0:40
3. Definir reglas dentro del grupo	Dirige a los participantes en la definición de reglas para el desarrollo de la intervención	Cada paciente menciona una regla de conducta deseable para que el desarrollo de la intervención sea exitoso	Lluvia de ideas	Rotafolios	0:30
3. Definir nombre para el grupo	Dirige a los participantes en la elección del nombre	Proponer un nombre para el grupo	Lluvia de ideas	Rotafolios	0:30

Tema 2:	Educación para la salud				
Objetivo del tema	Los participantes identificarán la totalidad de los factores de riesgo de su padecimiento de acuerdo a las recomendaciones médicas.				
Componentes	Actividades		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial
	Instructor	Participante			
1.Revisión de autorregistros	Pide los registros y revisa cada uno de ellos	Exponen sus dudas respecto al llenado del registro	Exposición	Autorregistro	0:15
2. Descripción del mecanismo fisiológico de la diabetes	Expone la función del páncreas y la insulina en la absorción de glucosa	Atiende la explicación y expone dudas	Exposición	Láminas con dibujos	0:30
3. Complicaciones agudas: hiperglucemia, hipoglucemia	Expone los criterios para diagnosticar las complicaciones agudas, su prevención y las recomendaciones para su manejo	Atiende la explicación y expone dudas	Exposición	Láminas con dibujos y rotafolios	0:25
4. Complicaciones crónicas	Describe las complicaciones crónicas de la diabetes y acciones de prevención	Atiende la explicación y expone dudas	Exposición	Rotafolios	0:20
5. Revisión del tema	Coordina la actividad y proporciona el folleto 1 "Información general sobre la diabetes"	Adopta un papel de los elementos que intervienen en el mecanismo fisiológico de la diabetes	Dinámica grupal "Obra de teatro sobre la diabetes"	Láminas con dibujos, papel crepé de colores, globos	0:30

Tema 3:	Psicoeducación				
Objetivo del tema	Los participantes identificarán la relación de los pensamientos en los estados emocionales y conductas				
Componentes	Actividades		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial
	Instructor	Participante			
1.Revisión de autorregistros	Pide los registros y revisa cada uno de ellos	Exponen sus dudas respecto al llenado del registro	Exposición	Autorregistro	0:15
2. Revisión del tema anterior	Elabora preguntas relacionadas y aclara dudas sobre el tema anterior	Responde las preguntas y expone dudas	Discusión dirigida	Rotafolios	0:15
3. Modelo sobre la relación pensamiento-conducta-emoción	Muestra una lámina con el rostro de una persona expresando una emoción y pide la elaboración de una historia. Anota en el rotafolio los eventos descritos por los participantes en tres rubros: pensamientos, emoción y conductas.	Elabora una historia para la persona dibujada en la lámina en conjunto con el grupo	Dinámica grupal	Lámina con dibujo Rotafolios	0:25
4. Influencia de los pensamientos	Explica como los pensamientos influyen en el comportamiento y los estados emocionales negativos. Destaca la importancia de modificar los pensamientos para mejorar el control emocional	Atiende la explicación y expone dudas Enuncia pensamientos más realistas que el personaje podría tener para mejorar su estado emocional y su conducta	Exposición	Rotafolios	0:20

<p>5. Aplicación del modelo</p>	<p>Coordina la actividad y proporciona el folleto 2 "El control de las emociones"</p>	<p>Cada pareja de participantes elabora una historia para un personaje de una lámina e identifica los pensamientos, conductas y emoción que experimenta. Expone la historia al grupo y enuncia pensamientos más realistas para este personaje</p>	<p>Dinámica grupal</p>	<p>Láminas con dibujos, rotafolios</p>	<p>0:45</p>
---------------------------------	---	--	------------------------	--	-------------

Tema 4:	Técnica de relajación				
Objetivo del tema	Los participantes ejecutarán una técnica de relajación para mejorar el control emocional disminuyendo su temperatura periférica y tasa cardiaca				
Componentes	Actividades		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial
	Instructor	Participante			
1.Revisión de autorregistros	Pide los registros y revisa cada uno de ellos	Exponen sus dudas respecto al llenado del registro	Exposición	Autorregistro	0:05
2. Revisión del tema anterior	Elabora preguntas relacionadas y aclara dudas sobre el tema anterior	Responde las preguntas y expone dudas	Discusión dirigida	Rotafolios	0:15
3. Efectos de la relajación en los estados emocionales	Explica la relación entre las reacciones fisiológicas y los estados emocionales	Atiende la explicación y expone sus dudas	Exposición	Rotafolios	0:20
4. Ejecución de la técnica de relajación	Mide temperatura periférica y tasa cardiaca Aplica la técnica de relajación	Sigue las indicaciones del terapeuta realizando el ejercicio	Control instruccional Ensayo conductual	Termómetros	0:60
5. Planeación de la realización de la técnica de relajación	Pide a los participantes que describan en qué momento y lugar van a realizar el ejercicio de relajación	Describe de que manera va a realizar el ejercicio de relajación	Discusión dirigida	Ninguno	0:20

Tema 5:	Modelo de solución de problemas				
Objetivo del tema	Los participantes ejecutarán el modelo de solución de problemas para las dificultades que se presentan en el cuidado de su salud				
Componentes	Actividades		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial
	Instructor	Participante			
1.Revisión de autorregistros	Pide los registros y revisa cada uno de ellos	Exponen sus dudas respecto al llenado del registro	Exposición	Autorregistro	0:05
2. Revisión de la ejecución de la técnica de relajación	Coordina la actividad	Describe los efectos que experimentó en la realización de la técnica de relajación	Discusión dirigida	Rotafolios	0:20
3. Modelo de solución de problemas	Describe los pasos del modelo de solución de problemas de D'Zurilla	Atiende la explicación y expone sus dudas	Exposición Modelamiento	Rotafolios	0:30
4. Ejecución del modelo de solución de problemas	Coordina la actividad	Aplica el modelo de solución de problemas a un conflicto que presente que dificulte el cuidado de la salud, en conjunto con un compañero	Ensayo conductual	Rotafolios	0:45
5. Aplicación del modelo de solución de problemas en la vida cotidiana	Pide a los participantes que describan de que manera van a aplicar lo aprendido en esta sesión y proporciona el folleto 3 "Cómo resolver problemas para cuidar nuestra salud"	Describe que conflictos puede resolver usando el modelo de solución de problemas	Discusión dirigida	Ninguno	0:20

Tema 6:	Automonitoreo y toma de medicamentos				
Objetivo del tema	Los participantes realizarán la medición de glucosa sanguínea y generarán alternativas para solucionar problemas en la toma de medicamentos				
Componentes	Actividades		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial
	Instructor	Participante			
1.Revisión de autorregistros	Pide los registros y revisa cada uno de ellos	Entrega su registro	Exposición	Autorregistro	0:05
2. Revisión del tema anterior	Coordina la actividad	Expone el tema anterior brevemente y los efectos del modelo de solución de problemas en su vida cotidiana	Discusión dirigida	Ninguno	0:15
3. Importancia del automonitoreo de glucosa sanguínea	Expone los límites recomendados de glucosa preprandial y postprandial y las consecuencias de la no realización del automonitoreo	Atiende y expone sus dudas	Exposición	Rotafolios	0:20
4. Medición de glucosa sanguínea	Modela los pasos para medir la glucosa sanguínea usando el glucómetro Coordina la actividad	Atiende la explicación y expone sus dudas Mide su glucosa sanguínea usando el glucómetro	Modelamiento	Glucómetro Tira reactiva Algodón Alcohol	0:40
4. Toma de medicamentos	Expone el efecto de los medicamentos en el organismo y la importancia de tomarlos correctamente. Proporciona el folleto 4 "Automonitoreo" y el folleto 5 "Consejos para tomar medicamentos"	Atiende la explicación y expone sus dudas	Exposición	Rotafolios	0:15

EFFECTOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DM2

5. Problemas en la toma de medicamentos y alternativas para solucionarlos	Coordina la actividad Muestra el uso del pastillero	Describe los problemas más comunes en la toma de medicamentos y genera posibles soluciones Atiende y expone dudas	Discusión dirigida Modelamiento	Rotafolios	0:25
---	--	--	--	------------	------

Tema 7:	Alimentación				
Objetivo del tema	Los participantes identificarán los tipos de nutrimentos, los grupos de alimentos y las tablas de equivalencia para una alimentación saludable				
Componentes	Actividades		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial
	Instructor	Participante			
1.Revisión de autorregistros	Pide los registros y revisa cada uno de ellos	Entrega su registro	Exposición	Autorregistro	0:05
2. Revisión del tema anterior	Coordina la actividad	Expone el tema visto la sesión anterior	Discusión dirigida	Ninguno	0:15
3. Relación entre la alimentación y los niveles de glucosa sanguínea	Expone los efectos de la alimentación en los niveles de glucosa sanguínea y colesterol	Atiende y expone sus dudas	Exposición	Rotafolios	0:15
4. Tipos de nutrimentos	Expone los tipos de nutrimentos y su función: carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales.	Atiende la explicación y expone sus dudas	Exposición	Folleto Rotafolios	0:15
4. Grupos de alimentos	Expone los grupos de alimentos: frutas y verduras, alimentos de origen animal y leguminosas y cereales y tubérculos	Atiende la explicación y expone sus dudas	Exposición	Folleto Rotafolios	0:15
5. Tablas de equivalencias	Muestra las tablas de equivalencias y su uso para planear las comidas	Atiende y revisa las tablas, identifica los alimentos que más consume y las porciones recomendadas	Discusión dirigida	Folleto Rotafolios	0:25
6. Identificación de grupos de alimentos	Muestra dibujos de alimentos	Identifica a qué grupo pertenecen	Dinámica grupal	Dibujos de alimentos	0:20

7. Compromiso de cambio en alimentación	Coordina la actividad y proporciona folleto 6 "Alimentación saludable"	Enuncia una conducta en relación a la alimentación que va a modificar en la semana acorde a las recomendaciones revisadas en la sesión	Contrato conductual verbal	Rotafolios	0:10
---	--	--	----------------------------	------------	------

Tema 8:	Práctica de técnica de relajación/Alimentación				
Objetivo del tema	Los participantes practicarán la técnica de relajación Los participantes identificarán las raciones de alimentos recomendadas para conservar una buena salud				
Componentes	Actividades		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial
	Instructor	Participante			
1.Revisión de autorregistros	Pide los registros y revisa cada uno de ellos	Entrega su registro	Exposición	Autorregistro	0:05
2. Revisión del tema anterior	Coordina la actividad	Expone el tema visto la sesión anterior	Discusión dirigida	Ninguno	0:15
3. Revisión de los compromisos	Coordina la actividad	Expone si cumplió o no el cambio a realizar, las razones del resultado y generación de alternativas en relación a las dificultades para llevar a cabo el cambio planteado	Discusión dirigida	Rotafolios	0:15
4. Práctica de la técnica de relajación	Mide temperatura periférica y tasa cardiaca Aplica la técnica de relajación	Sigue las indicaciones del terapeuta realizando el ejercicio	Ensayo conductual	Termómetro	0:40
5. Raciones de alimentos	Muestra porciones de diferentes alimentos usando taza medidora y báscula Marca con un plumón indeleble en una taza del participante la porción correspondiente a 250 ml.	Atiende y expone sus dudas Entrega una taza que tenga disponible en su casa	Modelamiento	Báscula Taza medidora	0:30
6. Recetario	Describe recetas bajas en carbohidratos y proporciona el folleto 7 "Recetario"	Atiende la explicación y expone sus dudas	Exposición	Folleto Rotafolios	0:15

Tema 9:	Práctica de técnica de relajación/Ejercicio físico				
Objetivo del tema	Los participantes practicarán la técnica de relajación Los participantes implementarán una estrategia para realizar ejercicio físico en su vida cotidiana				
Componentes	Actividades		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial
	Instructor	Participante			
1.Revisión de autorregistros	Pide los registros y revisa cada uno de ellos	Entrega su registro	Exposición	Autorregistro	0:05
2. Revisión del tema anterior	Coordina la actividad	Expone el tema visto la sesión anterior	Discusión dirigida	Ninguno	0:15
3. Práctica de la técnica de relajación	Mide temperatura periférica y tasa cardiaca Aplica la técnica de relajación	Sigue las indicaciones del terapeuta realizando el ejercicio	Ensayo conductual	Termómetro	0:40
4. Efectos del ejercicio en el control de la glucosa sanguínea	Describe las consecuencias de la realización de ejercicio físico en el manejo de la glucosa sanguínea Describe las condiciones bajo las cuales la persona con diabetes puede realizar ejercicio físico	Atiende y expone dudas	Exposición	Láminas Rotafolios	0:30
5. Planeación de la realización de ejercicio	Coordina actividad y proporciona el folleto 8 "Actividad física"	En parejas, elaboran un plan para realizar ejercicio físico durante la semana y lo presentan ante el grupo	Dinámica grupal	Rotafolios	0:30

Tema 10:	Práctica de técnica de relajación/Asertividad				
Objetivo del tema	Los participantes practicarán la técnica de relajación Los participantes practicarán estrategias de asertividad para pedir apoyo social para el cuidado de su salud				
Componentes	Actividades		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial
	Instructor	Participante			
1.Revisión de autorregistros	Pide los registros y revisa cada uno de ellos	Entrega su registro	Exposición	Autorregistro	0:05
2. Revisión del tema anterior	Coordina la actividad	Expone el tema visto la sesión anterior	Discusión dirigida	Ninguno	0:15
3. Práctica de la técnica de relajación	Mide temperatura periférica y tasa cardiaca Aplica la técnica de relajación	Sigue las indicaciones del terapeuta realizando el ejercicio	Ensayo conductual	Termómetro	0:40
4. Apoyo social en el cuidado de la salud	Describe la importancia que tienen familiares y amistades en el cuidado de la salud	Atiende y expone dudas	Exposición	Rotafolios	0:15
	Coordina actividad	Menciona ejemplos de cómo otras personas colaboran en el manejo de la diabetes	Discusión dirigida		
4. Asertividad	Define asertividad Describe los tipos de interacción social: no asertiva, agresiva y asertiva Describe la importancia de asertividad para pedir apoyo social en el manejo de la diabetes	Atiende y expone sus dudas	Exposición	Rotafolios	0:20

EFFECTOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DM2

5. Práctica de asertividad	Coordina actividad y proporciona el folleto 9 "Asertividad" y el folleto 10 "Cuidado de los pies"	En parejas, plantean una situación social en la cual se requiere de pedir apoyo a otras personas para el manejo de la diabetes y realizan una simulación ante el grupo	Ensayo conductual	Ninguno	0:25
----------------------------	---	--	-------------------	---------	------

Tema 11:	Revisión y cuidado de los pies/Inyección de insulina				
Objetivo del tema	Los participantes practicarán la técnica de relajación Los participantes identificarán las razones de alimentos recomendadas para conservar una buena salud				
Componentes	Actividades		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial
	Instructor	Participante			
1.Revisión de autorregistros	Pide los registros y revisa cada uno de ellos	Entrega su registro	Exposición	Autorregistro	0:05
2. Revisión del tema anterior	Coordina la actividad	Expone el tema visto la sesión anterior	Discusión dirigida	Ninguno	0:15
4. Revisión de los pies	Explica la importancia de la revisión de pies en las personas con diabetes Muestra cómo se lleva a cabo la revisión de los pies	Atiende y expone sus dudas Revisa sus pies	Exposición Modelamiento Ensayo conductual	Rotafolios Espejo	0:40
4. Cuidado de los pies	Describe los cuidados necesarios para prevenir lesiones en los pies	Atiende y expone sus dudas	Exposición	Folleto Rotafolios	0:20
5. Inyección de insulina	Describe la importancia de la insulina en el manejo de la diabetes Muestra como se lleva a cabo la inyección de insulina	Atiende y expone sus dudas Observa y repite el ejercicio	Exposición Modelamiento Ensayo conductual	Rotafolios Jeringas de insulina	0:40

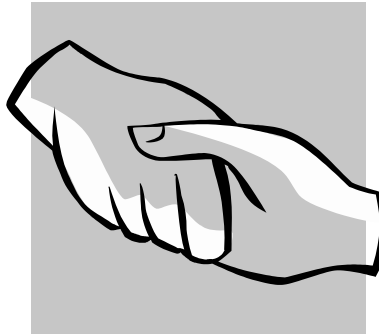
Tema 12:	Fiesta de clausura				
Objetivo del tema	Los participantes elaborarán un platillo bajo en carbohidratos y participarán en una reunión social				
Componentes	Actividades		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial
	Instructor	Participante			
1.Revisión de autorregistros	Pide los registros y revisa cada uno de ellos	Entrega su registro	Exposición	Autorregistro	0:05
2. Revisión del tema anterior	Coordina la actividad	Expone el tema visto la sesión anterior	Discusión dirigida	Ninguno	0:15
3. Realización de fiesta	Coordina la actividad	Elabora un platillo bajo en carbohidratos y lo comparte con los compañeros	Ensayo conductual	Grabadora con música Alimentos bajos en carbohidratos	1:00
4. Exposición de logros obtenidos	Coordina la actividad	Describe los cambios observados en su propia conducta a partir de la intervención	Discusión dirigida	Ninguno	0:40

ANEXO 9



***UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19,
IMSS***

***FACULTAD DE PSICOLOGIA,
UNAM***



**GRUPO DE APOYO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2**

**FOLLETO 1
INFORMACION GENERAL SOBRE DIABETES**

Responsable:

Mtra. Raquel García Flores

Cel. 044 55 34 84 94 67

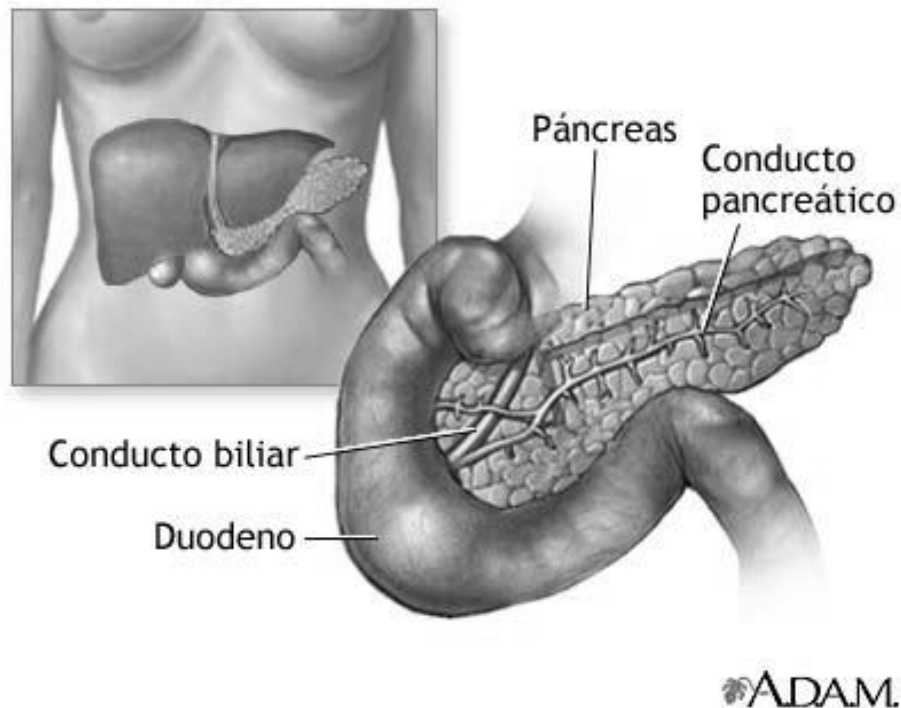
¿Qué es la diabetes mellitus tipo 2?

La diabetes es una **enfermedad crónico degenerativa**, es decir, **se padece de por vida y es deteriorante**, la cual se identifica por la falta o mal aprovechamiento de la insulina (elaborada por el páncreas) que provoca un aumento en la glucosa (azúcar) en la sangre.

Por esta razón se dice que la diabetes no se cura sino que se controla para que los daños al organismo sean más lentos y menos graves.

¿Qué es el páncreas?

El páncreas es el órgano que está ubicado en el abdomen, detrás del estómago y es el encargado de producir la insulina que el cuerpo necesita para mantener así el azúcar en el rango normal de **70 a 110 mg.**



¿Qué es la insulina?

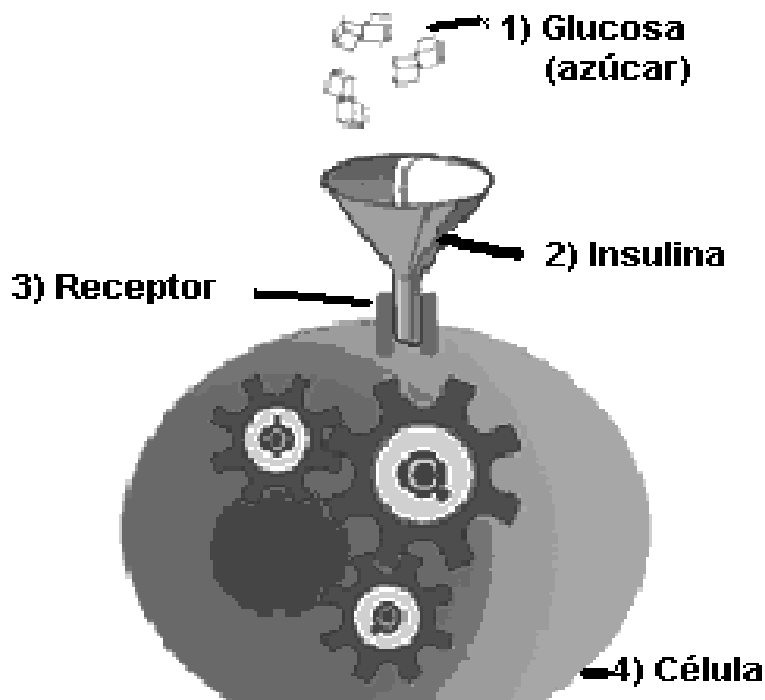
La insulina es una hormona producida en el páncreas que regula la cantidad de azúcar en la sangre. En personas con diabetes, el páncreas tiene un funcionamiento anormal. Este puede consistir en que la producción de insulina:

- a) Sea insuficiente
- b) No se produzca insulina
- c) La insulina producida sea defectuosa

¿Cómo funciona la insulina en mi cuerpo?

Piense en que cada una de las células de su cuerpo es como una pequeña máquina. Como todas las máquinas, necesita combustible. El principal combustible se llama **glucosa** (azúcar) y lo obtenemos de los alimentos que consumimos.

La glucosa (azúcar) **(1)** entra a las células a través de receptores **(3)**. Estos son sitios en las células que dejan entrar a la insulina **(2)**. Una vez adentro **(4)**, la glucosa puede ser usada como combustible.



Pero, **sin insulina, es difícil para la glucosa poder entrar a las células**, por lo que la glucosa se acumula en la sangre. Es cuando se dice “**se le subió el azúcar**”, es decir, que la persona tiene un episodio de **HIPERGLUCEMIA**. Los síntomas son:

- Sed incontrolable
- Orinar con frecuencia
- Se baja de peso rápidamente
- Las cifras de glucosa en la sangre son elevadas
- Hay cansancio y debilidad en todo el cuerpo
- Pérdida de apetito por las náuseas y vómitos
- Dificultad para respirar
- La piel se deshidrata y comienza a secarse
- El enfermo se enoja e irrita con facilidad



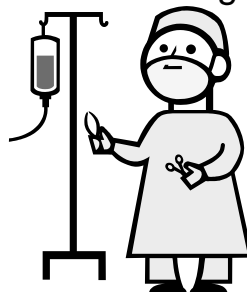
Causas:

- No se ha seguido la dieta
- No se han tomado las dosis de los medicamentos por vía oral o de insulina
- Sufre constantemente de infecciones o fiebre
- Pasa por estados emocionales difíciles, situaciones de tensión muy constantes.



Que hacer:

- Llamar al médico de inmediato
- Realizar en casa pruebas de sangre para identificar los niveles de glucosa
- Tomar líquidos pero que no contengan azúcar



Un episodio de hiperglucemia puede ocasionar daños severos a su salud, incluso llegar al **coma** que es una pérdida de la conciencia.



Otra situación que se puede presentar en la diabetes es la **hipoglucemia** que consiste de una baja en los niveles de glucosa en la sangre, lo que provoca que las células del organismo no sean alimentadas y así se presente debilidad. Se detecta cuando hay menos de 60 mg/dl de glucosa en sangre.

Los síntomas son:

- Sudor frío
- Dolor de cabeza
- Hambre incontrolable
- Temblor en el cuerpo
- Mareos
- Adormecimiento en los labios
- Náuseas
- Hormigueo en el cuerpo

Las causas son:

- No ha comido lo suficiente
- Retrasa sus comidas o no mantiene un horario para consumir alimentos
- Ha tomado un mayor número de tabletas o se ha inyectado mas insulina de la recomendada
- El ejercicio es mayor a lo que acostumbra
- Falta de control de las emociones

Que hacer:

- Tomar 15 gramos de carbohidratos, de preferencia disuelto en líquido (medio vaso de jugo dulce, una cucharada de azúcar disuelta en medio vaso de agua, una cucharada de miel de abeja).
- Volver a medir la glucosa, si sigue baja, tomar azúcar.
- Acudir a urgencias en caso de empeorar.

Por esto es indispensable prevenir esta alteración haciendo lo siguiente:

- Asistiendo regularmente al médico
- Checando sus niveles de glucosa
- Cuidando su alimentación
- Tomando los medicamentos que recomendó el médico
- Haciendo ejercicio
- No tomando alcohol

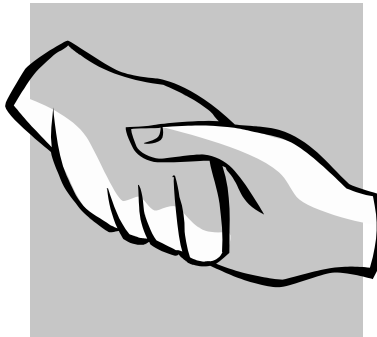


¡CUIDE SU SALUD PARA PREVENIR COMPLICACIONES GRAVES, VALE LA PENA!



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19,
IMSS**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA,
UNAM**



**GRUPO DE APOYO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2**

**FOLLETO 2
EL CONTROL DE LAS EMOCIONES**

Responsable:

Mtra. Raquel García Flores

Cel. 044 55 34 84 94 67

EL CONTROL DE LAS EMOCIONES

En el tratamiento para controlar la diabetes día a día pueden surgirnos distintos problemas en cualquier momento, debemos tomar decisiones rápidas y acertadas para solucionar hipoglucemias, para calcular la cantidad de insulina si comemos fuera de casa, para prepararnos si vamos a hacer deporte, etc. Esto, además de una buena y amplia información, requiere una atención continua durante todo el día, pero podríamos prestarle una atención serena y positiva.

Esta actitud positiva es a veces difícil de adoptar y por esta razón es importante aprender a controlar nuestras respuestas emocionales. Los estudios han demostrado que las personas que saben conservar la tranquilidad en situaciones difíciles tienen un mejor control de su diabetes que aquellas que se dejan llevar por la ira, la ansiedad o la depresión.

Nuestro estado emocional

Mantenerse firme en el tratamiento todo el tiempo es difícil para todos los pacientes. Requiere esfuerzo, tiempo y trabajo duro. Requiere llevar el plan adelante y aprender a hacer frente a las situaciones difíciles. En ocasiones uno se puede encontrar pensando: "Esto es demasiado para mí. Nunca podré hacerlo todo y bien". Pensamientos negativos como estos afectan los sentimientos y los actos de una persona.

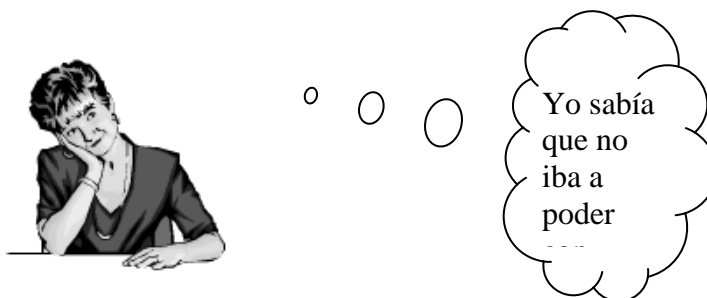


Lo **primero** que hay que hacer es **observarnos** a nosotros mismos: **ver claramente qué situaciones específicas de nuestra diabetes nos producen ese tipo de emociones y nos afectan**; después podremos observar qué reacciones tiene nuestro cuerpo ante esas situaciones: temblores, tensión, sudoración, dolor de estómago o de cabeza, etc. Lo podemos anotar en un registro.



Una vez que conozcamos qué situaciones son las que nos angustian de verdad, qué es lo que sentimos en nuestro cuerpo y en qué grado lo sentimos, podremos afrontarlo de una forma racional: tranquilizándonos y pensando en el asunto con claridad.

Con mucha frecuencia este tipo de situaciones de nuestra diabetes, que nos afectan emocional y físicamente, suelen acompañarse de **pensamientos negativos en forma de frases o de imágenes** que nos decimos o mostramos a nosotros mismos. Este tipo de **pensamientos automáticos son involuntarios, suelen ser distorsionados e inútiles, y sin embargo no dudamos de su veracidad.**



¿Ha encontrado alguno de estos pensamientos?: "nunca le atino con la insulina cuando como fuera de casa", "soy incapaz de seguir la dieta", "como siempre, en el fondo yo sabía que no tengo fuerza de voluntad". Como puede ver, estos se presentan en términos absolutos (siempre, nunca, incapaz...), pero, además, los generalizamos a toda situación que se le parezca (el día que no hace la comida mi madre, una fiesta, etc.).

Debemos aprender a **cuestionar su veracidad y a ponerlos a prueba:** ¿hay otra explicación para lo que pienso en ese momento?, ¿qué pensaría mi hermano mayor, al que admiro mucho?, ¿es realmente tan horrible lo que pienso?, ¿gano algo pensando así?....

Hay un círculo vicioso entre lo que pensamos y lo que sentimos: si pienso que siempre voy a fallar en la dieta, me empezaré a sentir frustrado y triste.

Por eso, lo importante es empezar a modificar estos pensamientos cuanto antes.

Tenemos que identificarlos, incluso apuntarlos para cuestionarlos y desafiarlos. **Si, poco a poco, contraponemos un pensamiento o imagen positivos a esos pensamientos negativos, controlaremos nuestras emociones y lo más seguro es que nuestro comportamiento sea también más sensato y más eficaz en las siguientes ocasiones.** Podemos decirnos cosas como: "he hecho cosas más difíciles", "sé lo que tengo que hacer y no me dejaré llevar por mis nervios", "puedo relajarme, no tengo porqué acelerarme", "la próxima vez ya sé lo que tengo que hacer", etc., etc.

Ahora solo se trata de que adecúe todas estas sugerencias a las situaciones que a usted le afectan y que converse consigo mismo con sus propias palabras. En la medida que se practican estas estrategias, cada vez se hace más sencillo controlar nuestros pensamientos y nuestras emociones, de forma que nos dejen disfrutar de lo fácil y lo difícil que nos presenta la vida.

Sin embargo, **puede aprender a cambiarlos por pensamientos más realistas.** Por ejemplo, en lugar de decirse a sí mismo "nunca podré hacer esto bien" y sentirse nervioso, puede cambiar este pensamiento negativo preguntándose "**¿he puesto todas mis fuerzas y mis energías?, soy perfectamente capaz de aprender cosas si lo hago paso a paso o por partes. Si hago esto con mi tratamiento, puedo aprenderlo y llevarlo adelante, pero sólo una cosa cada vez (por partes)**".

Para cambiar esos pensamientos automáticos negativos puede pensar:

- ¿Qué me digo a mí mismo? _____
- ¿Es verdaderamente acorde con la realidad, con los hechos?

- ¿Qué es lo peor que podría ocurrir? _____

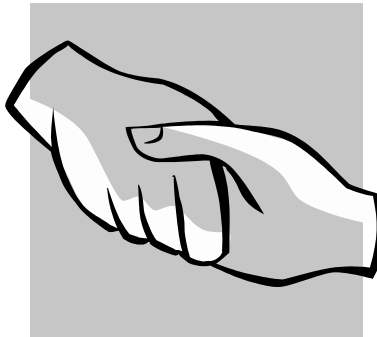
- Para qué me sirve pensar de esta manera? _____

Es importante tener en cuenta que hay momentos, cuando estamos tristes, enfadados o nerviosos, que esa reacción es comprensible. Es normal estar trastornado cuando uno se enfrenta a una situación difícil como es tener diabetes, pero, cuando los pensamientos y los sentimientos negativos interfieren en el camino para aprender hábitos saludables y hacer una vida normal, es necesario cambiarlos por una forma de pensar más reflexiva y realista.



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19,
IMSS**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA,
UNAM**



**GRUPO DE APOYO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2**

**FOLLETO 3
COMO SOLUCIONAR PROBLEMAS PARA CUIDAR NUESTRA
SALUD**

Responsable:

Mtra. Raquel García Flores

Cel. 044 55 34 84 94 67

Modelo de solución de problemas

Este modelo sirve para resolver los problemas de manera ordenada y sistemática.

Un problema es la diferencia que existe entre lo que se desea y lo que sucede en la realidad.

Por ejemplo, una persona con diabetes puede sentirse enojada porque ya no puede cenar 2 piezas de pan de dulce. Otro ejemplo sería una madre de familia que se desespera porque su hijo de 4 años hace berrinches. O una joven que está triste porque no tiene novio y le gustaría tenerlo.



Los seres humanos tenemos que enfrentarnos a situaciones adversas todos los días y si no tenemos una buena estrategia para resolver los problemas lo más probable es que nos sintamos poco eficientes y con tristeza, ansiedad y/o enojo.

Por eso es importante conocer un método para resolver nuestros problemas. **Los pasos de este método son:**

- I. Definir el problema**
- II. Generar alternativas (posibles soluciones).**
- III. Evaluar las alternativas (ver ventajas y desventajas)**
- IV. Elegir un plan**
- V. Llevarlo a cabo y ver los resultados**

I. Definir el problema

- **¿Qué es lo que me molesta?** *Que me enojo porque ya no puedo comer mis 2 panes de dulce.*
- **¿Cuándo pasa lo que me molesta?** *Todas las noches*
- **¿Dónde me pasa?** *En mi casa*
- **¿Qué me gustaría que pasara?** *Que se me quitara la diabetes para comer lo que quiera y sentirme contento.*
- **¿Puedo hacer algo?** *No puedo quitarme la diabetes pero a lo mejor podría comer otra cosa y sentirme contento.*

II. Generar alternativas

➤ **¿Qué cosas puedo hacer?**

1. *Comer un yogurt y le pongo azúcar de dieta*
2. *Hacer panes en la casa con azúcar de dieta*
3. *Comer un cereal que me guste*
4. *Cenar con mi amiga que me hace reír*
5. *Comer una fruta con yogurt*
6. *Cenar lo de mi dieta y salir a caminar un rato para tranquilizarme*
7. *Decirme todos los días en la noche que si sigo la dieta no voy a sentirme mal*

III. Ver las ventajas y desventajas de cada alternativa



1. Comer un yogurt y le pongo azúcar de dieta.

Ventajas: voy a adelgazar, sabe bien, no es caro.

Desventajas: a lo mejor no me lleno.

2. Hacer panes en la casa con azúcar de dieta.

Ventajas: me voy a "llenar", sabe bien y no me hace daño.

Desventajas: invertir tiempo en la cocina.



3. Cenar con mi amiga que me hace reír

Ventajas: me voy a divertir, no voy a pensar en la comida.

Desventajas: gasto de dinero.



IV. Elegir un plan

- Voy a cenar panes que haya hecho en casa con azúcar de dieta y voy a invitar a mi amiga a cenar 3 veces a la semana.

V. Ver los resultados

- *Voy a ver como me siento después de 1 semana.*



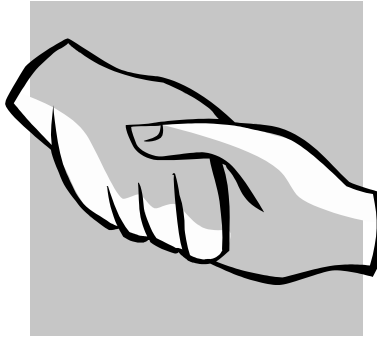
Pruebe estas sencillas recomendaciones y verá su efectividad.

Escribir nuestros problemas nos ayuda a identificarlos con claridad y entre mas rápido lo apliquemos menos consecuencias negativas tendremos para nuestro estado emocional y nuestra salud.



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 19,
IMSS

FACULTAD DE PSICOLOGIA,
UNAM



GRUPO DE APOYO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2

FOLLETO 4
AUTOMONITOREO

Responsable:

Mtra. Raquel García Flores

Cel. 044 55 34 84 94 67

AUTOMONITOREO DE LA GLUCOSA

Recuerde que el objetivo de medirse la glucosa de la sangre es tratar que sus valores estén entre **70-100 mg/dl antes de los alimentos y entre 100-180 de 1 a 2 horas después de ingerir alimentos.**



¿Cuál es el número de veces que debo checar mi glucosa en sangre diariamente?

La respuesta depende del tipo de diabetes. La mayoría de las personas que padecen diabetes tipo 2 que requieren insulina necesitan medir su glucosa en sangre **4 veces al día** (antes de cada comida y al irse a dormir) para poder ajustar su dosis de insulina.

Las personas con diabetes tipo 2 necesitan medirse la glucosa **solamente una vez (antes del desayuno)** diariamente. Frecuentemente las personas con diabetes tipo 1 y tipo 2 deben medir su glucosa en sangre de 2 a 3 horas después de una comida (glucosa posprandial) para conocer si se encuentra demasiado alta. Si así sucediera, la cantidad de alimento, ejercicio o medicamentos debe de ser ajustada.

Todas las personas con diabetes deben de medir su glucosa en sangre en cualquier momento que piensen que está demasiado alta o baja.

¿Por qué debe medirse la glucosa?

El monitoreo es necesario para ajustar las dosis de pastillas o insulina, verificar el efecto que tienen los alimentos que consume y darse cuenta del impacto de la actividad física en su control.

El monitoreo también le permite detectar oportunamente cuando su glucosa está baja (hipoglucemia) o cuando esta alta (hiperglucemia) para que actúe de inmediato y corrija la situación.

Además el monitoreo le permite saber también como una infección o algunas emociones fuertes afectan sus concentraciones de glucosa en sangre.

Si está de viaje, el monitoreo le ayuda a saber su nivel de glucosa y que debe hacer para sentirse bien y disfrutar de su viaje.

Además se ha comprobado que si logra mantener sus concentraciones de glucosa dentro de esos rangos, los problemas que se originan como consecuencia de la glucosa alta en la sangre se reducen.

¿Qué tan exactos son los glucómetros?

La gota de sangre que saca de su dedo siempre contiene un poco menos de glucosa que la que se saca de la vena cuando va al laboratorio, sin embargo, la variación del resultado entre un monitor y la prueba de laboratorio no debe ser mayor del 20%.

Es muy importante que verifique su medidor continuamente con las soluciones de control que se le proporcionan al comprarlo y que cuando vaya al laboratorio tome una gota de la muestra que le toma la enfermera y la use para verificar la diferencia entre el medidor y el laboratorio, de esta manera podrá saber con mayor exactitud las concentraciones de glucosa que realmente tiene.

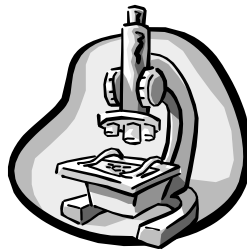
¿Cómo se realizan las pruebas?

1. Lave bien sus manos o empape el algodón en alcohol.
2. Saque el medidor, la tira y cargue la lanceta en el portalancetas.
3. Masajeo su dedo o sacúdalo fuertemente.
4. Pique su dedo con la parte lateral de la lanceta.
5. Coloque la gota de sangre en la tira.
6. Inserte la tira reactiva en el medidor.
7. Espere el resultado mientras guarda el equipo.
8. Las lancetas son desechables.



Hemoglobina glucosilada

La hemoglobina glucosilada indica el promedio de glucosa en sangre durante los últimos **tres meses**. La glucosilación es un proceso que ocurre cuando la glucosa se une a algunas moléculas, en este caso, la hemoglobina de los glóbulos rojos de la sangre.



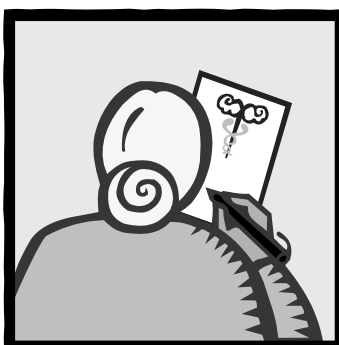
Para verificar que el control de la glucosa es adecuado, debe tener un valor de hemoglobina glucosilada de entre 6 y 7%.

A continuación aparecen los porcentajes de hemoglobina glucosilada y los valores de glucosa promedio a los que corresponden.

6%	135 mg/dl
7%	170 mg/dl
8%	205 mg/dl
9%	240 mg/dl
10%	275 mg/dl

La importancia del registro de los resultados

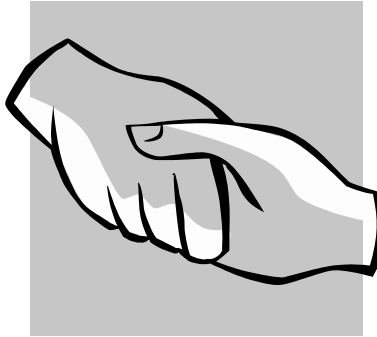
El registro de los resultados dará mucha información tomar las decisiones más acertadas. Imagínesse que su cuerpo es un negocio. Si tiene un negocio debe registrar lo que entra, lo que sale, las ventas y compras y analizar la información para que tome buenas decisiones y obtenga utilidades. Su cuerpo es el negocio más importante de su vida, por lo tanto debe cuidarlo.





UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 19,
IMSS

FACULTAD DE PSICOLOGIA,
UNAM



GRUPO DE APOYO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2

FOLLETO 5
CONSEJOS PARA TOMAR MEDICAMENTOS

Responsable:

Mtra. Raquel García Flores

Cel. 044 55 34 84 94 67

¿Ha tenido problemas para tomar sus medicamentos tales como: se le olvida, no tiene dinero para comprarlos o no le surtieron su receta en el seguro?

Recuerde que el tomar su medicina tal y como lo prescribió el médico es muy importante para su tratamiento.

Pero sabemos que en ocasiones resulta un poco difícil seguir estas indicaciones pero con estas sencillas recomendaciones verá resultados muy benéficos.

1. **Ponga avisos.** Si se le olvida con frecuencia entonces puede hacer pequeños cartelitos de colores llamativos que puede colocar donde acostumbra estar (en la pared de la sala, en el refri de la cocina) para recordarse de tomarlos.

Me toca la medicina a las 8.

2. **Anote en un calendario cuando debe de comprar su medicina.** Si su medicina se acaba en 15 días no se espere hasta el último día para comprarla, cómprela una semana antes anotando la fecha en su calendario, para evitar las carreras de último momento o que no la encuentre disponible en las farmacias.



3. Aunque el seguro le proporcione las medicinas, **tenga guardada una porción de repuesto** que, aunque haya gastado en esta, le dará la seguridad de que si el seguro no la tiene pueda esperar que la surtan sin que la deje de tomar.

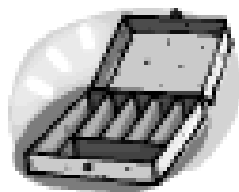


4. **Tenga su medicina cerca de usted.** Si toma su medicina en la noche téngala en su buró a un lado de un vasito de agua. Si toma su medicina antes de la comida téngala siempre en la mesa del comedor. Si está mucho tiempo fuera de casa llévela en su bolsa.

5. Si le toca tomar su medicina a una hora en especial, **puede poner un despertador** o si tiene reloj con alarma programarlo para que el sonido se lo recuerde.



6. Si a veces no se acuerda si se tomo la medicina o no, entonces le conviene **comprar un pastillero** en donde coloque las pastillas que le toca por día. Los mejores son los que tienen 7 espacios, uno para cada día de la semana. Pero hay una gran variedad, puede elegir el que mas le acomode.



7. Si a veces no le alcanza la quincena para comprarla, entonces es importante que **ahorre**. Por ejemplo, puede destinar una alcancía en donde deposite 5 o 10 pesos diarios para juntar al final del mes para su medicina.



También puede **pedir apoyo económico**, sabemos que a veces nos da pena pero en general nuestros amigos y familiares les preocupa nuestro estado de salud y colaboran con gusto en el tratamiento.



Si no le agrada esta idea o no le funciona, entonces le conviene **hacer pequeños trabajos** para juntar un dinero. Por ejemplo, vender pequeñas artesanías hechas por nosotros mismos (figuritas de yeso, bordados, figuritas de fomi, hay varias revistas que dan ideas no caras) o hacer trabajos domésticos (lavar, planchar, etc.).



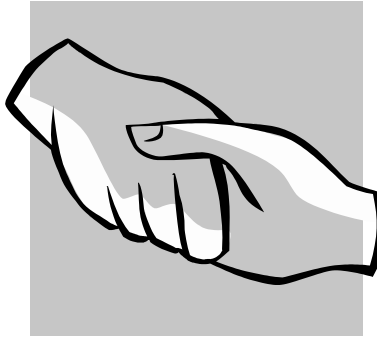
Recuerde que nuestra salud vale oro y cualquier cosa que hagamos vale la pena para evitar complicaciones.

A veces por querer ahorrar en nuestros tratamientos las cosas luego nos salen mucho más caras cuando se complica nuestro estado de salud y entonces el precio de los tratamientos se eleva.



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 19,
IMSS

FACULTAD DE PSICOLOGIA,
UNAM



GRUPO DE APOYO A PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2

FOLLETO 6
ALIMENTACION SALUDABLE

Responsable:

Mtra. Raquel García Flores

Cel. 044 55 34 84 94 67

LA ALIMENTACION EN LA PERSONA CON DIABETES

La alimentación juega un papel muy importante en el cuidado de los niveles de glucosa de un persona con diabetes. Cuando este elemento se descuida inmediatamente se puede observar una alteración en la glucosa de la sangre, por lo que se pueden presentar episodios repentinos de hiperglucemia (azúcar alta) que pueden llevar a una persona al hospital.

Para evitar este tipo de riesgos en este folleto se explica cómo afecta la alimentación en los niveles de glucosa sanguínea, los alimentos recomendables, los grupos de alimentos que existen, un formato de alimentación diario y consejos para preparar su comida de manera mas sana.

¿Qué pasa cuando las personas con diabetes no cuidamos nuestra alimentación?

Comer excesivamente carbohidratos y grasas contribuye a complicar la diabetes a una velocidad sorprendente.

Los alimentos **azucarados** y **grasos** pueden convertirse en su enemigo cuando se consumen abundantemente porque ocasionan que la **glucosa suba (hiperglucemia)** y **aumento de peso en exceso**.



**GLUCOSA
ALTA
Y
OBESIDAD**

Por ello se recomienda una dieta que incluya carbohidratos, proteínas y grasas pero **solo los que su organismo requiera**. Esto dependerá de la edad, sexo, actividad física y trabajo que desarrolle.

¿Qué sucede cuando me salto una comida?

El organismo requiere de energía para funcionar, que es la glucosa, la cual obtiene de los alimentos. Cuando una persona con diabetes pasa mucho tiempo sin comer, el cuerpo carece de glucosa y se presenta la **hipoglucemia**, es decir, **baja el azúcar** en la sangre. Lo que provoca sudor frío, mareos, debilidad, confusión y hambre. Al comer excesivamente se elevan los niveles de glucosa de repente, lo que ocasiona que el organismo nuevamente salga de ritmo y suba el azúcar, es decir, exista una **hiperglucemia** que deba ser atendida en el hospital. Por esta razón los médicos recomiendan que usted coma a sus horas.

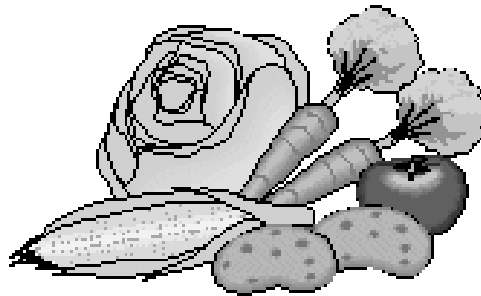
¿Por qué es importante la colación?

La colación es un pequeño refrigerio o bocadillo que ayuda a mantener los niveles de glucosa normales ya que a lo largo del día puede haber periodos cortos en que se baje la glucosa. Este puede consistir de un pequeño pedazo de pan, galletas marías (3 o 4) o una fruta pequeña.

¿Cuáles son los nutrimentos que existen?

CARBOHIDRATOS

La principal función de los carbohidratos es aportar energía al organismo. Es mejor comer carbohidratos complejos (como el pan, papa, cereales) que simples (caramelos, pasteles) porque llenan mas y tardan mas tiempo en digerirse.



GRASAS

Las grasas se utilizan en su mayor parte para aportar energía al organismo. Si consumimos una cantidad de grasas mayor de la recomendada, podemos presentar obesidad y **si consumimos grandes cantidades de grasa de origen animal, aumentamos el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como la arterioesclerosis, los infartos de miocardio o las embolias.**



PROTEINAS

Las proteínas son los materiales que desempeñan un mayor número de funciones en las células de todos los seres vivos.

En la dieta de los seres humanos se puede distinguir entre proteínas de origen vegetal o de origen animal. Las proteínas de origen animal están presentes en las carnes, pescados, aves, huevos y productos lácteos en general. Las de origen vegetal se pueden encontrar abundantemente en los frutos secos, la soya, las leguminosas y los cereales integrales (con germen). Las proteínas de origen vegetal, tomadas en conjunto, son menos complejas que las de origen animal.

Cuando las proteínas consumidas exceden las necesidades del organismo, sus aminoácidos constituyentes pueden ser utilizados para obtener de ellos energía. Sin embargo, la combustión de los aminoácidos tiene un grave inconveniente: LA PRODUCCIÓN DE SUSTANCIAS TÓXICAS PARA EL ORGANISMO (urea en el hígado y se eliminan por la orina al filtrarse en los riñones).



VITAMINAS Y MINERALES

Las vitaminas son nutrientes necesarios en pequeñas cantidades para el crecimiento y desarrollo normal, y deben ser provistas por los alimentos.

¿Cuáles son los grupos de alimentos que existen?

Grupo 1: FRUTAS Y VERDURAS.- Nos aportan principalmente agua, vitaminas y fibra, además nos dan color y textura a nuestra dieta. Algunos ejemplos son: Manzana, guayaba, ciruela, apio, brócoli, zanahoria, etc.

Grupo 2: CEREALES Y TUBERCULOS.- Principalmente nos aportan energía, fibra, vitaminas y minerales a nuestra dieta. Algunos ejemplos son: Tortilla, galletas, pan, pastas, arroz, cereales, maíz, papa, camote, etc.

Grupo 3: LEGUMINOSAS Y ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL.- Este grupo nos aporta principalmente proteínas:

- Leguminosas: Aportan energía, proteínas de origen vegetal, fibra, hierro y vitaminas. Ejemplo: Frijoles, alubias, lentejas, habas, etc.
- Productos de origen animal: Aportan proteínas, hierro, vitaminas y el contenido de grasa varía según el alimento. Ejemplo: pollo, pescado, embutidos, res, etc. También encontramos la leche y sus derivados que además de proteínas nos aportan calcio y vitaminas.

¿Cómo debe estar constituida mi dieta?

La dieta debe componerse de **3 comidas principales** (desayuno, comida, cena) y si los niveles de glucosa en sangre lo requiere, **2 colaciones**. Cada comida principal se compone de una ración de un **grupo de alimentos**. Esto se muestra en la siguiente tabla:

COMIDAS
<p>Desayuno</p> <p>1 Producto de origen animal 2 Cereales y tubérculos 1 Fruta 1 Verdura</p> <p>Colación</p>
<p>Comida</p> <p>Consomé</p> <p>1 Producto de origen animal 2 Cereales y tubérculos 1 Fruta Verduras tipo 1 1 Verduras tipo 2</p> <p>Colación</p>
<p>Cena</p> <p>1 Producto de origen animal 2 Cereales y Tubérculos Verduras tipo 1 1 Verduras tipo 2</p>

Cada grupo de alimentos se muestra en las tablas siguientes. De estos usted puede escoger el que más le guste para cada comida, respetando el **tamaño** de las raciones. A este sistema se le llama **SISTEMA DE EQUIVALENTES y se manejan raciones de alimentos que contienen la misma cantidad de nutrimentos que se pueden intercambiar entre sí.**

Verduras tipo 1

Cada equivalente contiene: 5 g. de carbohidratos, 2 g. de proteínas y 25 Kcal

Cantidad Libre*		
Acelgas	Coliflor	Pepino
Apio	Chayote	Perejil
Berros	Ejote Tierno	Rabanito
Tomate verde	Espinaca	Romeritos
Apio	Tomate	Verdolagas
Brocoli	Flor de Calabaza	Lechuga
Cilantro	Jitomate	Chilacayotes
Repollo	Nopales	Rábanos

* Por su bajo contenido calórico se pueden combinar y comer la cantidad deseada o necesaria. Mínimo consume dos tazas al día.

Verduras tipo 2

Alimento	Medida	Cantidad gramos
Betabel	½ taza	100
Calabaza Amarilla	½ taza	100
Cebolla	½ taza	100
Chile Poblano	1 pieza	

Espárragos	½ taza	100
Hongos	$\frac{2}{3}$ taza	
Chayote	1 taza	
Nabo	½ taza	100
Porro	$\frac{3}{4}$ taza	
Zanahoria	½ taza	100

Frutas

Contiene cada equivalente: 10 g. de carbohidratos, mínimas cantidades de grasas y proteínas y 40 Kcal.

Alimento	Medida
Fresa	18 piezas
Granada	$\frac{1}{4}$ taza
Guayaba	2 piezas
Pera	$\frac{1}{2}$ pieza
Tuna	3 piezas chicas
Zarzamora	$\frac{1}{2}$ taza
Ciruela pasa	2 piezas
Dátiles	2 piezas
Jícama	$\frac{2}{3}$ taza
Mamey	1 rebanada (2 cm)
Manzana en puré	$\frac{1}{2}$ taza
Melón	1 taza
Nectarina	$\frac{1}{2}$ pieza
Pasitas (uva pasa)	2 cucharadas
Plátano	$\frac{1}{2}$ pieza
Sandía	1 $\frac{1}{2}$ tazas

Alimento	Medida
Ciruela	4 piezas
Chabacano fresco	4 piezas
Chabacano seco	2 ½ piezas
Chico Zapote	½ pieza
Durazno	1 pieza
Higo fresco	4 piezas
Higo seco	2 piezas
Lima	2 piezas
Mandarina	1 pieza
Mango	½ pieza
Manzana fresca	1 pieza
Naranja	1 pieza
Papaya	1 taza
Piña	½ taza
Zapote negro	1 pieza
Toronja	½ pieza
Uvas	12 piezas

Jugos	
Jugo	Medida
Ciruela	¼ taza
Naranja	½ taza
Toronja	½ taza
Manzana	1/3 taza
Piña	1/3 taza

Cereales y Tubérculos

Cada equivalente contiene: 15 g. de carbohidratos, 2 g. de proteínas y 70 Kcal.

Alimento	Medida	Cantidad gramos
Pan de caja	1 rebanada	25
Tortilla -13 cm. de diámetro-	1 pieza mediana	20
Bolillo sin migajón	½ pieza	25
Bolillo con migajón	⅓ pieza	
Pan de hamburguesa o medianoche	½ pieza mediana	25
Arroz cocido	½ taza	100
Pan molido	3 cucharadas	40
Cereal cocido -avena- o All Bran	½ taza	100
Cereales - arroz inflado, salvado-	½ taza	20
Pasta cocida	½ taza	100
Granola	3 cucharadas	
Galletas Habaneras	2 piezas	20
Galletas Saladas -5 x 5 cms.-	6 piezas	20
Galletas Ritz	3 piezas	
Galletas Marías	4 piezas	
Galletas dulces sencillas	2 piezas	
Galletas rellenas (sándwich)	1 pieza	
Papa cocida	1 pieza	
Galletas mantequilla y centeno	3 piezas	100
Puré de papa	½ taza	100
Camote	¼ taza	50
Elote	⅓ taza	80
Harina de trigo y centeno	2 ½ cucharadas	20

Harina de maíz	2 ½ cucharadas	20
Maizena	2 cucharadas	
Hot cake -10 cms. de diámetro-	1 pieza	
Papas a la francesa	8 piezas	
Germen de trigo	2 cucharadas	
Salvado de trigo	½ taza	
Pan dulce	¼ de pieza	
Palomitas sin mantequilla y sin sal	3 tazas	
Palitos salados	2 piezas	
Maíz pozolero	½ taza	
Galletas de avena y pasas	1 pieza	
Galletas de barquillos (“cremas de nieve”)	2 piezas	
Galletas de animalitos	6 piezas	
Pay de manzana	1 rebanada -1 cm.-	30
Pay de limón o fresa	1 rebanada -1 cm.-	25

Leguminosas

Contiene cada equivalente: 15 g. de carbohidratos, 1 g. de grasa, 7 g. de proteínas y 100 Kcal.

Alimento	Medida	Cantidad gramos
Alubias	½ taza cocidos	60
Chicharos	1/3 taza cocidos	
Frijol	½ taza cocidos	100

Garbanzos	½ taza cocidos	
Haba	¼ taza cocidos	60
Soya texturizada	1 ½ taza hidratada	
Germinado de soya	½ taza	
Lentejas	½ taza cocidas	60
Harina de soya	2½ cucharadas	20

**Productos de origen animal
Cortes con bajo contenido de grasa (magra).**

Contiene cada equivalente: 3 g. de grasa, 7 g. de proteínas y 55 Kcal.

Alimento	Medida	Cantidad gramos
Bistec de res -cortes magros-		30
Cecina de res		30
Roast Beef		30
Carne de borrego o conejo		30
Carne de ternera -cortes magros-		30
Queso Panela		30
Pollo sin pellejo		30
Pescado fresco, ahumado o congelado sin aceite		30
Atún drenado		30
Mariscos frescos -ostión, almeja-	¼ taza	30
Camarones	¼ taza	30
Jaiba		30
Clara de huevo	2 piezas	30
Queso Cottage	2 cucharadas	40

Requesón	2 cucharadas	50
Machaca		10
Queso blanco fresco		30
Quesillo		30
Sardinas	2 piezas	30

Cortes con contenido medio de grasa (semimagra)

Contiene cada equivalente: 5 g. de grasa, 7 g. de proteínas y 75 Kcal.

Alimento	Medida	Cantidad gramos
Molida de res comercial		30
Chuleta de res		30
Maciza		30
Espaldilla de res o cerdo		30
Lomo de cerdo		30
Jamón cocido	1 rebanada	30
Pierna de cordero		30
Huevo entero	1 pieza	60
Queso añejo		25
Queso comercial	1 rebanada	30
Queso Oaxaca		30
Morongua		40
Pastel de pollo	1 rebanada	45
Queso Parmesano	3 cucharadas	

Hígado, sesos, riñón		30
----------------------	--	----

Cortes con elevado contenido de grasa (carne grasa)

Cada equivalente contiene: 8 g. de grasa, 7 g. de proteínas y 100 Kcal.

Alimento	Medida	Cantidad gramos
Panza de res		30
Chuleta de cerdo		30
Molida de cerdo		30
Pierna de cerdo		30
Jamón comercial	1 rebanada	30
Manitas de cerdo		30
Mortadela		30
Salami	1 rebanada	25
Chorizo		25
Queso de puerco	1 rebanada	20
Chicharrón		30
Visceras		30
Queso Amarillo	1 rebanada	30
Queso Chihuahua		30
Salchicha	1 pieza mediana	30

Lácteos

Contiene cada equivalente: 12 g. de carbohidratos, 8 g. de grasa, 8 g. de proteínas y 160 Kcal.

Alimento	Medida	Cantidad
Leche entera	1 taza	240 ml
Leche evaporada	½ taza	120 ml
Yogurt natural	1 taza	250 g
Jocoque	1 taza	240 g

Leche descremada	1 taza	240 g
Leche en polvo	¼ taza	35 g
Helado	¼ taza	35 g
Yogurt descremado	1 taza	250 g

Grasas

Cada equivalente contiene: 5 g. de grasas, 45 Kcal. y cantidades no considerados de otros nutrimentos.

Alimento	Medida
Crema	1 cucharada
Queso crema	1 cucharada
Coco rallado	1 cucharada
Paté de hígado	1 cucharada
Aceites vegetales	1 cucharadita
Crema de cacahuete	1 cucharadita
Manteca	1 cucharadita
Mantequilla	1 cucharadita
Margarina	1 cucharadita
Mayonesa	1 cucharadita
Aceitunas	7 piezas chicas
Aguacate	1/5 pieza chica
Tocino	1 tira dorada pequeña
Aderezo comercial	1 cucharada

Ajonjolí	1 cucharada
Pepitas	1 cucharada
Semillas de girasol	1 cucharada
Almendras	10 piezas
Avellanas	7 piezas
Cacahuate	6 piezas
Nueces	2 piezas
Pistaches	4 piezas
Piñones	2 cucharaditas

Alimentos y bebidas que pueden ingerirse de **forma libre** ya que carecen de valor calórico.

Agua
Café sin azúcar
Caldos de verduras o carne sin grasa
Chile
Gelatina sin azúcar
Limón agrio
Sacarina aspartame
Salsas caseras
Té (sin azúcar)
Vainilla y canela
Vinagre
Hierbas de olor

¿Cuáles son los alimentos que no son recomendables para mi dieta?

Los que contengan gran cantidad de **azúcar** tal como **pan dulce, pastel, miel, refrescos endulzados, atole con azúcar**. También los que contienen grandes cantidades de **harina** como las frituras de

maíz, tamales y antojitos (sopes). Y los que contengan grasa en grandes cantidades, como en los alimentos que están fritos en aceite o manteca. Además disminuir los alimentos que contienen colesterol (tocino, huevo, camarones).

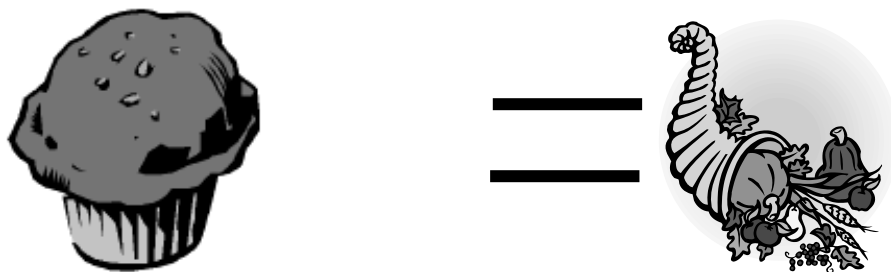
¿Qué es el colesterol?

Colesterol es una sustancia grasa que se encuentra en los productos animales (carne, pellejo del pollo, yemas de huevo, leche entera, manteca). Sepa cuál es su colesterol; el objetivo es un **nivel menor de 200 mg/dl**. Un nivel más alto puede dañar sus venas y arterias, provocándole enfermedades del corazón.

¿Por qué me puede hacer daño comer tan solo un pan de dulce o una bolsa de frituras?

El comer un pan de dulce o bolsa de frituras en todo el día contiene la cantidad de azúcar suficiente para ese día. Sin embargo, el error es comer un pan de dulce **además** de todos los alimentos ingeridos durante un día porque los niveles de glucosa se elevan.

Si usted decide sólo comer un pan de dulce, este contiene gran cantidad de azúcar y grasa que pudiera obtenerse de 10 alimentos (verduras, carne, fruta) lo que provoca que no se ingieran todos los nutrientes que necesita el organismo y lo que es peor, que la persona se quede con hambre ya que su estómago queda casi vacío.



¿Entonces cuales son los alimentos que están permitidos en mi dieta?

Todos aquellos que tengan bajo contenido de azúcares simples, harinas y grasas de origen animal, tal como las **verduras, frutas y carne sin grasa**. También se recomienda los que tienen alto contenido de fibra como los cereales (arroz integral, “all bran”, etc.).

¿Por qué es buena la fibra?

La **dieta rica en fibra y baja en grasas** logra “milagros”, es decir, **consigue mantener estable la enfermedad** debido a que la fibra no es degradada por las enzimas del organismo, retiene el agua y dificulta la absorción del colesterol. La fibra incrementa la materia fecal (combatiendo el estreñimiento) reduce la glucemia y regula la velocidad de la digestión y la absorción.

¿Qué alimentos contienen fibra?

Leguminosas	Cereales	Frutas <i>(crudas, frescas, sin pelar)</i>	Verduras
Garbanzos	Maíz y derivados	Higo	Calabaza
Lentejas	Trigo	Naranja	Brócoli
Soya	Salvado	Manzana	Coliflor
Haba	Arroz	Mango	Espinacas
Alubias	Avena	Ciruela	Lechuga
Frijol	Papa	Fresas	Apio
		Melón	Nopales
			Acelgas

EJEMPLO DE UN MENU PARA UNA PERSONA

Desayuno	1 vaso de jugo de papaya 1 pieza de huevo con nopales 2 piezas de pan integral 1 vaso de leche descremada
Refrigerio	2 tazas de palomitas 1 taza de jugo de tomate
Comida	1 taza de sopa de fideos 1 taza de ensalada de pollo ½ taza de lechuga 1 taza de piña picada 2 vasos de agua de limón
Refrigerio	½ taza de zanahoria rallada 5 piezas de cacahuates tostados
Cena	2 piezas de enfrijoladas ½ taza de salsa mexicana ¼ taza de gelatina de leche 2 vasos de agua de jamaica

CONSEJOS

Aquí hay algunos consejos que pueden ser útiles para ayudarlo a hacer cambios en la dieta:

- **Planee** sus comidas de manera que estén compuestas de ingredientes saludables, y no solamente lo que es más fácil, o lo que encuentra en el refrigerador.
- **Piense** antes de comer, en vez de arrasar con el contenido del refrigerador cada vez que tiene hambre.
- Use un **plato mas pequeño**, de manera que sus porciones no sean tan grandes.
- **Mastique** lenta y completamente, saboreando cada bocado, en vez de comer lo más que pueda en el menor tiempo posible.
- **Haga los cambios en una manera gradual.** Trate de no hacer todo a la vez. Va a tomar un tiempo el lograr los objetivos, pero los cambios que haga para lograrlo, serán permanentes.
- **Mida los alimentos.** Tenga cuidado con el tamaño de las porciones. Mida los líquidos que beba con una taza de medir. Utilice medidas caseras.

PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE GRASAS:

- Hornee, use la parrilla, o hierva las carnes y los sustitutos en vez de freírlos. Si está usando una sartén, use un spray o una sartén de las que la comida no se pega.
- No añada harina o pan rallado cuando cocine carnes
- Trate de sacar la grasa que está visible antes y después de cocinar.
- Disminuya la cantidad de carne que come. Use más pollo o pescado en sus comidas. Cuando coma carnes rojas, elija la que tiene menos grasa.
- Saque lo más que puede la grasa antes de cocinar la carne, incluyendo la piel del pollo.
- Elimine o disminuya en su dieta la cantidad de alimentos ricos en grasa como son chorizos, salchichas, manteca, aderezos de ensaladas y grasa de cerdo.
- Coma menos productos lácteos con alto contenido en grasas. Beba leche descremada en vez de leche entera. O combine la leche entera con una parte de agua sola.

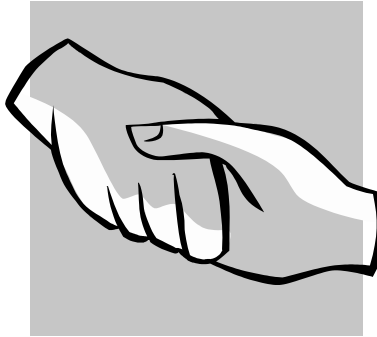
DISMINUYA LA SAL

- No añada sal a la comida cuando cocina, y trate de acostumbrarse a no llevar un salero a la mesa para no agregar sal extra.
- Disminuya el consumo de comidas altas en sodio como son sopas enlatadas, jamón y salchichas.
- Coma menos cantidad de alimentos preparados y trate de evitar restaurantes de servicio rápido.



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 19,
IMSS

FACULTAD DE PSICOLOGIA,
UNAM



GRUPO DE APOYO A PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2

FOLLETO 7
RECETARIO

Responsable:

Mtra. Raquel García Flores

Cel. 044 55 34 84 94 67

INTRODUCCION

Para un control adecuado de los niveles de glucosa en la sangre, en primer lugar debemos cuidar nuestra alimentación. Sin embargo, nos podemos aburrir de lo que comemos a diario y esto puede desencadenar el que estemos constantemente deseando comer otro tipo de alimentos que no son benéficos para nuestra salud.

Por esta razón le daremos a conocer algunas recetas de cocina para aumentar sus alternativas en cuanto a la preparación de alimentos. Las hemos elegido en función a su fácil acceso, bajo costo y preparación sencilla. Si existen algunos que usted no haya probado, con mayor razón lo debe probar, puede que se esté perdiendo de conocer una combinación deliciosa.

Lo invitamos a poner en práctica estas sencillas recomendaciones y se dará cuenta del impacto positivo que puede tener el comer sanamente sin tener que sacrificar el sabor de los alimentos.

¡Buen provecho!

Huevos con hongos y nopales

3 a 4 porciones

Ingredientes:

4 huevos
½ de taza de hongos cocidos
½ de taza de nopales cortados cocidos
Aceite
Sal al gusto

Modo de hacerse:

Se bate el huevo con un poco de sal y se vacía sobre la sartén con un poco de aceite en forma de tortilla. Se voltea y se agregan los hongos y los nopales. Se envuelve y se deja cocer. Servir con salsa mexicana.



Ensalada de calabacita y elote

4 porciones

Ingredientes:

5 calabacitas largas cocidas y rebanadas
1 lata mediana de granos de elote escurridos
2 chiles poblanos asados, pelados, desvenados y en rajas
1 cebolla rebanada
2 cucharadas de salsa inglesa
100 g. de queso panela
Aceite y sal al gusto



Modo de hacerse:

En una cacerola grande ponga a calentar el aceite y fría la cebolla, cuando le falte poco para acitronar agregue las rajas de chile, los granos de elote, las calabacitas y la sal al gusto. Cuando estén cocidos agregue la salsa inglesa mezclando bien. Deje un poco mas en el fuego, una vez en su punto retire, espolvoree el queso y sirva.

Aderezo de Yoghurt

Ingredientes:

½ taza de yoghurt natural
Jugo de limón
½ cucharadita de paprika
¼ de cucharadita de sal
½ cucharadita de pimienta

Modo de hacerse:

Se mezclan todos los ingredientes y se agrega a ensaladas o carnes.

Verduras a la italiana

4 porciones

Ingredientes:

2 tazas de ramitos de brócoli
1 taza de ejotes en trocitos
1 chayote grande cortado en cubos
3 zanahorias rebanadas
1 pimiento rojo en tiritas

Para la vinagreta:

3 cucharadas de vinagre de manzana
¼ de taza de aceite de oliva
1 cucharada de albahaca picada
1 cdita de ralladura de cáscara de limón

Modo de hacerse:

Mezcle todos los ingredientes para la vinagreta y refrigere mínimo una hora.
Cueza las verduras al vapor hasta que estén suaves.
Acomódelas en un platón y sirva una vinagreta



Ensalada italiana

4 a 6 porciones

Ingredientes:

4 tazas de lechuga romanita finamente picada
3 jitomates grandes, rebanados
300 g. de queso panela
1 cucharadita de orégano
½ cucharadita de pimienta
½ taza de vinagre
3 cucharadas de aceite de oliva
Sal al gusto



Modo de hacerse:

Preparar la vinagreta con orégano, vinagre, aceite de oliva, pimienta y sal. Con la mitad de la vinagreta bañar la lechuga y extenderla en un platón. Alterne las rebanadas de jitomate con queso. Rocíe la ensalada con el resto de la vinagreta.

Ensalada de calabacitas tiernas

4 a 6 porciones

Ingredientes:

½ kg. de calabacitas tiernas
1 cebolla grande en rebanadas finas
2 tazas de queso panela desmoronado
Una pizca de orégano molido
2 cucharaditas de aceite de oliva
2 cucharaditas de vinagre
Sal y pimienta al gusto



Modo de hacerse:

Ponga a cocer las calabacitas con un poco de sal y un pedazo de cebolla, ya cocidas se rebanan muy delgadas y se vacían en un platón hondo, se les pone el aceite y vinagre, el oregano, la sal, pimienta y cebolla, se revuelve todo y se cubre con queso, se deja unos 20 minutos en el fuego para que tome sabor.

Ensalada de pollo

3 a 4 porciones

Ingredientes:

2 tazas de pechuga de pollo cocido deshebrado
1 taza de espinaca cocida picada
¼ de taza de apio finamente picado
3 cucharadas de cilantro finamente picado
½ cebolla finamente picada
1 taza de brócoli cocido picado
Mayonesa al gusto (de preferencia light)

Modo de hacerse:

Se revuelven los ingredientes con la mayonesa.



Ensalada escarola

6 a 8 porciones

Ingredientes:

1 lechuga escarola lavada y desinfectada
1 jícama mediana pelada y rebanada
1 pepino mediano partido a la mitad sin semillas y rebanado
1 cebolla morada en medias rebanadas
¼ de taza de jugo de limón
1 diente de ajo
4 cdas. de aceite de oliva
Chile piquín

Modo de hacerse:

Acomode la lechuga en un platón. Mezcle la jícama, pepino y cebolla y colóquelos sobre la lechuga. Revuelva el jugo de limón con el ajo, aceite y sal. Bañe la ensalada con este aderezo y espolvoree el chile piquín.



Sopa de cebolla

4 porciones

Ingredientes:

2 cebollas medianas cortadas en rodajas
2 cdas. de aceite de maíz
4 tazas de caldo de pollo desgrasado
1 hoja de laurel
1 cdita de albahaca seca
1/3 de cdita de sal
1/2 cdita. de pimienta negra molida
250 gr. de queso oaxaca



Modo de hacerse:

Coloque las cebollas en el aceite hasta que estén transparentes revolviendo ocasionalmente. Añada un poco de agua, si fuera necesario, para que no se peguen. Vierta el caldo, el laurel, el albahaca y la sal-pimienta. Cuando suelte el hervor, tape la cacerola, baje el fuego y deje cocer durante 30 minutos. Sirva la sopa y coloque encima de cada plato queso oaxaca deshebrado.

Sopa de rajas y elote

3 a 4 porciones

Ingredientes:

2 cdas de aceite
2 elotes desgranados
1/2 lata de leche evaporada (clavel)
6 chiles poblanos, asados, desvenados, en rajas
1 cebolla grande rebanada
3 tazas de caldo de pollo
1 cda. de consomé en polvo

Modo de hacerse:

Freír las rajas de chile poblano junto con la cebolla en el aceite caliente, hasta que la cebolla este acitronada. Añadir el elote a que se sancoche por 5 minutos. Agregar el caldo. Cuando los elotes estén suaves, agregar la leche y sazonar al gusto.

Crema verde

6 porciones

Ingredientes:

8 nopales crudos y picados
3 tazas de espinacas picadas
2 jitomates
1 cebolla chica
1 diente de ajo
1 chile ancho (o al gusto)
2 cdas. de aceite de oliva
1 litro de caldo de res o pollo
Sal al gusto



Modo de hacerse:

En una taza de agua caliente remoje el chile, ábralo y desvénelo (conservé el agua). Licúelo con la misma agua del remojo, las espinacas, jitomates, cebolla y ajo. Sofría lo licuado en el aceite. Cuando suelte el hervor, añada los nopales y vierta el caldo para darle el espesor deseado; sazone con sal. Baje el fuego y cocine hasta que los nopales estén suaves. Sirva bien caliente.

Sopa de cilantro

4 a 6 porciones

Ingredientes:

3 tazas de cilantro lavado y picado
6 chiles serranos asados y sin semillas
6 tomates verdes asados
1 papa cocida y pelada
1 ½ litros de caldo de pollo
Sal al gusto
Aceite vegetal

Modo de hacerse:

Licúe los chiles junto con los tomates y sofría lo licuado en aceite. Licúe el cilantro y la papa con una taza de caldo, añada a lo anterior para que se sofría.

Rollitos de espinaca con queso

1 porción

Ingredientes:

60 gr. de queso panela
3 hojas de espinacas lavadas y desinfectadas
2 jitomates grandes o 3 chicos
1 diente de ajo
Sal y pimienta al gusto

Modo de hacerse:

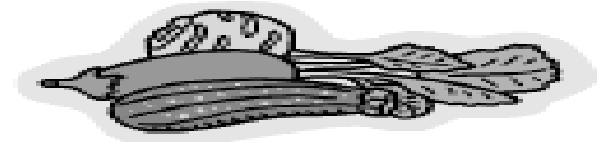
Coloque en el centro de cada una de las hojas de espinaca una tira de queso; enrrollelas y préndalas con palillos. Licúe los jitomates con el ajo y un poco de agua, cuele y hierva durante 10 minutos con sal y pimienta. Ya hirviendo agregue los rollitos y deje hervir durante 5 minutos.

Calabacitas rellenas de atún

3 porciones

Ingredientes:

6 calabacitas (cocidas en agua con poca sal)
½ lata de atún en agua (escurrido)
1 jitomate mediano (partido en trozos)
250 g. de queso panela
2 cucharadas de aceite de oliva



Modo de hacerse:

Las calabacitas se cortan a lo largo por la mitad y se les quitan las semillas. En una ensaladera se revuelve el atún, el jitomate, el queso finamente picados y el aceite. Se rellenan las calabazas con esta mezcla.

Chiles rellenos de flor de calabaza

1 a 2 porciones

Ingredientes:

1 manojo de flor de calabaza, limpias y lavadas
2 chiles poblanos asados y desvenados
60 gr de queso panela
1 cucharadita de cebolla picada
1 cucharadita de epazote picado
Jitomate, ajo y cebolla para preparar un caldillo
Aceite el necesario



Modo de hacerse:

En un sartén sofría la cebolla. Agregue las flores de calabaza y el epazote, sazone con sal y tape. Los chiles se rellenan con las flores y una rebanada de queso. Licúe el jitomate, ajo y cebolla, cuelelo y sazone. Guise por un momento este caldillo. Agregue los chiles y sirva.

Sopes de nopal

4 a 6 porciones

Ingredientes:

6 nopales
150 gr. de queso panela
Frijoles de la olla machacados y guisados (los necesarios)
Salsa verde o roja (la necesaria)
Lechuga picada



Modo de hacerse:

Asar los nopales en un sartén. Untar con los frijoles, agregar una rebanada de queso panela, salsa al gusto y lechuga. Servir.

Pechugas con salsa

6 porciones

Ingredientes:

3 pechugas de pollo partidas en mitades
2 dientes de ajo
1 trozo de cebolla
1 manojo de espinacas chico cocido
1 manojo de berros chico cocido
1 cucharada de perejil picado
Sal al gusto

Modo de hacerse:

Cueza las pechugas sin pellejo con el ajo, la cebolla y la sal hasta que estén tiernas, guarde el caldo. Muela las espinacas con los berros para formar un pure. Vierta sobre una sartén y vacíe la taza de caldo, mezcle. Coloque las pechugas en un platón y báñelas con la salsa.

Enchiladas fingidas

4 porciones

Ingredientes:

12 rebanadas delgadas de jamón de pavo
180 gr. de pollo cocido deshebrado
Queso panela desmoronado
Aceite

Para la salsa:

PASILLA

300 gr. de tomates verdes asados y pelados
2 chiles pasillas asados y desvenados
1 diente de ajo
½ cebolla picada
Sal al gusto



Moler los tomates con los chiles y el ajo. Acitronar la cebolla en poco aceite y agregar la mezcla anterior y sazonar.

VERDE

300 gr. de tomate verde
1 chile poblano asado y desvenado
1 diente de ajo
½ cebolla
2 ramas de cilantro
Sal al gusto

Poner a cocer los tomates en agua, molerlos junto con el chile poblano, el ajo, cebolla y cilantro. Freír esta salsa en poco aceite para sazonar

Modo de hacerse:

Pasar las rebanadas de jamón por la salsa (verde o pasilla) y rellenar con el pollo deshebrado. Bañar con mas salsa y espolvorear con un poco de queso oaxaca o panela.

Rollitos de pechuga en caldillo

6 porciones

Ingredientes:

6 pechugas aplanadas
3 jitomates
1 trozo de cebolla
2 dientes de ajo
1 taza de espinacas bien lavadas
200 gr. de queso panela
Sal, orégano y hierbas finas al gusto

Modo de hacerse:

Asar los jitomates y el ajo. Licuarlos con la cebolla y un poco de agua. Sofreir en aceite y sazonar con sal, orégano y hierbas finas. Rellenar las pechugas con espinacas picadas y una rebanada de queso panela. Hacer rollitos y sellarlas con un poco de aceite. Ya blancas, introducir las al caldillo para terminar de cocer.

Pollo asado a la naranja

4 porciones

Ingredientes:

2 pechugas de pollo partidas a la mitad
1/2 taza de jugo de naranja
1/2 taza de jugo de limón
1/4 de taza de aceite de oliva
3 dientes de ajo triturados
2 cdas. de hojas de cilantro picadas
Pimienta negra al gusto



Modo de hacerse:

En una cacerola mezcle todos los ingredientes, excepto el pollo. Incorpore el pollo y mueva para que se impregne bien. Tape y deje marinar en el refrigerador durante toda la noche o dos horas mínimo. Ase las pechugas a la parrilla bañándolas con la salsa donde las marinó.

Rollitos de bistec

6 porciones

Ingredientes:

6 bisteces de res bien aplanados
3 tazas de espinacas cocidas y picadas
3 nopales cocidos y picados
1/4 de taza de cebolla picada
Sal y pimienta al gusto
Aceite vegetal



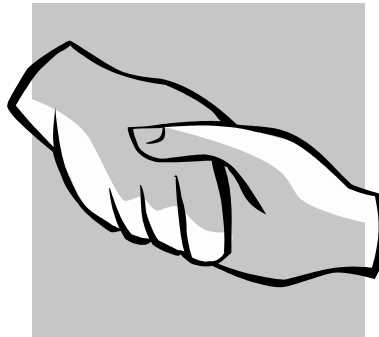
Modo de hacerse:

Agregue sal y pimienta a los bisteces por ambos lados. Mezcle las espinacas, nopales y cebolla; sazone con sal. Distribuya la preparación entre los bisteces, enróllelos y atórelos con palillos. Fríalos en poco aceite.



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19,
IMSS**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA,
UNAM**



**GRUPO DE APOYO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2**

**FOLLETO 8
ACTIVIDAD FISICA**

Responsable:

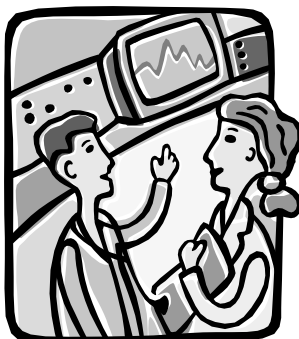
Mtra. Raquel García Flores

Cel. 044 55 34 84 94 67

ACTIVIDAD FISICA

Si usted hace ejercicio, **va a sentirse mejor y controlará su peso y el nivel de azúcar en la sangre.** Las actividades físicas ayudan a reducir la presión de la sangre y a darle un corazón más fuerte.

Si usted no está acostumbrado a hacer ninguna actividad física o ejercicio, **hay que hablar con su médico antes de comenzar** para que él revise si en su caso es adecuado o no.



En caso de que su médico lo recomiende entonces puede empezar haciendo ejercicio 5 o 10 minutos diarios. Según mejore su condición usted puede aumentar por unos minutos más el tiempo que dedica a la actividad física. Si siente algún dolor, descanse y espere a que se le pase. Si el dolor regresa, hable con médico antes de seguir con el ejercicio.

Haga actividad física o ejercicios todos los días. Es mejor caminar diez o veinte minutos al día, que caminar una hora una vez a la semana.



Hay muchas formas prácticas de aumentar la actividad física. El caminar es una de las actividades más fáciles: puede caminar al supermercado en vez de manejar, puede pasear al perro, estacionar el auto mas lejos de lo usual, para así obligarse a caminar un poco, bajarse del camión dos paradas antes y caminar el resto del camino.

El caminar, es un ejercicio ideal, no importa su edad. No es peligroso, es barato, requiere menos fuerza física que muchos otros deportes, y usted no necesita tomar lecciones para comenzar. Puede caminar solo, o acompañado, en lugares cerrados o al aire libre.

ANTES DE HACER EJERCICIO:

Mida su glucosa sanguínea, si es menor a 100 mg/dl consuma una porción de carbohidratos.

Si es de 100-250 mg/dl puede hacer ejercicio

Si es mayor a 300 mg/dl se pospone la actividad física hasta que se logre el control para prevenir una hiperglucemia.

Tome medio litro de agua dos horas antes de hacer ejercicio.

DURANTE EL EJERCICIO:

Para caminar cómodamente, use calzado apropiado. Nunca camine descalzo.

USE CALCETINES DE ALGODÓN. Use ropa holgada, y de tal manera que si siente mucho calor, pueda sacarse algo de ropa.

Comience lentamente, y aumente la distancia y la velocidad cada semana. Tome el agua que pueda durante el ejercicio para compensar las pérdidas.

Tenga con usted algún pequeño jugo o tabletas de glucosa para proveer azúcar si es que lo necesita, y esté pendiente de la aparición de síntomas de hipoglucemia. Luego de caminar, inspeccione sus pies para estar seguro que no tiene ampollas o lastimaduras. Haga paseos largos y fáciles, y respire profundamente.

Además de caminar, hay otras formas de mantenerse activo que ni siquiera parecieran ser ejercicio. Por ejemplo, use las escaleras en vez del elevador. Si es que está mirando televisión, levántese durante los comerciales, y dé unas vueltas por su casa.

Use aparatos manuales en vez de eléctricos; cortar el pasto, barrer la calle, lavar el coche, aún lavar ventanas o pisos pueden constituir un buen ejercicio y utilizar calorías extra.

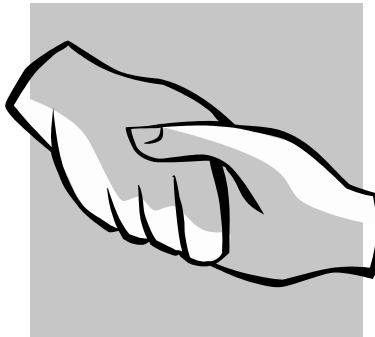
¡Disfrute de la actividad! Haga una actividad física que realmente disfrute. Cuanto más le guste, más va a querer repetirla todos los días. Es bueno hacer las actividades físicas con un familiar o con un amigo.





**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19,
IMSS**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA,
UNAM**



**GRUPO DE APOYO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2**

**FOLLETO 9
ASERTIVIDAD**

Responsable:

Mtra. Raquel García Flores

Cel. 044 55 34 84 94 67

ASERTIVIDAD: es la capacidad de autoafirmar los propios derechos sin dejarse manipular y sin manipular a los demás.



LA PERSONA NO ASERTIVA: no defiende los derechos e intereses personales. Respeta a los demás pero no a sí mismo.

Comportamiento externo de la persona no asertiva:

- Volumen de voz bajo/ habla poco fluida/bloqueos/tartamudeos/vacilaciones/silencios
- Muletillas
- Huida del contacto ocular/mirada baja/cara tensa/dientes apretados o labios temblorosos/manos nerviosas/morderse las uñas/postura tensa incómoda
- Inseguridad para saber que hacer y decir
- Frecuentes quejas a terceros



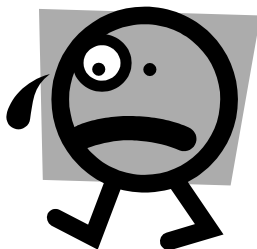
Patrones de pensamiento:

Consideran que así evitan molestar u ofender a los demás. Son personas "sacrificadas".

"Lo que yo sienta, piense o desee no importa. Importa lo que tu sientas, pienses o desees"

"Es necesario ser querido y apreciado por todo el mundo"

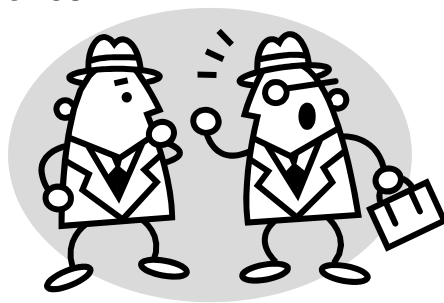
Constante sensación de ser incomprendido, manipulado, no tenido en cuenta.



Sentimientos/emociones:

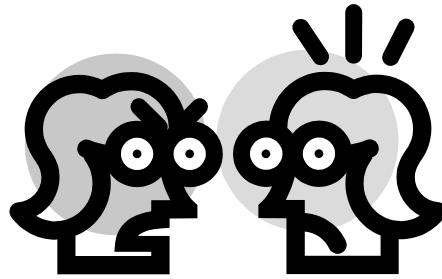
- impotencia/mucha energía mental, poca externa/frecuentes sentimientos de culpabilidad/baja autoestima /deshonestidad emocional (pueden sentirse agresivos y no lo reconocen)/ansiedad/frustración.

LA PERSONA AGRESIVA: defiende en exceso los derechos e intereses personales sin tener en cuenta los de los demás, a veces no los tiene realmente en cuenta, otras, carece de habilidades para afrontar ciertas situaciones.



Comportamiento externo:

volumen de voz elevado/a veces habla poco fluida por ser demasiado precipitada/habla tajante /interrupciones utilización de insultos y amenazas / contacto ocular retador/cara tensa/manos tensas/postura que invade el espacio del otro/ tendencia al contraataque



Patrones de pensamiento:

- "Ahora solo yo importo. Lo que tu pienses o sientas no me interesa"
- Piensan que si no se comportan de esta forma son excesivamente vulnerables
- Lo sitúan todo en términos de ganar-perder, pueden darse las creencias:
- "Hay gente mala y vil que merece ser castigada"
- "Es horrible que las cosas no salgan como a mí me gustaría que saliesen"

Emociones/sentimientos:

- ansiedad creciente
- soledad/sensación de incompreensión/culpa/frustración
- baja autoestima (si no, no se defenderían tanto)
- sensación de falta de control
- enfado cada vez mas constante y que se extiende a cada vez mas personas y situaciones
- honestidad emocional: expresan lo que sienten y "no engañan a nadie"

LA PERSONA ASERTIVA: conocen sus propios derechos y los defienden respetando a los demás es decir, no van a "ganar" sino a llegar a un "acuerdo".



Comportamiento externo:

- habla fluida/seguridad/ni bloqueos ni muletillas/contacto ocular directo pero no desafiante/ relajación corporal
- expresión de sentimientos tanto positivos como negativos/ defensa sin agresión/ honestidad/capacidad de hablar de propios gustos e intereses/ capacidad de discrepar abiertamente/capacidad de pedir aclaraciones/ decir "no"/saber aceptar errores

Patrones de pensamiento:

- conocen y creen en unos derechos para sí y para los demás
- sus convicciones son en su mayoría "racionales"



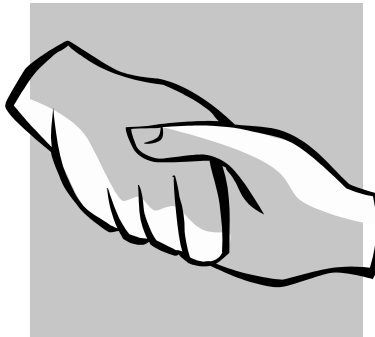
Sentimientos/emociones:

- buena autoestima/no se sienten inferiores ni superiores a los demás/satisfacción en las relaciones/respeto por uno mismo
- sensación de control emocional



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19,
IMSS**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA,
UNAM**



**GRUPO DE APOYO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2**

**FOLLETO 10
CUIDADO DE LOS PIES**

Responsable:

Mtra. Raquel García Flores

Cel. 044 55 34 84 94 67

Cuidado diario de los pies

- Revise sus pies diariamente para cualquier desgarre, callosidad, lesiones, o ampollas. Asegúrese que usted revise todas las áreas de sus pies incluyendo la parte de abajo, y entre medio y bajo los dedos. Use un espejo o solicite ayuda de alguien si usted no puede ver todas las áreas de sus pies.



**Mantenga los
Dedos Secos**



**Revise los Pies
Todos los Días**

- Lave sus pies diariamente con jabón y agua cálida (no caliente). Seque sus pies cuidadosamente con una toalla después de lavarlos. Asegúrese también de secar entre medio de sus dedos.
- Use una loción o hidratante después de lavar y secar sus pies. Consulte con su médico para más información sobre el tipo de loción o hidratante que usted puede usar.
- Usted debe limar y cortar sus uñas de los pies directamente a través de la uña. Use un cepillo suave para limpiar alrededor de las uñas. Solicite ayuda si usted no lo puede realizar por si mismo. El uso de objetos agudos para cortar sus uñas puede causar heridas que podrían conducir a úlceras. Si las uñas de sus pies están muy gruesas, es posible que usted necesite que su médico las corte. Es posible que usted también necesite que un

médico corte las uñas de sus pies si usted corre un riesgo mayor para úlceras en el pie.



- **No** camine descalzo o use sus zapatos sin calcetines. Antes de ponerse sus zapatos, siempre revise si tienen piedras u otros objetos dentro que podrían lesionar sus pies.
- Use calcetines hechos de algodón para ayudar a mantener sus pies secos. Use calcetines sin costuras en los dedos, o use calcetines con las costuras hacia afuera. Cambie sus calcetines diariamente. **No** use calcetines sucios o húmedos (que no están secos).
- **No** intente remover sus callos o callosidad. Consulte con su médico si usted tiene callos o callosidad.
- **No** caliente sus pies con un balneario de pie o botellas de agua caliente. **No** caliente sus pies cerca de un fuego o cualquier otra cosa que produzca calor. Si usted sufre una disminución de sensación en sus pies, usted está bajo un riesgo mayor para quemaduras.

Calzado:

- Use zapatos que no rocen contra cualquier área de sus pies. Sus zapatos deberían ser de 1 a 2 centímetros más largos que sus pies. Sus zapatos también deberían tener espacio adicional alrededor de la parte más ancha de sus pies. Zapatos para caminar o atléticos con cordones o correas que permiten ajustar su tamaño, son los mejores. Consulte con su médico para ayuda para escoger zapatos que le queden mejor.



- Compre el calzado a última hora del día.
- Tenga dos pares, por lo menos, para dejar airear un par cada día.
- En la playa utilice zapatos cerrados de goma y no camine descalzo.
- Nunca caliente sus pies con radiador, bolsa de agua caliente...

Su médico puede ordenar calzado especial para ayudar a mantener la presión fuera de sus pies. El calzado especial también podría proteger sus pies contra lesión. Consulte con su médico para más información sobre calzados especiales.

Caminar: Usted puede reducir presión en sus pies al tomar pasos más pequeños cuando camina. Caminar más lentamente también podría ayudar a reducir presión en sus pies, y reducir su riesgo para una úlcera en el pie. Su médico también podría ordenar aparatos para caminar para reducir presión en sus pies. Aparatos para caminar incluyen bastones, muletas, andadores, y sillas de ruedas. Consulte con su médico para más información sobre aparatos para caminar.

CALCETINES Y MEDIAS

Lleve sus pies abrigados usando calcetines de algodón.

Evite los de nylon o fibra que aumentan la sudoración.

No use calcetines o medias que opriman el pie.

Evite las ligas o elásticos que entorpecen la circulación, utilice preferentemente, prendas tipo panty.