

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Propuesta de una estrategia didáctica para la aplicación de la técnica
de solución de problemas con pacientes diabéticos

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA

P R E S E N T A (N)

SARAHÍ MARTÍNEZ GONZÁLEZ

Dictaminadores:

Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano

Mtra. Norma Yolanda Rodríguez Soriano

Mtra. Antonia Rentería Rodríguez

Los Reyes Iztacala, Edo de México 16 de agosto 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Gracias a mi familia porque siempre me apoyaron en las decisiones que tomé. Porque me brindaron un abrazo cálido cuando el panorama se tornaba gris, por levantarme en los momentos difíciles. Gracias por quererme como lo hacen, por tener una sonrisa la mayor parte del tiempo y por inculcarme que el éxito llega a base de esfuerzo y dedicación. Este logro también es suyo. Los quiero.

A mi pequeño hermano, porque siempre recibí su comprensión y ayuda cuando lo necesité. Espero que sea un ejemplo para él.

A mi madrina y tíos. Gracias por acogerme en todo momento y por las enseñanzas que sin duda también contribuyeron para que llegara este logro.

A los profesores que me formaron y amigos, gracias por las enseñanzas, los conocimientos compartidos, las experiencias, la paciencia y la amistad. Gracias por los buenos ratos.

A Mayu, porque ella es el claro ejemplo de que con humor se aprende mejor.

Un agradecimiento especial al programa UNAM/ DGAPA/ PAPIIT IT300114 por el apoyo otorgado para el desarrollo de este trabajo.

A la UNAM por ser mi segunda casa, por formarme como persona y como profesional, por las experiencias y el orgullo de pertenecer a esta universidad.

“Por mi raza hablará el espíritu”

Índice

| | |
|---|----|
| Capítulo I. Diabetes | 4 |
| I.I ¿Qué es la diabetes?..... | 5 |
| I.II Factores de riesgo..... | 7 |
| I.II.I Obesidad | 8 |
| I.III Consecuencias..... | 10 |
| I.IV Tratamiento..... | 12 |
| I.IV.I La dieta como el mejor aliado en el control de los niveles de glucosa..... | 13 |
| Capítulo II. Un modelo psicológico de la salud biológica | 18 |
| II.I Conductas instrumentales..... | 21 |
| Capítulo III. Técnica de solución de problemas y su aporte en el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas..... | 24 |
| III.I Características de la técnica | 27 |
| III.II Aplicaciones | 38 |
| Capítulo IV. Propuesta de una estrategia didáctica para la aplicación de la técnica en personas con diabétes | 40 |
| Conclusiones | 67 |
| Referencias | 70 |
| Inventario | 74 |
| Anexos..... | 76 |

LA DIABETES

La diabetes es un problema de salud importante a nivel mundial, aun siendo una enfermedad no transmisible. En el informe que emitió la Federación Internacional de Diabetes en 2013 (IDF, por sus siglas en inglés), reportó que existen 382 millones de personas con este padecimiento, siendo una enfermedad que va en aumento acelerado y se prevé que alcance los 592 millones de personas en 2035. Además, declaró que un 80% de las personas con diabetes vive en países de ingresos medios y bajos, desafortunadamente las personas que sobrellevan esta afección son las más desfavorecidas social y económicamente hablando.

El fuerte problema de salud también se expresa en el creciente número de muertes prematuras que causa, la esperanza de vida de personas que padecen diabetes se reduce entre 5 y 10 años en comparación con una persona saludable. En 2010, la edad promedio de muerte de personas con este padecimiento fue de 66.7 años, lo que representa una reducción de 10 años (Hernández, Gutiérrez & Reynoso-Noverón, 2013). Se estima que cada seis segundos muere una persona a causa de la diabetes.

Este padecimiento impone costes económicos tremendamente altos, los cuales van en aumento. La IDF (2013) menciona que 548.000 millones de dólares fueron empleados en gastos de salud en 2013 (lo que corresponde al 11% del gasto total en todo el mundo) de los cuales, la región de América del Norte y Caribe gastó 263.000 millones de dólares, lo que equivale a casi la mitad de los gastos en el mundo. Asimismo, son impactantes los costes que se relacionan con la diabetes no diagnosticada, de acuerdo con un estudio hecho en EEUU, se reportó que en un año se gastan 18.000 millones de dólares más, en atenciones para estas personas. No obstante, los costes no sólo se limitan al nivel financiero, sino también se reflejan en costes humanos y sociales, con la pérdida de la productividad de las personas y la discapacidad, que se puede volver una fuerte carga para las personas, las familias y la sociedad.

A pesar de todo el dinero destinado a estos fines, las personas que viven en países de ingresos medios y bajos pagan una proporción mayor, en comparación con las personas con ingresos altos, pues dichas personas no tienen oportunidad de acceder a servicios médicos. América Latina es un claro ejemplo de ello, pues las familias pagan entre el 40% y el 60% de los gastos médicos y en algunos otros países que reportan mayor pobreza, la familia carga con casi todo el coste médico (IDF, 2013).

Específicamente en México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) señaló en 2012 que 6.4 millones de personas mencionaron padecer diabetes; sin embargo, se prevé que dicho número pueda aumentar hasta alcanzar los 20 millones, de los cuales, se cree que aproximadamente dos millones no han sido diagnosticados. De éstos, 59% de los casos fueron del sexo femenino. Además, la IDF (2012) reportó que este padecimiento constituyó la segunda causa de muerte en esta población.

En 2010, en México, se realizó un estudio de micro-costeo que estimó el gasto económico anual generado para tratamientos médicos en pacientes diabéticos tipo 2, siendo un total de US\$452,064,988 de dólares, con un costo promedio por paciente de US\$3 193,75, correspondiendo a US\$2 740,34 para personas sin complicaciones y a US\$3 550,17 para personas con complicaciones (siendo los servicios de hospitalización los de mayor costo) (Secretaría de salud, 2013).

Según la secretaria de salud (2013), más del 80% de personas con diabetes recibe tratamiento médico; 26% de la población no cuenta con acceso a servicios de salud; y más del 70% está en riesgo alto de padecer complicaciones, pues sólo 5.3% de las personas presentó un adecuado control de la enfermedad. Asimismo, son pocas las personas que se realizan un examen médico general para la detección y atención temprana de enfermedades.

I.I ¿Qué es la diabetes?

Resulta atinado explicar cómo es que una persona puede desarrollar diabetes. En primera instancia hay que observar un poco la fisiología de este trastorno. Las células del cuerpo necesitan energía para poder realizar sus funciones, dicha energía la obtienen de la glucosa (un azúcar que se obtiene por la digestión de los alimentos). La glucosa circula por la sangre como fuente de energía para las células que la necesiten (Taylor, 2007). Por otra parte, la insulina es una secreción producida por el páncreas (que se encuentra debajo del

estómago) la cual ayuda a reducir los niveles de glucosa en la sangre, haciendo que el tejido de las membranas se abra para que la glucosa pueda penetrar en las células más fácilmente (Rodríguez, 2004).

De acuerdo con del Castillo, Guzmán, García y Martínez (2012) la Diabetes Mellitus (DM) es un grupo de enfermedades metabólicas que se presenta como resultado de la secreción anormal y deficitaria de insulina, ya sea porque la insulina producida no es suficiente o porque el cuerpo ya no tiene la capacidad de responder a sus efectos (lo que se conoce como resistencia a la insulina). Esto lleva a una acumulación de azúcar en la sangre, pues el azúcar no puede ser transportada a las células para su aprovechamiento, ocasionando que sus niveles se eleven por encima de lo considerado como normal apareciendo también altos niveles de azúcar en la orina (Rodríguez, 2004).

Straub (2011) menciona que existen dos tipos de diabetes, la DM insulino dependiente, también conocida como diabetes juvenil o de Tipo I y la DM no dependiente de insulina, también conocida como diabetes adulta o del Tipo II.

La diabetes tipo I representa cerca del 5-10% de los diabéticos en el mundo occidental, en este caso los factores genéticos son muy importantes para la mayoría de los pacientes (Islas & Lifshitz, 1999). Su principal característica es la administración de insulina por medio de inyecciones y suele presentarse en los primeros años de la niñez (entre los 6 y 5 años) o durante la adolescencia. Las personas que la padecen suelen presentar síntomas como sed y orina excesiva, deseo de dulces, pérdida de peso, irritabilidad y fatiga (Straub, 2011).

La diabetes tipo II usualmente se presenta en personas mayores de 30 años. Representa a casi el 90% de todos los diabéticos occidentales. También tiene bases genéticas que son evidentes por una mayor ocurrencia familiar, no suele requerir inyecciones de insulina pero requiere de cambios de hábitos y medicación vía oral. Aquellas personas que la desarrollan suelen tener sobrepeso y disponer de escasos medios económicos (Straub, 2011).

del Castillo, Guzmán, García y Martínez (2012), mencionan que debido a los cambios derivados de los altos niveles de glucosa en sangre destacan algunos síntomas:

- Polifagia (aumento en la necesidad de comer)
- Polidipsia (sed en exceso)
- Poliuria (frecuente orina)

- Parestesias (sensación de hormigueo en la piel)
- Astenia (sensación de debilidad)
- Cansancio
- Pérdida de peso
- Visión borrosa
- Cicatrización lenta de heridas y moretones

En ambos tipos de diabetes, se pueden desarrollar dos tipos de problemas como resultado de los niveles de glucosa: *hipoglucemia* (niveles bajos de azúcar en la sangre) e *hiperglucemia* (niveles altos de azúcar en la sangre). Se estima que aproximadamente entre el 50% y el 70% de las personas con este padecimiento desarrollan una o más de las complicaciones como resultado de la inhabilidad del cuerpo para regular los niveles de glucosa (Straub, 2011).

I.II Factores de riesgo

Al igual que con otras enfermedades crónicas, la DM es causada por múltiples factores, incluyendo las infecciones virales o bacterianas que dañan las células del páncreas, un sistema inmunológico hiperactivo, y la vulnerabilidad genética (Polaino-Lorente & Roales Nieto, 1994). Sin embargo, algunos factores que pueden destacarse de manera más relevante son los siguientes:

- Obesidad
- Hipertensión
- Edad avanzada
- Una tasa elevada de colesterol
- Haber tenido un hijo que al nacer pesó más de 4 kg
- Consumo de alcohol y tabaco.

Dentro de los factores de riesgo se pueden diferenciar dos categorías, de acuerdo con la Asociación Mexicana de Diabetes existen factores no modificables y modificables.

Factores no modificables:

- Haber nacido o haber tenido un hijo que al nacer pesó más de 4 kg
- Antecedentes familiares
- Raza

Factores modificables:

- Sedentarismo
- Sobrepeso
- Obesidad
- Tabaquismo
- Alcoholismo

La presencia de los factores antes mencionados multiplican el riesgo de los diabéticos a padecer las numerosas y graves complicaciones que conlleva la enfermedad (Taylor, 2007).

También la nutrición juega un papel importante en el desarrollo de la enfermedad, puesto que las personas occidentales ingieren una dieta alta en grasas y alimentos procesados, los cuales son factores que contribuyen al desarrollo de la diabetes. Asimismo, el aumento del sedentarismo en la vida de las personas está asociado con una reducción de la actividad física, aunada a la mala alimentación que contribuye al desarrollo de diabetes tipo II en personas jóvenes (Straub, 2011).

El estrés también ha sido sugerido como un factor que juega un doble papel en la enfermedad: como posible causa de ésta y como factor regulador del azúcar en la sangre. Sin embargo, el estrés como determinante de los niveles de glucosa resulta más claro que como causal (Rodríguez, 2004). En ese sentido, Rodríguez, Ortega y Nava (2009) mencionan que las personas con alguna enfermedad crónica reportan con mayor frecuencia reacciones de estrés ante diversas situaciones de la vida diaria en comparación con personas sanas, lo cual se puede traducir en que a mayor reacción de estrés los niveles de glucosa en sangre estarán elevados o disminuidos.

I.II.I Obesidad

La obesidad es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2. La obesidad también es considerada una enfermedad crónica, es decir, es de larga duración (no tiene cura) y suele progresar lentamente, Kaufer y Erez (2008) la definen como el exceso de tejido adiposo o grasa. Ésta es diagnosticada al calcular el índice de masa corporal (IMC)= peso (Kg)/ estatura (cm)².

Las diferentes cifras que puede arrojar el cálculo del IMC se clasifican de la siguiente manera:

- Peso normal= 18 a 24.9
- Sobrepeso= 25 a 29.9
- Obesidad grado 1= 30 a 34.9
- Obesidad grado 2= 35 a 39.9
- Obesidad grado 3= más de 40

Por estas razones, la OMS (2005) menciona que el peso excesivo y el sedentarismo son factores relacionados con el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas, entre ellas la diabetes, como se mencionó anteriormente. Se dice que aproximadamente existen más de 300 millones de personas con obesidad y 700 millones con sobre peso en el mundo. En México, 7 de cada 10 personas tiene obesidad (ENSANUT, 2012).

Existen diferentes tipos de obesidad, la ginecoide es aquella donde la grasa se ubica en los glúteos; la androide es la que acumula la mayor parte de grasa en la región abdominal y es la que causa la resistencia a la insulina y puede disminuir la sensibilidad de la célula β a la glucosa, por ello, está relacionada con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes (García, Romero, Kaufer, Tusié, Calzada, Vázquez, Barquera, Caballero, Orozco, Velázquez, Rosas, Barrigueta, Zacarías & Sotelo, 2008).

La organización Panamericana de la salud (2008) menciona que estos problemas de salud están fuertemente influenciados por factores genéticos, sociales, culturales, económicos, entre otros.

Asimismo, García et al. (2008) señalan algunos factores de riesgo para la obesidad, tales como:

- Genética
- Vida sedentaria
- Consumo excesivo de alimentos con alta densidad energética
- Edad

La edad está considerada un factor de riesgo puesto que es más frecuente en personas mayores de 60 años, las características que se presentan con frecuencia en esta población son la vida sedentaria y la ganancia de peso (Rodríguez & García, 2011).

De manera similar como pasa con la diabetes, la piedra angular en el tratamiento de la obesidad es el seguimiento de un régimen alimenticio saludable individualizado combinado

con actividad física. Kaufer y Erez (2008) mencionan que implica un cambio y mantenimiento en el estilo de vida, puesto que se debe iniciar un tratamiento permanente a cargo de un médico, nutriólogo y psicólogo.

Perder peso mediante dietas que incluyen cantidades bajas de carbohidratos, restricción en grasas (en especial la saturadas), proteínas no recomendables e incluir fibra, suele ser efectivo según Escobar y Tébar (2009).

Sin embargo, Castro (2007) menciona que en muchas ocasiones los profesionales que se encargan de proporcionar la dieta a seguir no toman en cuenta factores relacionados con la vida cotidiana de los individuos, un ejemplo de estos factores son la economía y los patrones alimentarios. Además, para las personas con escasos recursos, seguir una dieta constituye algo costoso e inaccesible puesto que las prescripciones incluyen productos fuera de su alcance. La autora menciona que es de suma importancia tomar en cuenta estos aspectos para que no se provoque una ruptura en la convivencia del individuo con su grupo y se logre una mejor adherencia al tratamiento, previniendo así, serias complicaciones.

I.III Consecuencias

Existen muchas personas que padecen la enfermedad y no son conscientes de ello durante un largo periodo de tiempo, ya sea porque los síntomas no suelen ser relacionados con la diabetes o porque se presentan pocos síntomas durante los primeros dos años de la diabetes tipo II y se les da mayor importancia hasta que se hacen más notorios (lo cual puede tardar bastante tiempo). Sin embargo, durante ese periodo el cuerpo está siendo dañado por el exceso de glucosa en la sangre y el diagnóstico de diabetes se da cuando ya se han presentado complicaciones.

Las personas diabéticas corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas graves que pueden terminar en una discapacidad o en la muerte en el peor de los casos.

Los elevados niveles de glucosa en sangre pueden llevar a graves complicaciones ya sea a mediano o largo plazo si la enfermedad no es controlada. Entre las principales complicaciones se encuentran las que afectan el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. Es por ello que los diabéticos requieren un seguimiento médico constante (Arrivillaga, Correa & Salazar, 2007).

En total, según Taylor (2007) la diabetes propicia 213,062 muertes anuales. Además, menciona que cerca de 41,000 de los diabéticos sufren insuficiencia renal, 24,000 son casos con ceguera y 82,000 sufren de amputaciones.

A continuación se explica un poco más a fondo en qué consisten las principales complicaciones.

De acuerdo con la IDF (2013) la enfermedad cardiovascular es la causa más común de muerte y discapacidad entre los diabéticos. Algunas de las enfermedades cardiovasculares que se presentan son: angina de pecho, ataque al corazón, enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva. Como ya se mencionó, los altos niveles de glucosa ocasionan que aumente el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares; sin embargo, la presión arterial alta y el colesterol alto, también aumentan las probabilidades. La enfermedad renal (nefropatía, en términos médicos) se presenta en mayor porcentaje en personas diabéticas que en personas sanas, además de que la diabetes es una de las principales causas de la enfermedad renal. Se presenta cuando existe un daño en los vasos sanguíneos, lo cual provoca que los riñones sean menos eficaces o que fallen por completo.

Las personas con diabetes también suelen desarrollar alguna enfermedad de los ojos (retinopatía) que puede deteriorar la visión o provocar ceguera. La enfermedad se desarrolla porque los vasos sanguíneos conectados con la retina pueden bloquearse, lo que lleva a la pérdida de la visión.

El daño al sistema nervioso de todo el cuerpo (también llamado neuropatía) se da cuando la glucosa en la sangre y la presión arterial son muy altas. Se presentan problemas de disfunción eréctil, de digestión o en la orina, entre otras. Sin embargo, las extremidades también se ven afectadas, especialmente los pies. Dichos daños pueden llevar al dolor, hormigueo y pérdida de sensibilidad, lo cual es más peligroso, puesto que las lesiones pueden pasar desapercibidas, dando lugar a infecciones, úlceras, pie diabético y amputaciones de extremidades como dedos y pies en casos extremos (IDF, 2013). Taylor (2007) menciona que más del 60% de los diabéticos presentan afección del sistema nervioso que van de leves a severos.

La IDF (2013) en su informe reportó que existen otras complicaciones relacionadas con la diabetes, tal vez un poco menos comunes y de las cuales aún se tienen algunas dudas,

entre ellas la afectación a la salud oral, pues en las personas con mal control de la glucosa existe el riesgo de inflamación en las encías también llamada gingivitis, que a su vez, es una causa en la pérdida de dientes. Así también, se ha descubierto que existe una relación entre la diabetes y la apnea del sueño, pues se dice que 40% de las personas que sufren apnea tienen diabetes. Asimismo, la apnea puede tener efectos en relación al control de glucosa en sangre.

Taylor (2007) también indica que además de las consecuencias a nivel físico, también pueden generarse repercusiones a nivel psicológico, social y familiar; tal es el caso de la disfunción sexual en hombres y en mujeres, así como los problemas de alimentación y depresión, por mencionar algunos.

I.IV Tratamiento

Una persona con diabetes o alguna otra enfermedad crónica, no volverá a su estado “normal” de salud, puesto que no tienen una cura y el tratamiento es continuo, es por ello que Amigo, Fernández y Pérez (2009) mencionan que el tratamiento para la diabetes reside en tres principales aspectos:

- Medicación
- Ejercicio físico
- Régimen alimenticio

Los fármacos hipoglucemiantes orales utilizados en el tratamiento para diabetes tipo II son las sulfonilureas (estimulan la producción de insulina) y las biguanidinas (inhiben la absorción de glucosa por el intestino y facilitan su consumo por parte de las células). Dichas sustancias no son insulina y por tanto no son un tratamiento alternativo a ésta.

Sin embargo, la medicación debe ir acompañada de un régimen alimenticio balanceado y ejercicio, el cual se define como el movimiento corporal que genera gasto calórico. El ejercicio tiene una función importante en la regulación externa de la glucosa en sangre. Por una parte se consume la glucosa disponible con su consiguiente disminución en sangre. Por otra parte, el ejercicio continuo está relacionado con un incremento en la sensibilidad celular a la insulina. Además, acarrea beneficios para todo el cuerpo: hay una mejora en la circulación, normaliza la tensión arterial, previene enfermedades cardiovasculares, produce un efecto tonificante, entre otras.

Pese a los grandes beneficios, el tipo de ejercicio, la cantidad y el momento de la actividad, debe programarse para cada persona. Las recomendaciones deben ajustarse al estado de su enfermedad y a sus condiciones generales.

Con relación al régimen alimenticio o dieta, el objetivo principal es evitar un aporte excesivo de glucosa (proporcionada por los alimentos). Se busca que la persona consuma una dieta que le proporcione un estado de nutrición adecuado en función de su requerimiento metabólico. Actualmente se considera que en un buen régimen, el consumo de alimentos se distribuye en 4 ó 5 tomas diarias.

Es frecuente tener ideas erróneas sobre las afecciones de los alimentos en la glucosa. Ideas arraigadas en la cultura de cada sociedad, en las formas de preparación de alimentos en cada familia; así como en las preferencias y hábitos alimentarios de cada persona. Es así que para incorporar nuevas pautas de alimentación hay que disponer de alternativas compatibles con los gustos de la persona y con las prácticas alimentarias que le rodean.

A manera de resumen, la dieta es un factor importante en el tratamiento tanto de la diabetes como de la obesidad, pues permite tomar el control de la enfermedad, resultando en una mejor calidad de vida. Se han reportado resultados exitosos en el control de la diabetes mediante la dieta (sin medicamentos) en comparación con un tratamiento farmacológico (Cabrera, Novoa & Centeno, 1991 en Rodríguez & García, 2011).

I.IV.I La dieta como el mejor aliado en el control de los niveles de glucosa

La dieta es un término comúnmente utilizado pero en muchas ocasiones se confunde. Bourges (2004) afirma que es “el conjunto de alimentos –al natural o procesados culinaria o industrialmente– que se ingieren en el curso del día”. La calidad de la alimentación es determinante para decir que una dieta está bien o mal conformada. Se considera una dieta “correcta” a aquella que se apega a las características consideradas como favorables para la nutrición y la salud.

El autor también menciona que la dieta debe cumplir con varias características entre las que se encuentran: ser completa, suficiente, variada, placentera, compatible, acorde a la cultura y adecuada a la circunstancia de cada persona. Cuando una de estas características no se cumple, se pone en peligro la salud.

La alimentación no sólo proporciona nutrimentos necesarios para el organismo, también ayuda a conservar la salud, así como a prevenir y tratar enfermedades. Por lo que

la alimentación saludable debe cultivarse como un hábito. Oblitas (2009) lo confirma, pues menciona que hacer una dieta y controlar el peso son conductas relacionadas con la salud.

El autor también hace mención acerca de los alimentos que se ingieren a diario, ellos dependen en gran medida del grado de bienestar que se tiene y de cómo se sentirá en el futuro. Aunque no existe una dieta ideal que pueda aplicarse a todo el mundo, ya que cada individuo tiene necesidades distintas en función de su edad, sexo, tamaño corporal, o actividad física. Hay más de 40 nutrientes básicos para mantener un estado de salud equilibrado, dichos nutrientes son incorporados al organismo cuando se consumen alimentos de manera variada, especialmente crudos y frescos. Se considera que los beneficios para la salud de un patrón determinado de alimentación provienen más de una mezcla de alimentos que contienen múltiples nutrientes que de un nutriente en específico (Coral, Escudero, López & Riobó, 2011).

Según Coral, Escudero, López y Riobó (2011) actualmente ya no se habla de dieta del diabético, sino que se considera que el tratamiento médico nutricional se integra dentro de la educación diabetológica del paciente y es muy similar a las recomendaciones generales para la población que no tiene el padecimiento. Pues como Oblitas (2009) lo menciona, existen probadas evidencias de que las personas que consumen abundantes frutas y verduras están mucho más sanas, presentan índices patológicos significativamente más bajos, mayor nivel energético y menos riesgo de exceso de peso, en comparación con aquellas personas que no incorporan en su dieta estos alimentos.

Analizar los hábitos alimenticios para descubrir las carencias y mejorar la dieta habitual es muy importante puesto que ayuda a afrontar más adaptativamente las situaciones estresantes. La alimentación puede controlar o prevenir la presión arterial alta, úlceras gastrointestinales, obesidad, dolores de cabeza, diabetes, caries dental y otras afecciones. Se ha documentado que una dieta inadecuada puede estar asociada con estados emocionales depresivos, ansiedad, fatiga e insomnio. Hay sustancias como el azúcar, que cuando se consume en cantidades excesivas, puede favorecer estados depresivos. Así, cuando se eleva el nivel de concentración de azúcar en la sangre, la glucosa tiende a bajar marcadamente debido a la mayor secreción de insulina. Al bienestar inmediato le sigue un periodo de abstinencia, caracterizado por cansancio y cambios de humor, lo cual produce la

necesidad de consumir más azúcar (el azúcar blanca no es un nutriente, sino una fuente de calorías “vacías”).

Sin embargo, en el caso específico de la diabetes, Coral, Escudero, López y Riobó (2011) mencionan que la aproximación al tratamiento dietético de la diabetes mellitus ha cambiado drásticamente durante los últimos años. Actualmente la dieta no sólo tiene el objetivo de disminuir los altos niveles de glucosa y de mantenerlos lo más parecido a lo normal, sino también de disminuir las complicaciones a largo plazo y la prevalencia de la enfermedad cardiovascular, ya que ésta es la principal causa de muerte, sobre todo en diabéticos tipo II.

Oblitas (2009) afirma que la probabilidad de mantener la pérdida de peso es más elevada si se aplican programas de modificación de conducta que con dietas que resultan bastante restrictivas, pues éstas no toman en cuenta el nivel de actividad de las personas. Para evitar que las personas abandonen el régimen se debe incidir en otras variables como en el apoyo social que se les brinda, un repertorio de habilidades sociales que les sea útil, actividad física, establecimiento de una relación positiva con el terapeuta y la toma de decisiones a nivel personal.

Una de las recomendaciones del autor es comer tranquilo y de manera frecuente (varias veces al día), así los niveles de glucosa en sangre se mantienen constantes y se evitan las tensiones asociadas con la sensación de hambre (Oblitas, 2009).

De acuerdo con Taylor (2007) la mayor parte de las personas diabéticas desconocen los riesgos para la salud que la enfermedad conlleva. Es por ello que el autor menciona que la educación es un componente importante en toda intervención.

En la mayor parte de los casos, los diabéticos tipo II reciben un tratamiento farmacológico. En el caso de la obesidad, la intervención también comprende un régimen alimenticio donde se busca reducir el consumo de azúcar y carbohidratos, por lo que se aconseja a los pacientes lograr un peso normal, pues el control de peso mejora el control de los niveles de glucosa y reduce la necesidad de medicación.

Sin embargo, una de las características de los tratamientos para la diabetes es que forman parte de los bajos niveles de adherencia. Una mala adherencia parece deberse a factores situacionales, por ejemplo: estrés psicológico y la presión social para que la persona con el padecimiento coma. Además, la dieta y el ejercicio son factores relacionados

con el estilo de vida, los cuales en general son los más difíciles de modificar debido a que las indicaciones referidas a esos dos factores se toman como recomendaciones, no como indicaciones médicas y entonces los pacientes no siguen los regímenes o los modifican de acuerdo a sus deseos.

Ya se mencionó que el régimen para la diabetes es complejo porque comprende un cambio en el estilo de vida, es por ello que se necesitan habilidades técnicas para manejar el régimen, también técnicas de afrontamiento y de habilidades para la solución de problemas. Es decir, la información acerca del tratamiento, también debe ir acompañada de un entrenamiento para mantenerse dentro del régimen ante situaciones que tienden a deteriorarlo (Reynoso & Seligson, 2005; Taylor, 2007).

Reynoso y Seligson (2005) señalan que los programas de afrontamiento para diabéticos se deben enfocar en desarrollar estrategias de solución de problemas y en educar tanto a la persona que padece la enfermedad como a su familia para desarrollar estilos de vida saludables.

Por otro lado, Arrivillaga, Correa y Salazar (2007) señalan que por la naturaleza de la Diabetes Mellitus, es necesario que la persona se someta a un tratamiento multidisciplinario con el objeto de mejorar su bienestar, principalmente para lograr un equilibrio en factores que podrían afectar los niveles de glucosa.

Sin embargo, Amigo, Fernández y Pérez (2009) señalan que existen diversas dificultades para la adhesión al tratamiento diabetológico. En muchas ocasiones dichas dificultades se relacionan con condiciones ligadas al estilo de vida de las personas que no están bajo el control y análisis médico.

Dentro de la lista de obstáculos que los autores proporcionan, se encuentra la complejidad y cronicidad del tratamiento; pues los componentes del tratamiento como la medicación, la dieta y el ejercicio se han de administrar de manera coordinada a lo largo del día y durante toda la vida.

Otro obstáculo mencionado por los autores son las modificaciones en el estilo de vida, las cuales se dan por los cambios en el régimen alimenticio, modificación de hábitos de ejercicio, el control de situaciones estresantes que se dan cotidianamente, además del tiempo necesario para otros cuidados personales.

Uno más es la ausencia de conocimientos y habilidades específicas para el adecuado seguimiento del tratamiento. Con lo anterior, es evidente que los problemas relacionados con el seguimiento del tratamiento son un asunto principalmente conductual, por lo que resulta atinada una intervención psicológica además de la médica.

De acuerdo con Arrivillaga, Correa y Salazar (2007) la intervención psicológica a largo plazo tiene la ventaja de que si es aplicada de manera adecuada, resulta muy útil para modificar el nivel de glucosa en sangre por medio de cambios en el comportamiento, apego al régimen alimenticio, uso de medicamentos, actividades físicas, manejo de condiciones emocionales como depresión, estrés y ansiedad; pues éstas pueden generarse por las alteraciones en los niveles de glucosa.

El tratamiento psicológico tiene objetivos para lograr un ajuste y manejo de la enfermedad y de otras situaciones, entre ellos se encuentra el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (como la solución de problemas), pues los autores mencionan que aprender este tipo de habilidades ayuda a hacer frente a componentes emocionales y conductuales enlazados en el manejo de la enfermedad, así como a otras situaciones que podrían complicar las condiciones de salud.

UN MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

Actualmente las interdisciplinas (llámese psicología de la salud, medicina conductual, entre otras) se han interesado en destacar la importancia de los factores derivados del comportamiento en la prevención y rehabilitación de problemas de salud, como se ven desde el punto de vista de la medicina clínica.

Sin embargo, existen dos modelos generales que cubren dimensiones distintas. Dichos modelos son:

- El modelo médico-biológico: se refiere a la salud en términos de enfermedad y a las condiciones del organismo.
- El modelo sociocultural: hace referencia al bienestar. Este modelo ha hecho énfasis en la relación que existe entre la carencia de enfermedad y las condiciones de vida. Existen evidencias acerca de, cómo es que las condiciones de vida dadas por el medio y las practicas socioculturales son causales de modificaciones en la salud de las personas.

Ribes (1990) menciona que el punto clave para que estos dos modelos planeen prácticas viables para solucionar el problema es que las concepciones de ambos, puedan juntarse gracias a un eje que los vincule, el cual es el comportamiento, Ribes (1990) lo define de la siguiente manera: *“entendido como práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales”* (pag 17).

Todo ser humano como organismo biológico, sólo puede entenderse desde su actividad como individuo. Estructurado por su experiencia individual en determinado medio. Dicha experiencia representa la dimensión psicológica de su práctica como individuo. Examinar esta dimensión es importante para conocer las condiciones particulares que lo hacen diferente a otros organismos.

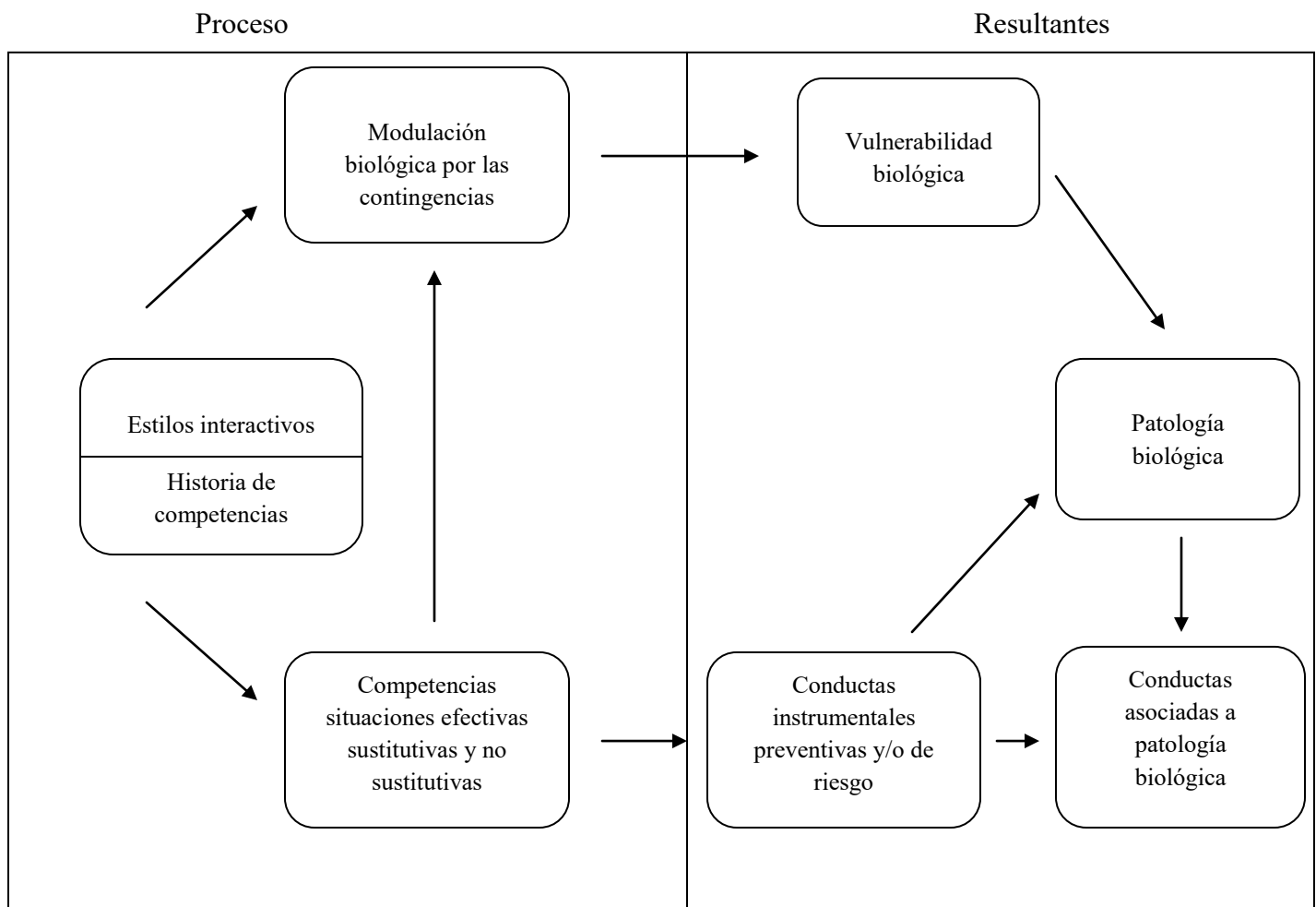
Es por ello que el análisis psicológico *“constituye en realidad la dimensión en la que se plasma la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en un entorno, y su estado continuo entre salud-enfermedad como componente integral y condición de una práctica interactiva permanente”*.

La manera en la que el comportamiento del individuo modula los estados biológicos y las competencias que posee para interactuar con situaciones que se relacionen con su estado

de salud ya sea directa o indirectamente, son determinantes en mayor o menor medida de la salud o la enfermedad. El hacer o el no hacer, hacer de una manera en particular, hacer en determinadas condiciones, son elementos que psicológicamente puntualizan un proceso que resulta en ausencia o presencia de alteraciones en el estado de salud biológica.

Emplear el modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes en 1990 el cual está basado en el Modelo Interconductual, es importante puesto que, es un modelo interfase indispensable para relacionar las variables de los dos modelos antes mencionados (el biológico y el sociocultural). Además, se mencionan los factores conductuales afines a la salud y a la enfermedad. Asimismo, emplearlo resulta muy útil puesto que funge como una guía de acción e intervención destinada a la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades.

Figura 1. Modelo psicológico de la salud biológica (Ribes, 1990).



En primera instancia, se debe hacer la distinción entre factores de proceso y factores de resultado. Los de proceso se refieren a variables psicológicas relacionadas con la historia del individuo, a sus capacidades efectivas frente a situaciones con las que interactúa y a las formas en que su acción frente a determinadas contingencias modula su reactividad biológica participante. Lo cual lleva a los factores de resultado, que se refieren a factores psicológicos, como las conductas que son instrumentales de riesgo mayor o menor de contraer alguna enfermedad o conductas relacionadas con la aparición de ciertas enfermedades, así también como con los factores biológicos relacionados con la vulnerabilidad biológica del organismo ante procesos patógenos y la aparición de patologías.

Basado en este modelo, la intervención del psicólogo se sitúa en la parte de factores resultantes, es decir, en alterar las conductas instrumentales de riesgo, así como las preventivas.

Los factores de resultado dependen de la influencia de uno o varios factores de proceso. En relación con las conductas instrumentales que previenen o aumentan el riesgo de contraer alguna enfermedad, son afectadas por las competencias funcionales y por factores de naturaleza histórica. La vulnerabilidad biológica se encuentra determinada por la modulación de las contingencias sobre las reacciones biológicas. Las conductas instrumentales y la vulnerabilidad biológica dan lugar a la aparición de una patología. Las conductas relacionadas con esta patología están determinadas por la misma condición patológica y por las conductas instrumentales. En ocasiones, estas conductas pueden estar reguladas solamente por las conductas instrumentales.

Desde este punto de vista, se debe dotar a las personas de competencias (la capacidad para que la persona enfrente los requerimientos de determinada situación) para el cuidado de la salud, así como de alterar las conductas instrumentales de riesgo, implica incorporar conocimiento a las habituales prácticas de las personas para reducir los factores ambientales relacionados con una mayor vulnerabilidad biológica. Así como entrenar conductas instrumentales para la prevención relacionada con la aparición de patologías, puesto que, se puede entender que la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando.

II.I Conductas instrumentales

Tomando en consideración lo antes mencionado, existen cinco formas de competencias disponibles que conforman conductas instrumentales de prevención, los cuales resultan de los siguientes saber hacer:

1. Saber qué se tienen que hacer, en qué circunstancias se tiene que hacer, cómo decirlo y cómo reconocerlo.
2. Saber cómo hacer, hacerlo antes, practicarlo.
3. Saber por qué se tiene que hacer o no hacer (los efectos) y reconocer si tiende a hacerlo.
4. Saber cómo reconocer cuando se debe hacer y cuando no se debe hacer.
5. Saber hacer otras cosas en esa circunstancia o hacer lo mismo de otra forma (Ribes, 1990).

Llevar o no a cabo estas conductas instrumentales son elementos que psicológicamente puntualizan un proceso que resulta en ausencia o presencia de alteraciones en el estado de salud. Sin embargo, adquirir habilidades y cambiar hábitos no resulta un trabajo sencillo pues Ribes (1990) menciona que las conductas instrumentales que no tienen efectos inmediatos son las más difíciles de cambiar y que las personas que suelen tener mayor éxito son las que poseen competencias de índole extrasituacional, refiriéndose a personas que son capaces de responder a una situación como si estuvieran en otra. Para que una persona adquiera competencias extrasituacionales los cinco tipos de saber hacer deben convertirse en conocimiento y habilidades que el paciente incorpore a su vida.

En el primer tipo de saber hacer, se hace referencia a los conocimientos relacionados con la enfermedad. Desde cuáles son los factores de riesgo para desarrollar la enfermedad, los síntomas, cómo es que se controla, hasta las consecuencias que puede provocar mal control de la diabetes.

El segundo tipo de saber tiene que ver con que el individuo identifique las conductas instrumentales de riesgo que realiza, como los hábitos tanto de alimentación como de actividad física, las visitas al médico para chequeos, distinción de alimentos saludables y alimentos poco saludables.

El tercer tipo de saber está relacionado con las razones por las que el individuo debe apegarse a las prescripciones médicas. Debe contar con información sobre las

consecuencias que acarrea la diabetes que no es controlada adecuadamente, también debe saber todo lo que implica un tratamiento médico, también debe saber cómo todo ello puede afectar a la persona y a su familia si no se sigue el tratamiento. Asimismo, debe reconocer los hábitos que tiene (relacionados con alimentación y activación física).

En cuanto al cuarto tipo de saber hacer, la competencia necesaria es reconocer las situaciones que hacen más probable una alimentación inadecuada. Se debe entrenar en habilidades que permitan reconocer el contexto en el que come, identificar factores en el ambiente que hacen más probable llevar malos hábitos alimenticios como pueden ser: algunos alimentos; fiestas o reuniones; lugares (como restaurantes); el estado emocional; gusto por ciertos alimentos no recomendados, condiciones biológicas (no comer durante un periodo de tiempo prolongado); malos hábitos al comer (comer muy aprisa y/o en cantidades no adecuadas).

Por último, pero no menos importante se encuentran las competencias para el quinto tipo de saber, las cuales se vinculan con las formas en las que se puede comportar el individuo ante aquellas situaciones que hacen más probable caer en hábitos poco saludables. Lo anterior se relaciona con entrenar habilidades para evitar dichas situaciones, formas diferentes de relacionarse con personas que regulan su manera de comer, así como alterar el ambiente y el comportamiento propio (Rodríguez & García, 2011).

Como se hizo notar, los cinco tipos de saber hacer se traducen en la adquisición de conocimientos y habilidades que los individuos deben incluir en su día a día. Un estudio que lo avala fue el realizado por Pasillas, Rodríguez y Rodríguez (2015) el cual tuvo como propósito evaluar el efecto de un programa de intervención con pacientes con diabetes en relación con la adherencia a la dieta. Aplicaron un programa de conocimientos en el que proporcionaron información sobre la enfermedad, las consecuencias de los malos hábitos, así como de cómo cambiarlos con el objetivo de una mejor adherencia a la dieta. Se mostró un efecto positivo en cuanto los resultados obtenidos, es decir, los participantes lograron mejorar su adherencia gracias a la información que recibieron, así como de las habilidades que adquirieron, siendo éste un argumento más para no dejar de lado la dimensión psicológica de las enfermedades.

Este modelo permite considerar elementos que le son pertinentes a la psicología, pues permite diseñar estrategias para la prevención, además de que el modelo menciona la

necesidad de un trabajo multidisciplinario tanto con médicos como con nutriólogos, entre otros, dependiendo a donde se deseen dirigir los esfuerzos (Ribes, 1990).

TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y SU APOORTE EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

En primera instancia, resulta atinado hablar sobre cómo fue que se consolidó la técnica de solución de problemas (TSP), antes de mencionar los beneficios de ésta dirigidos a la población con diabetes.

Se puede afirmar que de las terapias de solución de problemas indicadas por Mahoney y Arkhoff en 1978, la que ha ganado mayor campo y la que ha tenido mayor aceptación así como utilización es la TSP de D'Zurilla y Goldfried (1971), pues, debido a las características de la sociedad, es común enfrentarse a diferentes problemas de manera continua. Goldfried y Davison (1981) mencionan que de acuerdo a las circunstancias a las que se enfrenta y a las posibles consecuencias que puedan traer, los problemas pueden ser comunes o críticos, personales o interpersonales. Es así que, a diario las personas deben afrontar un sinnúmero de conflictos que se deben resolver, desde decidir qué ropa usar hasta saber cómo relacionarse con una persona intolerante.

D'Zurilla (1986) menciona cuatro factores que han influido en el surgimiento de la técnica, dichos factores son: el interés por la creatividad, el surgimiento de la aproximación de competencia social a la psicopatología como una opción al modelo médico (puesto que dicho modelo fue rechazado para explicar fenómenos psicopatológicos), el rápido desarrollo de la corriente cognitivo-conductual para modificación de conducta (dicha corriente menciona que para facilitar y generar mejoras en la competencia social, son necesarios ciertos entrenamientos en los que entra la TSP), así como el desarrollo de la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman, la cual se centra en transacciones persona-ambiente en las que ambas variables interactúan y se influyen entre sí. El modelo ha tenido relación en la actual aproximación de SP: a) ha apuntado el hecho de que los problemas de la vida son a menudo estresantes y que las variables emocionales probablemente influyen el proceso de SP significativamente, b) sugiere que el entrenamiento en SP puede ser exitoso para el manejo del estrés.

Para D'Zurilla y Goldfried (1971) la TSP es una técnica de modificación de conducta que facilita una conducta efectiva (que produzca consecuencias positivas). Además, los autores mencionan que algunas personas no tienen dificultades para resolver

problemas, pero hay algunas otras que sí las tienen, es por eso que los que carecen de dicha competencia pueden ser entrenados para adquirir esa habilidad y tener así una adecuada competencia social.

Goldfried y Davison (1981) señalan que la solución de problemas se refiere al proceso conductual, manifiesto o cognitivo, en el que ante una situación problemática, una persona realiza una lista con diferentes posibles soluciones y aumenta las posibilidades de hallar la respuesta más eficaz para dicha situación. A lo que Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) agregan que, el proceso es una secuencia en la que las personas identifican soluciones, empleando un conjunto de destrezas y diferentes habilidades que les son útiles en los diferentes escenarios donde se presenten situaciones estresantes. Mencionan que el proceso de SP es comprender, valorar y adaptarse a las circunstancias que generan estrés.

En palabras de Nezu, Nezu y D’Zurilla (2012), la terapia de solución de problemas es una intervención en psicología que aspira a mejorar la capacidad de enfrentarse a estresores mayores (situaciones traumáticas) y menores (problemas cotidianos crónicos) y a reducir los problemas tanto de salud mental como de salud física. Tal vez uno de los principales objetivos de la terapia es lograr una regulación emocional y la solución planificada de problemas.

Los autores hacen mención de las emociones en la TSP porque no son un aspecto aislado, durante el proceso es común que se produzca activación emocional, lo cual puede facilitar u obstruir la ejecución, esto puede depender de la intensidad de la actividad del sistema nervioso central y la duración del estrés emocional. Reconocer las respuestas emocionales es útil para una eficiente ejecución de la TSP, de lo contrario, resulta conveniente entrenar a la persona en habilidades que faciliten el afrontamiento (Labrador, Cruzado & Muñoz, 2008).

Los términos mayormente utilizados en SP son: solución de problemas, problema, solución, puesta en práctica de la solución y competencia social. Es fundamental diferenciar claramente dichos conceptos para evitar confundirlos o mezclarlos con los de otros entrenamientos. Los autores D’Zurilla y Nezu (2010) los conciben de la siguiente manera:

La solución de problemas se refiere al proceso cognitivo-afectivo-conductual por el cual se identifican medios efectivos con los cuales enfrentarse a los problemas cotidianos. Aquí se incluye la generación de soluciones alternativas y la toma de decisiones.

Un problema es entendido como una situación de la vida que demanda una respuesta para el funcionamiento eficaz, pero ninguna respuesta está aparente o disponible en el momento para quien o quienes se enfrentan a la situación. En dicha situación la persona encuentra una discrepancia entre lo que tiene y lo que desea, las discrepancias suelen no ser tan aparentes debido a obstáculos como ambigüedad, incertidumbre, déficit de habilidades o la carencia de recursos; entre otros. En palabras de Ruíz, Díaz y Villalobos (2012), un problema es una falta de balance entre las demandas para la adaptación y la disponibilidad de recursos de afrontamiento. Además, un problema puede ser un hecho limitado en el tiempo (como una enfermedad aguda), una serie de conductas que se repiten con regularidad (como el consumo de drogas) o una situación permanente (como padecer una enfermedad crónica).

Las demandas en la situación problemática se pueden producir en el ambiente o en la persona, lo que es denominado como demandas percibidas, pues la persona suele estar más influenciada por la percepción de las demandas una vez que el problema ha sido identificado que por las demandas objetivas.

Por otro lado, la solución es una respuesta de afrontamiento o un patrón de respuestas que es efectivo para alterar la situación problemática o las reacciones personales propias para que no sea percibida como un problema, mientras que al mismo tiempo maximiza los beneficios y minimiza los costes.

La efectividad de cualquier solución puede variar de persona a persona, dependiendo de las normas, de los valores o de otras personas que son responsables de juzgar la ejecución del que ha solucionado el problema.

La puesta en práctica de la solución (no el proceso de solución de problemas) se refiere a la ejecución de la respuesta seleccionada, lo cual también involucra otros factores de la persona y de la historia de aprendizaje, tales como déficits de habilidades y motivacionales.

Por último pero no menos importante, se encuentra la competencia social, que representa la habilidad para generar respuestas adaptativas y flexibles en el afrontamiento de situaciones. Comprende amplias categorías de habilidades sociales, competencias conductuales y conductas de afrontamiento que preparan a una persona para encarar

efectivamente las demandas cotidianas. La persona hace uso de recursos tanto personales como ambientales para obtener un resultado exitoso.

Algunas investigaciones reportan que entre los buenos y los malos solucionadores de problemas existen notorias diferencias. Las características de los menos eficaces son las siguientes:

- Presentan menores expectativas en cuanto al control del ambiente.
- Suelen elegir de manera rápida y precipitada una solución, inclusive cuando no tienen la suficiente información.
- Se les dificulta obtener información importante.
- Tienden a presentar mayores dificultades al momento de delimitar el problema (Macia, Méndez & Olivares, 1993, en Méndez, Olivares & Abásolo, 2010).

Goldfried y Davison (1981) consideran que el entrenamiento en SP es una ayuda para que el individuo adquiera un equipo de aprendizaje, lo cual incrementa las probabilidades de enfrentar exitosamente futuras situaciones. D’Zurilla y Nezu (2010) agregan que el objetivo general de la terapia de solución de problemas es aumentar la habilidad del individuo para afrontar situaciones estresantes cotidianas y promover una mayor competencia tanto cognitiva como conductual en el manejo de dichas situaciones. La TSP entrena a la persona en cómo aplicar estrategias de afrontamiento adaptativas para prevenir y para abordar dichas situaciones, lo cual, se asume lleva a que mejore su sensación de bienestar.

III.I Características de la técnica

Entre los objetivos específicos de la técnica se incluyen: incrementar la orientación positiva a los problemas y reducir la negativa; promover la aplicación y el desarrollo de estrategias específicas dirigidas a la solución de problemas y minimizar la tendencia a emplear procesos de solución de problemas no adaptativos (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).

La mayoría de los programas de entrenamiento en solución de problemas se basan en el modelo propuesto por D’Zurilla y Goldfried, el cual posteriormente sería modificado por D’Zurilla y Nezu. El modelo consta de las siguientes fases:

1. Orientación hacia el problema.
2. Formulación y definición del problema.
3. Generación de alternativas.

4. Toma de decisiones.
5. Ejecución y verificación de resultados.

Cada una de las fases tiene funciones específicas, cuando los cinco pasos son aplicados conjuntamente, lo esperado es que aumente la probabilidad de descubrir y ejecutar la elección que se considere como la más eficaz. El orden de los 5 pasos representa una secuencia lógica; sin embargo, no quiere decir que el entrenamiento en SP se lleve a cabo de una sola manera, sino que la persona puede pasar de un paso a otro o retroceder antes de completar los 5 pasos, lo cual varía de persona a persona (Labrador, Cruzado & Muñoz, 2008).

Además, Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) indican que a pesar de la sistematización que la técnica parece tener, ésta es muy flexible en cuanto al modo e implementación, puesto que se puede realizar de manera individualizada o en formato de grupo o pareja, a su vez, puede emplearse como elemento único de intervención o formar parte de una intervención más extensa.

El modelo asume que los resultados de solución de problemas están dados principalmente por dos procesos parcialmente independientes:

- 1. La orientación al problema.
- 2. La solución de problemas.

Orientación al problema

La función que tiene la orientación al problema es a nivel motivacional, que se refiere a las creencias y actitudes generalizadas de una persona sobre los problemas y el estrés que vive cotidianamente así como de su habilidad para resolverlos de manera exitosa (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012). Dicho por Nezu, Nezu y Lombardo (2006) la orientación al problema consiste en una serie de procesos dirigidos a reconocer el problema cuando se presenta, dichos procesos encierran un conjunto de esquemas cognitivos y emocionales que representan la visión que tiene la persona respecto a los problemas.

La terapia de solución de problemas distingue entre dos tipos de orientación al problema: positiva (la cual llevaría a un afrontamiento triunfante) y negativa (que llevaría a un afrontamiento ineficaz y al malestar a nivel emocional).

Por un lado, la orientación al problema positiva consiste en un sistema de creencias optimistas que ven los problemas como retos. De tal forma que una persona consideraría los problemas como sucesos normales en la vida que tienen solución, lo cual indica que la persona tiene expectativas positivas de resultados, percibiéndose con habilidad para hallar soluciones funcionales. Desde este punto de vista, la persona es consciente de que solucionar problemas requiere de tiempo, esfuerzo y persistencia (Ruíz, Díaz & Villalobos 2012). Una persona con orientación positiva tiende a recoger información importante, identifica demandas y obstáculos, establece objetivos, genera posibles soluciones, anticipa las consecuencias, compara las alternativas, elige la que considera la mejor solución y la ejecuta. Esto no quiere decir que la persona tenga en su repertorio las habilidades de implementación las cuales resultan necesarias para que el proceso resulte efectivo.

Por otro lado, la orientación negativa al problema radica en un sistema de creencias negativo que caracteriza a los problemas como sucesos amenazantes para su bienestar a nivel social, de salud y de funcionabilidad individual. Una persona situada en este tipo de orientación tiende a dudar de su habilidad para hallar soluciones exitosas, cree que los problemas son irremediables y sobre-reacciona emocionalmente ante ellos, lo cual indica una baja tolerancia a la frustración (D’Zurilla & Nezu, 2010). Además, se caracteriza por una toma de decisiones impulsiva y apresurada. Por otra parte, el estilo evitativo es caracterizado por el aplazamiento de la toma de decisiones o por la dependencia de otras personas a la hora de la solución. Dicho estilo lleva al incrementar el número de problemas a resolver, así como su complejidad y dificultad de solución.

Como ya se mencionó, la función motivacional de la orientación positiva ayuda a incrementar los esfuerzos de abordaje sucesivos, mientras que la negativa funciona inhibiendo los intentos adaptativos de afrontamiento.

La terapia en solución de problemas, al dirigir los recursos hacia el análisis y la confrontación del problema ayuda a cambiar la orientación negativa hacia la positiva, en lugar de fomentar la evitación.

Asimismo, la orientación negativa está asociada a experimentar pesimismo, emociones negativas y depresión clínica, además las personas tienden a preocuparse más y a expresar más quejas sobre su salud.

Existen diferencias entre las personas eficaces y las ineficaces al momento de afrontar los problemas. Las personas con menor habilidad reportan un mayor número de problemas, más problemas de salud y síntomas físicos, ansiedad, mayores síntomas depresivos, así como un menor funcionamiento psicológico.

Por otro lado, la solución de problemas involucra la aplicación de cuatro habilidades diseñadas para hallar la solución más efectiva: 1) definición y formulación del problema, 2) generar alternativas de solución, 3) toma de decisiones, y 4) ejecución y verificación; estas cuatro habilidades crean un conjunto de acciones tanto cognitivas como conductuales que capacitan a la persona para resolver un problema en específico (Bravo & Valadez, 2013).

Fases de la técnica de solución de problemas:

1. Orientación al problema

Esta fase es importante puesto que se pretende que la persona desarrolle una actitud positiva hacia la situación-problema y su capacidad para afrontarlo y resolverlo. El desarrollo de una actitud positiva se refiere a fomentar las creencias de auto-eficacia, la habilidad en el reconocimiento de los problemas, la concepción de la vida como un proceso de aprendizaje y ver los problemas como una oportunidad de aprender, es decir, aceptar el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible enfrentarlas de una manera eficaz. Además, la capacidad de pensar antes de actuar, de inhibir la tendencia a responder de manera impulsiva o de no hacer nada; se incluyen como habilidades necesarias para una óptima orientación hacia los problemas. En la Tabla 2.1 se muestran las fases y objetivos de la Técnica de solución de problemas de D’Zurilla y Goldfried (1971).

Tabla 2.1. Fases, objetivos y ejemplos de la Técnica de Solución de Problemas.

| Fases | Objetivos | Ejemplos |
|--|--|--|
| 1. Orientación del problema. | Desarrollar una actitud facilitadora en la persona a la hora de enfrentarse con el problema. | <p>¿Qué actitud he de tener ante los problemas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Soy capaz de resolverlos eficazmente.</i> - <i>Tengo que reconocerlos y no evitarlos.</i> - <i>No me voy a precipitar al dar una respuesta.</i> |
| 2. Formulación y definición del problema. | Definir el problema operativamente y plantear metas realistas. | <p>¿Cuál es el problema?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Discuto mucho con mi pareja.</i> - <i>Quisiera pasarlo bien con ella y disfrutar conjuntamente de tiempo libre.</i> |
| 3. Generación de alternativas. | Proponer una amplia variedad de soluciones para aumentar la probabilidad de solucionar el problema. | <p>¿Qué puede hacer para solucionarlo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pasar más tiempo juntos.</i> - <i>No alzar la voz.</i> - <i>Planear salidas de fin de semana.</i> |
| 4. Toma de decisiones. | Valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar la (s) que pueden resolver mejor la situación. | <p>¿Qué consecuencias negativas y positivas me puede traer cada alternativa? ¿Cuáles voy a elegir?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pasar más tiempo juntos.</i> - <i>No gritar.</i> - <i>Planear actividades de ocio.</i> |
| 5. Ejecución y verificación de resultados. | Poner en práctica las decisiones tomadas y comprobar los resultados. | Llevo a cabo estas alternativas y observo si solucionamos realmente el problema, sino, revisaré el proceso. |

2. Formulación y definición del problema

Esta fase es básica en el proceso de SP, pues una buena definición del problema facilita la generación de posibles soluciones. La persona debe tener clara la información relevante del problema, no siempre toda la información está accesible a la conciencia de la persona, puesto que muchas veces los datos son obviados. El esclarecimiento de la naturaleza del problema es uno de los objetivos en esta fase, se trata de identificar y corregir cualquier distorsión sobre la situación problema que pueda interferir con la definición del problema.

En muchas ocasiones lo que sucede es que la persona se ancla en lo que la situación debería ser y no en lo que es en realidad. Sólo cuando la persona acepta la realidad de la situación y es capaz de definirla es posible avanzar hacia etapas posteriores. Una vez definido el problema se deben establecer metas, lo cual se basa en aceptar que en ocasiones el problema no puede ser resuelto y sólo puede abordarse la respuesta personal (cognitiva, emocional o conductual); otras veces la solución es parcial, y en otras, las soluciones conllevan tiempo y requieren tolerancia (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).

Para facilitar un poco la tarea, resulta útil responder a las siguientes preguntas: ¿Quién está implicado? ¿Qué sucede? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Por qué sucede? ¿Cómo me siento? Y ¿Qué quiero? Éstas ayudan a formular el problema de una manera más precisa. Es importante que la definición no parta de una percepción errónea del problema, puesto que si esto sucede, las soluciones también serán equivocadas (Méndez, Olivares & Abásolo, 2012).

En esta fase también es importante distinguir un problema episódico (discutir un día con un amigo) de los problemas centrales para la persona. También se debe reconocer la organización de los problemas, es decir, la persona ha identificado un problema, el cual es causado por otro problema más general. En un caso similar, hay que distinguir entre problema y subproblemas. En la Tabla 2.2 se muestran ejemplos de problemas bien definidos (Labrador, Cruzado & Muñoz, 2008).

Tabla 2.2. Ejemplos de problemas bien definidos o que permiten fácilmente su delimitación.

- Tengo problemas de relación con mi marido desde hace tres meses, que se ven reflejados en salir menos los fines de semana e incidir en nuestra vida conyugal.
- Deseo dejar de fumar por los problemas de salud que me acarrea en los últimos meses. Tengo dolores de cabeza diariamente tres o cuatro veces, me encuentre donde me encuentre.
- Tengo una mala comunicación con mis padres, que se ha agravado desde que he cambiado de trabajo en contra de su opinión.

3. Generación de alternativas

En esta fase se deben emplear estrategias para generar el mayor número de posibles soluciones. Al llegar a este punto es útil emplear algunos principios básicos:

- *Principio de cantidad:* Mientras se tengan más soluciones, aumenta la probabilidad de encontrar una apropiada.
- *Principio de variedad:* mayor potencial de adaptación a los factores implicados en la situación. Evitar centrarse en pocas ideas y proponer soluciones diferentes.
- *Principio de aplazamiento de juicio:* Mientras se están generando las alternativas de solución no es el momento de valorar su viabilidad, pues hacer críticas hacia las alternativas podría reducir la creatividad y la posibilidad de generar más opciones que podrían proporcionar elementos útiles (Ver Tabla 2.3).

Una Técnica que ayuda a conseguir los objetivos de esta fase es la lluvia de ideas o *brainstorming* propuesta por Osborn (1963) la cual se basa en:

- Excluir la crítica: se proponen soluciones originales, todo puede ser válido.
- Lo mejor es la cantidad: la cantidad de ideas genera calidad.

- Combinar y mejorar las ideas ya propuestas: se revisa la lista de alternativas para ver si se pueden combinar elementos de diferentes situaciones para encontrar la que resulte óptima.

De tal forma que al finalizar el ejercicio, la lista de alternativas puede aumentar por las combinaciones y modificaciones de las alternativas generadas anteriormente.

Tabla 2.3. Principios básicos para la generación de alternativas

| Principios | Reglas |
|--|--|
| <i>Principio de cantidad</i> | La cantidad genera calidad |
| <i>Principio de aplazamiento de juicio</i> | Excluir la crítica |
| <i>Principio de variedad</i> | Hay que proponer soluciones diferentes y hacer combinaciones entre ellas |

4. Toma de decisiones

Para que la persona elija la opción que le parezca más apropiada debe de:

- Hacer un análisis de ventajas y desventajas a corto, mediano y largo plazo.
- Estimar la probabilidad de ocurrencia de las consecuencias para cada alternativa.
- Comparar los posibles resultados de cada alternativa.

Resulta útil realizar un análisis de ventajas y desventajas, primero descartando aquellas que no son realistas, que no son viables por falta de recursos o que a simple vista podrían generar un mayor número de consecuencias negativas. Con las demás alternativas, la persona valora las ventajas y desventajas de cada una. Los criterios que se deben tomar en cuenta al momento de elegir son (D’Zurilla, 1993, en Méndez, Olivares & Abásolo, 2012):

- *Resolución del conflicto*: estimar en qué grado esa alternativa puede solucionar el problema.
- *Bienestar emocional*: con esa elección, cuánto va a padecer o a disfrutar la persona.

- *Relación tiempo/esfuerzo*: valorar qué alternativa requiere menor tiempo y esfuerzo, pues éstas tienden a ser mejores a que aquellas que requieren más tiempo.
- *Bienestar general personal y social*: se considera un equilibrio entre los beneficios y los costos generales totales a corto, mediano y largo plazo.

Con base en los criterios anteriores, las soluciones no son unánimes y la que resulta más conveniente para una persona no lo es para otra. La elección debe realizarse tomando en cuenta todos estos aspectos, además la persona debe preguntarse cómo se sentirá tras haber realizado su elección.

También, la persona debe estar consciente de que existen problemas muy complejos, para los cuales es necesario elegir más de un curso de acción, pues existe la posibilidad de que cualquier alternativa por separado no resuelva el problema exitosamente (Méndez Olivares & Abásolo, 2010).

Una vez realizado lo anterior, se procede a tomar la decisión, para ello existen muchas estrategias, una de ellas es elegir la alternativa que resulte realista y que tenga un mayor número de ventajas que de desventajas; sin embargo, hay otros factores subjetivos que se pueden tomar en cuenta para la elección final, pueden ser perceptivos, actitudinales, religiosos, etcétera (Ruiz, Díaz & Villalobos 2012).

5. Ejecución y verificación de resultados

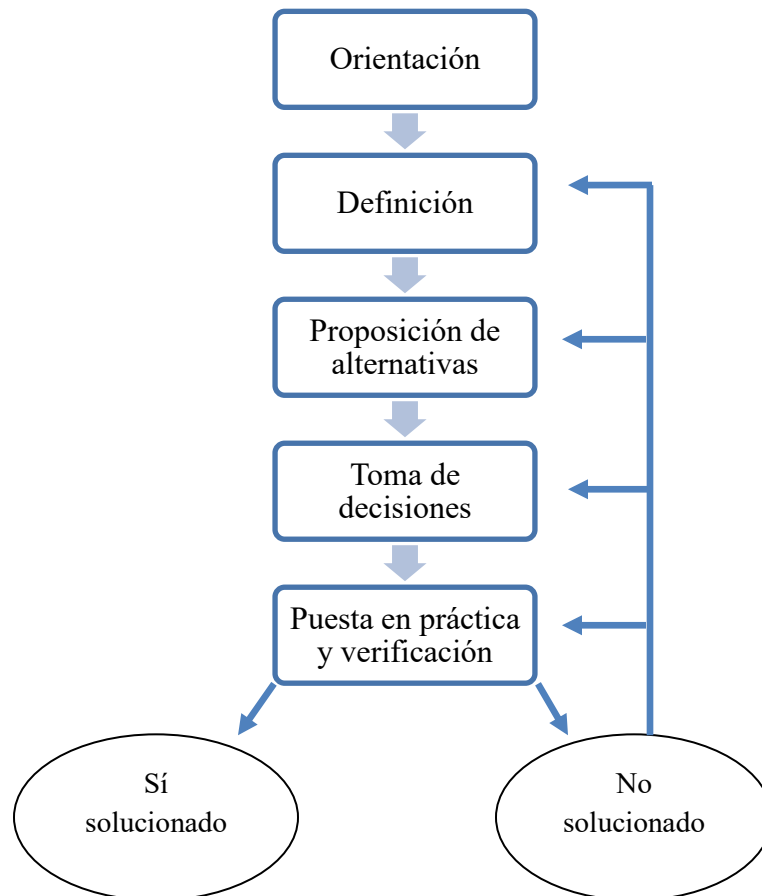
En esta fase se hace una planificación para llevar a cabo la solución, estableciendo los pasos y los recursos que se requieren para ello. Una vez diseñado el plan, se realizarán cada uno de los pasos y se valorarán los resultados que se van obteniendo (en la Tabla 2.4 se puede observar un resumen del proceso de solución de problemas). En esta fase el marco conceptual utilizado es el de control y la concepción cognitivo-conductual del auto-control que incluye cuatro componentes fundamentales (D’Zurilla, 1986, en Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012): a) ejecución, b) auto-observación, c) auto-evaluación y d) auto-reforzamiento.

Tabla 2.4. Cuadro de las fases y contenidos del proceso de solución de problemas propuestos por D'Zurilla y Goldfried

| Componentes del proceso de solución de problemas |
|--|
| <p>1. Orientación hacia el problema</p> <ul style="list-style-type: none">• Percepción del problema.• Valoración de las causas y de la importancia del mismo.• Saber de cuánto tiempo y esfuerzo dispone el sujeto. |
| <p>2. Definición y formulación del problema</p> <ul style="list-style-type: none">• Recolección de la información relevante sobre el problema basado en hechos.• Comprensión del conflicto.• Establecer una meta realista de solución del problema.• Revalorar el problema para el bienestar personal y social después de realizar los pasos anteriores. |
| <p>3. Generación de soluciones alternativas</p> <ul style="list-style-type: none">• Principio de cantidad: cuantas más mejor.• Principio de aplazamiento del juicio: no valorar las consecuencias, en principio, todas las alternativas pueden ser válidas.• Principio de variedad. |
| <p>4. Toma de decisiones</p> <ul style="list-style-type: none">• Anticipar las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa.• Comparar unas alternativas con otras según las consecuencias.• Preparar un plan de acción para la solución. |
| <p>5. Ejecución y verificación de la solución</p> <ul style="list-style-type: none">• Puesta en práctica del plan.• Autoobservación de la conducta y/o del resultado.• Autoobservación, comparando el resultado actual con el resultado esperado.• Autorrefuerzo si los resultados son satisfactorios o nuevo análisis del proceso o de su puesta en práctica si son insatisfactorios. |

- *Ejecución.* Se refiere a la práctica de la solución. La persona debe darse cuenta si puede ejecutar la alternativa que seleccionó, si dispone del tiempo, medios, o habilidades; de lo contrario, deberá elegir otra alternativa antes de continuar.
- *Auto-observación.* La persona hace una observación de la conducta propia durante la ejecución y los resultados de sus acciones.
- *Auto-evaluación.* La persona compara los resultados obtenidos con los esperados, si es el esperado la persona valora su esfuerzo, de lo contrario deberá analizar dónde ocurrió la falla volviendo a fases anteriores del proceso. En la Figura 2 se muestra el proceso en el entrenamiento.
- *Auto-reforzamiento.* Si los resultados obtenidos se adecuan a los anticipados y el problema se ha solucionado, la persona debe reforzarse a sí misma, mediante verbalizaciones, con un descanso físico o intelectual, realizando actividades que disfrute o adquiriendo algún objeto deseado. Sin embargo, uno de los más importantes es la misma solución del problema.

Figura 2. Proceso a seguir en el entrenamiento en solución de problemas.



III.II Aplicaciones

La Terapia en SP desde sus inicios, ha mostrado resultados favorables para un gran número de poblaciones ya sea para problemas a nivel psicológico o clínico.

Labrador, Cruzado y Muñoz (2008) señalan que la mayor parte de las investigaciones se han centrado en la relación entre la habilidad para resolver los problemas y el grado de bienestar, ajuste o adaptación de una persona. Dichos estudios se han realizado con muestras clínicas y no clínicas, con una amplia variedad de edades, nacionalidades, razas y sintomatología severa. En todos ellos se ha identificado una relación entre el nivel de habilidad de solución de problemas y el grado de ajuste positivo o negativo de los individuos.

Son pocos los estudios que han examinado la relación entre las mejoras después de la terapia de solución de problemas y el incremento de la habilidad, basándose en la hipótesis de que la TSP reduce la sintomatología y el desajuste a través de un aumento en la habilidad de solución de problemas. Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) mencionan que existe una relación importante entre el aumento en la habilidad de solución de problemas después de la terapia y un decremento en el desajuste psicológico, estrés, depresión y ansiedad relacionada con cáncer. Lo que sugiere que la TSP resulta ser eficaz y flexible para intervenir en una gran variedad de padecimientos y de personas.

Las investigaciones en el ámbito de la salud reportan que el afrontamiento activo puede hacer una diferencia significativa cuando se habla de problemas médicos a nivel crónico, incluyendo las complicaciones. Asimismo, es un medio eficaz para ayudar a las personas a tener una mejor adherencia a los tratamientos psicológicos o médicos tales como: adherencia a la dieta, control de diabetes, control de medicación y adherencia al tratamiento psicológico para el trastorno bipolar (Labrador, Cruzado & Muñoz, 2008).

Un ejemplo de ello es un estudio realizado por Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona en 1994 en el que aplican un programa cognitivo-conductual a pacientes hipertensos combinando diferentes técnicas terapéuticas: información, entrenamiento en relajación, solución de problemas y técnicas de autocontrol para cambios en los hábitos de vida. Los resultados mostraron cambios favorables en la mayoría de las variables evaluadas. En relación con la aplicación del entrenamiento en solución de problemas, se

siguieron los pasos propuestos por D’Zurilla y Goldfried. Las tres sesiones destinadas al entrenamiento se estructuraron de la siguiente manera:

- En la primera, se explica de manera sencilla las cinco fases que conforman la técnica, para ello se emplearon ejemplos de la vida cotidiana.
- En la segunda, los participantes hacen una lista de los problemas cotidianos a los que se han enfrentado en esa semana y se trabajan en grupo.
- En la tercera, se continúa trabajando con los problemas de los participantes y se expone cómo es que los han afrontado. (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado & Escalona, 1994).

En el entrenamiento en Solución de Problemas resulta eficaz la terapia grupal puesto que la interacción con el grupo ayuda a generar una mayor cantidad de posibles soluciones ante una situación problemática. Algunas personas sirven como modelos para otros en cuanto a la forma de generar soluciones y las habilidades necesarias para ejecutarlas (White, 2005).

Por lo antes mencionado, el entrenamiento en solución de problemas en personas con diabetes resulta elemental en el sentido de lograr óptimos resultados en el manejo de la técnica, viéndose reflejados en mejorar la adherencia terapéutica o por lo menos en lograr una mejor calidad de vida. Por lo cual, el propósito del presente trabajo es proponer un programa didáctico que incluye los objetivos, la descripción a detalle de las actividades y materiales a emplear para el entrenamiento de la técnica con este tipo de pacientes.

PROPUESTA DE UNA ESTRATEGIA DIDÁCTICA PARA LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA EN PERSONAS CON DIABETES

Objetivo General: Los participantes lograrán resolver situaciones problemáticas mediante la técnica de solución de problemas.

✓ **Objetivos Específicos**

1. Los participantes adquirirán información sobre los estilos de afrontamiento e identificarán cuál es el que ellos emplean.
2. Los participantes adquirirán información básica sobre los principios de la técnica de solución de problemas y las ventajas de aplicarla.
3. Los participantes identificarán situaciones problema en su vida cotidiana.
4. Los participantes generarán alternativas de solución para resolver problemas.
5. Los participantes analizarán las ventajas y las desventajas de cada una de las alternativas de solución.
6. Los participantes elegirán la(s) alternativa(s) más efectiva(s) para la situación problema, tomando en cuenta los efectos, costos, beneficios y los recursos disponibles.
7. Los participantes aplicarán los pasos de la técnica de manera individual.

✓ **Participantes:** Las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 son candidatas para participar. Se recomienda que los grupos no sean mayores a 20 personas.

✓ **Terapeutas:** Para llevar a cabo el taller son necesarios 2 psicólogos (ya sea hombre o mujer) que dominen la técnica de solución de problemas, además es necesario que cuenten con habilidades para el manejo de grupo, que sean habilidosos socialmente y que muestren empatía con los participantes.

✓ **Duración:** El taller consta de tres sesiones de aproximadamente dos horas cada una. Se recomienda que las sesiones se apliquen semanalmente.

✓ **Materiales:** Para el entrenamiento es necesario explicar la funcionalidad de la técnica con materiales de apoyo como: dibujos, pizarrón, rotafolios (en caso de

- ✓ no contar con pizarrón), plumones, inventarios para evaluar la técnica, hojas blancas y plumas para que los participantes practiquen.
- ✓ **Escenario:** Es necesario contar con un aula equipada con sillas y mesas para lograr mayor comodidad para los participantes.
- ✓ **Actividades por sesión**

PRIMERA SESIÓN

Materiales: Se aplicará “El inventario de solución de problemas” I.S.P. de Heppner y Petersen (1982), adaptado por Barrera (1996) para una población de universitarios de la ciudad de México. El inventario consta de 31 ítems, con una escala tipo Likert de 5 puntos (1 equivale a totalmente de acuerdo hasta 5 equivalente a totalmente en desacuerdo), de acuerdo a ello los puntajes altos indican conductas y habilidades exitosas para solucionar problemas (el mayor puntaje es de 124); un pizarrón, marcadores para pizarrón, cuadernos, bolígrafos, lápices, rotafolios (en caso de carecer del pizarrón), anexos 1 y 2 , palillos, frijoles, una botella de plástico y anexos 3 y 4 (vestido y zapatos).

Actividad 1. Presentación del taller

Duración: 5 minutos

Se dará la bienvenida a los participantes y se les informará acerca de lo que se llevará a cabo durante el taller con mayor detalle. Como se muestra a continuación:

Terapeuta 1: *Buenos días a todos, bienvenidos al taller de solución de problemas. Nosotros somos (se mencionan los nombres de los terapeutas) y seremos los encargados de impartir el taller de solución de problemas. En el taller aprenderemos a entender los problemas como parte de nuestra vida diaria y verlos como algo que tiene solución. Sabemos que en ocasiones, cuando se nos presenta un inconveniente nos angustiamos porque no sabemos qué decisión tomar. Hago énfasis en este punto porque el estrés y la angustia hacen que tomemos malas decisiones o que no analicemos a detalle ni pensamos en sus consecuencias. Entonces, es importante que en este taller tengamos la confianza para hablar de los problemas que nos han ocurrido o que nos ocurren actualmente para que juntos aprendamos a analizarlos y elegir la mejor solución.*

Terapeuta 2: *Como dice mi compañera, les pedimos que vean en este lugar un entorno de confianza y de compañerismo, siéntanse cómodos para expresar alguna*

situación que tengan en casa, trabajo y sobre todo los relacionados con sus problemas de salud. Estoy segura de que todos hemos estado en situaciones parecidas, por ejemplo: quizá a veces no sabemos qué elección tomar cuando debemos elegir la comida que nos recomendó el doctor y al mismo tiempo tenemos que destinar el dinero para los demás gastos de nuestra familia. De esta manera podremos compartir experiencias respecto de lo que solemos hacer ante nuestros problemas y, cuando hayamos aprendido la técnica que les enseñaremos aquí, nos haremos expertos en llevar a cabo un plan de acción que nos oriente a decidir lo que más nos convenga para cada situación conflictiva que se nos presente y requiera que tomemos decisiones.

Actividad 2. Presentación de los participantes

Duración: 10 minutos

Posteriormente, los terapeutas llevarán a cabo una dinámica de presentación entre pacientes. Para eso, darán la siguiente indicación:

Terapeuta 1: Bueno, lo primero que vamos a hacer es presentarnos todos, lo haremos de una manera diferente. Yo voy a decir mi nombre, mi edad, cuántos años llevo viviendo con diabetes y lo que más me gusta hacer, cuando termine, le daré esta pelotita a la persona que se presentará posteriormente. Iniciemos.

Terapeuta 1: Yo soy Sarahí, tengo 23 años, no vivo con diabetes y lo que más me gusta hacer es ver películas, leer, salir a pasear y peinar. (Se dirige a una persona, le entrega la pelota y regresará a su lugar, indicando que es el momento de que esa persona se presente).

Una vez que se hayan presentado, se les hará la invitación para que repitan los nombres de todos sus compañeros, si alguna persona desea intentarlo, tendrá la oportunidad de hacerlo, de lo contrario, se continuará con las actividades correspondientes.

Actividad 3. Aplicación de pre-test

Duración: 15 minutos

En este momento se aplicará el inventario de solución de problemas de la siguiente manera:

El terapeuta 1 le entregará a cada participante un inventario y un lápiz, mientras el terapeuta 2 esperará y dará las siguientes instrucciones.

Terapeuta 2: Ahora mi compañero les está entregando un inventario y un lápiz. Les pedimos que marquen con una X el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a cada

oración, contesten de la manera más honesta posible de acuerdo a la siguiente escala: el 1= totalmente de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= indeciso, 4= desacuerdo y 5= totalmente en desacuerdo.

Lean con cuidado y con calma, si tienen alguna duda o terminaron de responder sólo levanten la mano y nos acercaremos. Esto es muy importante para nosotros porque al final del taller refleja resultados y éstos nos ayudan a mejorarlo, gracias.

Cuando todos hayan contestado, se iniciará con la primera actividad del taller.

Actividad 4. Identificación de estilos de afrontamiento

Duración: 20 minutos

Para cumplir con el objetivo 1, el terapeuta 1 apoyará pegando al frente el anexo 1 (ver anexo 1) para explicar qué es el afrontamiento y los tipos.

Terapeuta 2: *Primero vamos a ver qué es el afrontamiento, alguien quisiera decir ¿qué entiende por afrontamiento?*

Participantes:

- *Hacer algo para resolver una situación.*
- *Sí, saber qué hacer.*

Terapeuta 2: *Muchas gracias. Así es, afrontamiento se refiere a un conjunto de respuestas, como lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos para solucionar una situación problemática y reducir la preocupación que genera. Se dice que cuando nos enfrentamos a un problema tenemos dos tipos de afrontamiento: activo y pasivo o también son llamados: efectivo y no efectivo, cada uno comprende varias estrategias que en un momento vamos a conocer.*

Les vamos a repartir una ficha a cada quien con una estrategia de afrontamiento y cuando sea su turno, la leerán en voz alta, nos dirán a cuál tipo creen que corresponde y posteriormente pasarán a pegarla al pizarrón por favor. Si alguien tiene alguna duda o necesita ayuda, sólo alce la mano y con gusto nos acercaremos a ayudar (ambos terapeutas le entregarán a cada participante una ficha con una estrategia de afrontamiento (ver anexo 2), en caso de que sobren fichas, los terapeutas pondrán un ejemplo sobre cómo se llevará a cabo la dinámica intercalando los turnos: terapeuta, participante. En caso de que las fichas queden exactas, se partirá de lleno con los participantes).

Terapeuta 2: *Muy bien, sobraron algunas fichas así que comenzaremos nosotros. Esta ficha dice así: reducción de la tensión: el uso de alcohol, cigarro o drogas para reducir la preocupación o angustia. Esta estrategia a ¿qué tipo de afrontamiento pertenece?, ¿al efectivo o al no efectivo?*

Participantes: *Yo digo que al no efectivo.*

Terapeuta 2: *¿Por qué?*

Participantes: *Porque hacer eso no ayuda a resolver nada.*

Terapeuta 2: *¿Alguien tiene una opinión diferente?*

Participantes: *No.*

Terapeuta 1: *Muy bien, por favor pase a pegar la estrategia abajo del afrontamiento no efectivo (En caso de que el participante tenga dificultades para caminar, un terapeuta lo auxiliará pegando la estrategia).*

Terapeuta 1: *Señora (menciona su nombre) podría leer en voz alta la estrategia que le tocó, por favor.*

Participante: *Dice: Buscar diversiones relajantes: Hacer practicar algún deporte, bailar, jugar cartas, ajedrez, caminar, entre otras.*

Terapeuta 1: *Muy bien, a ¿cuál tipo de afrontamiento cree que pertenezca?*

Participante: *Yo creo que al no efectivo.*

Terapeuta 1: *¿Por qué cree eso?*

Participante: *Porque tampoco estás haciendo algo que resuelva el problema.*

Terapeuta 1: *¿Alguien tiene una opinión diferente?*

Participante: *Sí, yo creo que si ayuda porque se te olvida la preocupación un poco y puedes pensar.*

Terapeuta 1: *Exacto, el señor (menciona su nombre) tiene razón, hacer algo que disfrutemos y nos relaje ayuda a que despejemos un poco la mente de las preocupaciones y pensemos en mejores soluciones. Además a nadie le cae mal un poco de tranquilidad y diversión. ¿No creen?*

Terapeuta 1: *Señora, con lo que acabamos de mencionar ¿a qué tipo de afrontamiento corresponde buscar diversiones relajantes?*

Participante: *Sí, ya me quedó claro y yo creo que sí es cierto. Es el afrontamiento efectivo. (Se levanta a pegarlo).*

Se continuará con esta dinámica con cada una de las estrategias. El terapeuta 2 cerrará la dinámica de la siguiente manera.

Terapeuta 2: *Muy bien, quisimos hacer esta dinámica antes de mostrarles la técnica porque es importante reconocer lo que hace cada uno de nosotros ante un problema. Nosotros durante el taller pretendemos enseñarles una manera de resolver problemas (caería dentro del tipo positivo) pero nos gustaría saber un poco acerca de qué es lo que hacen ustedes actualmente, miren las estrategias de cada tipo de afrontamiento y traten de identificarse con uno, ¿alguien ya lo hizo?*

Si alguna persona desea comentar algo, se le dará el espacio y si nadie desea hacerlo se pasará a la siguiente dinámica.

Terapeuta 2: *Muchas gracias por participar. Es muy importante saber qué es lo que hacemos ante conflictos, si en verdad las acciones que realizamos nos ayudan y a dónde quisiéramos llegar. Los problemas hay que verlos como una situación que tiene solución, y no hay que verlos como algo que así se quedará porque sólo nos mantendremos preocupados, angustiados y seguiremos dejando para después la solución. Lo que pretendemos con este taller es darles herramientas para ponerle fin a esas preocupaciones y ocuparnos en lo que podemos hacer, dirigir esfuerzos hacia soluciones, porque vivir tranquilos siempre será la mejor opción.*

¿Ustedes qué opinan sobre esto?

Una vez que los participantes hayan opinado se dará pie a las siguientes actividades.

Actividad 5. El corte de un pastel

Duración: 10 minutos

Terapeuta 1: *Muy bien, ahora pasaremos a hacer unos ejercicios que nos ayudarán a despejarnos.*

Mientras el terapeuta 1 está hablando, el terapeuta 2 le dará a cada participante una hoja (ver anexo 3) para realizar el juego “El corte de un pastel” que deberán resolver en 5 minutos.

Terapeuta 2: *El objetivo del ejercicio que viene en la hoja que les acabamos de dar, es dividir el pastel de la figura en 8 trozos iguales, pero sólo están permitidos tres cortes. ¿Cómo serían esos cortes? Usen el lápiz de ser necesario para realizar cuantos ensayos*

deseen y puedan borrarlos si lo requieren. Les daremos cinco minutos para que encuentren la solución. Cuando hayan terminado, por favor levanten la mano.

Una vez transcurridos los cinco minutos, los terapeutas pedirán a un voluntario que pase el pizarrón a dibujar la solución del ejercicio para que todos puedan visualizarla y también le pedirán que comparta con todos el procedimiento que utilizó. Los terapeutas darán retroalimentación al voluntario y lo felicitarán por haber completado el ejercicio exitosamente. Además, le agradecerán amablemente por querer participar.

Terapeuta 1: ¡Eso es! La solución que usted encontró es correcta. ¡Lo hizo muy bien! Además, es usted muy amable por ofrecerse como voluntario para compartir con todos nosotros el proceso que siguió hasta conseguir el objetivo.

Terapeuta 2: Como verán, en este juego tuvieron que solucionar el problema para cortar el pastel. Algunos lograron resolver el juego a tiempo, algunos no, algunos encontraron la solución más rápidamente, otros se tardaron más; sin embargo, todos lo intentaron y buscaron alternativas para lograrlo. De forma muy similar, en este taller les enseñaremos algunos pasos para que todos logren resolver los problemas que se les presenten.

Actividad 6. Pala de palillos

Duración: 10 minutos

Con relación al objetivo 2, los participantes adquirirán información básica sobre los principios de la técnica y sus ventajas. Se iniciará con una pequeña actividad en la que el terapeuta 1 dibujará en el pizarrón una pala con un punto dentro y mientras les dice la siguiente indicación:

Terapeuta 1: Ahora, les pido que cuando yo cuente tres, se levanten y tomen rápidamente el lugar de otro de su compañeros. Nadie puede quedarse en el mismo lugar, todos tienen que ocupar un lugar distinto. ¿Listos? 1... 2... 3.

*En caso de que haya participantes en el taller con dificultad para moverse o caminar, se omitirá ésta y las siguientes dinámicas que exigen que los participantes se cambien de lugares, que pasen al pizarrón o que se pongan de pie y se proseguirá con la siguiente actividad planeada.

Mientras tanto, el terapeuta 2 le proporcionará a cada participante cuatro palillos y un frijolito. Al terminar de repartir, y una vez que todos cambiaron de lugar, el terapeuta 1 dará la siguiente instrucción:

Terapeuta 1: *Muy bien. A continuación realizaremos un ejercicio muy entretenido, pero para eso primero tenemos que acomodar los palillos para que quede una figura como la que está aquí en el pizarrón (ver anexo 4). Una vez que la tengan lista, deberán cambiar la posición de sólo dos palillos para dejar el frijolito fuera de la palita. Pueden hacer todos los intentos que quieran para encontrar la solución. Cuando hayan terminado, por favor levanten la mano. ¿Tienen alguna duda?*

Si alguna persona tiene dudas acerca de cómo realizar el ejercicio, los terapeutas las resolverán de la forma más clara posible y una vez que todas las dudas hayan sido resueltas, los terapeutas comenzarán a contar el tiempo dedicado a la actividad.

Si alguno de los participantes no terminó el ejercicio una vez transcurridos los cinco minutos, los terapeutas continuarán de la siguiente forma:

Terapeuta 2: *El tiempo se ha terminado. ¿Alguien quisiera compartirnos la solución del ejercicio y cómo llegó hasta ella?*

Los terapeutas escucharán atentamente el procedimiento que siguió el participante voluntario, retroalimentará al mismo agradeciéndole su participación y felicitándolo por haber encontrado la solución al ejercicio, y posteriormente preguntarán lo siguiente:

Terapeuta 2: *Ahora... ¿alguien quisiera comentarnos cómo se sintió al realizar este ejercicio?*

Participantes:

- *Yo me sentí muy emocionada porque me gustan este tipo de juegos.*
- *Yo me sentí muy nervioso porque no sabía la solución y no lo lograba después de varios intentos.*

Terapeuta 1: *Así es, esto nos pasa porque nos enfrentamos a un problema. Se puede decir que tenemos un problema cuando existe una diferencia entre lo que tenemos y lo que queremos. En este caso queríamos resolver el ejercicio, pero no teníamos una solución, entonces había un problema, ¿están de acuerdo? Y esto lo podemos llevar a múltiples aspectos de nuestra vida, cuando queremos unos zapatos nuevos pero acabamos de pagar*

la renta y nos quedamos sin dinero, cuando queremos llegar temprano al trabajo pero no pasa a tiempo el camión, en fin, existe una lista enorme de situaciones.

Terapeuta 2: La técnica que aquí les compartiremos será muy útil para tomar decisiones más adecuadas. Porque piensen en cuántas veces hemos tomamos decisiones influenciados por el estado emocional (como cuando nos enojamos con los hijos o con el marido); por nuestro estado físico (como cuando nos duele la cabeza o cualquier parte del cuerpo, estamos acalorados o tenemos mucho frío y contestamos de una forma grosera); o también las decisiones pueden depender de las circunstancias en las que estamos (por ejemplo: tenemos prisa, se nos hizo tarde o hay tráfico). Lo cual nos puede llevar a no resolver el problema, tomar una decisión acelerada (que no necesariamente es la más conveniente) o generar una nueva situación problemática.

Una vez que aprendamos los pasos de la técnica y los apliquemos, éstos nos ayudarán a pensar, analizar y reflexionar con el objetivo de tomar la decisión más adecuada y así solucionar el problema, pues si no lo hacemos de esta manera es probable que no resolvamos el problema o lo empeoremos.

Actividad 7. Quiero escribir

Duración: 5 minutos

Con el fin de continuar trabajando con el objetivo número 2, los terapeutas realizarán una dinámica mediante la actuación y representación de una situación problema como ejemplo.

Terapeuta 1: ¿Qué opinan sobre lo que mi compañera les acaba de comentar? ¿Les ha pasado una situación parecida? ¿Alguna vez el estado emocional o físico les ha hecho tomar alguna mala decisión?

Los terapeutas incitarán a los participantes a hablar sobre sus experiencias y sobre las consecuencias que han tenido sus decisiones. Mientras esto sucede, el terapeuta 2 se apartará del grupo y, actuando, buscará algo en su mochila, luego en la mesa, en todos lados, con el fin de que los participantes se den cuenta de ello y el terapeuta 1 preguntará:

Terapeuta 1: ¿Qué pasa?

Terapeuta 2: Es que estoy buscando un plumón para escribir en el pizarrón la definición de problema para que todos la puedan ver. Pero no lo encuentro, no sé dónde lo dejé.

Terapeuta 1: *Yo no he visto ningún plumón, ¿alguien de ustedes sí?, ¿Ya viste bien en tu mochila?*

Terapeuta 2: *Sí, mira. (Vacía su mochila).*

Terapeuta 1: *Si recuerdan lo que les dije sobre los problemas, ¿creen que mi compañero tiene un problema?, ¿Sí?, ¿Cuál?*

Participantes: *Quiere escribir y no tiene plumón.*

Terapeuta 1: *Así es. Veamos... No traes el plumón pero puedes hacer otra cosa. Puedes escribir en una hoja, por ejemplo, así puedes usar una pluma; o también puede ser un lápiz, si tampoco tienes, puedes pedir uno prestado.*

Terapeuta 2: *Quiero que todos lo puedan ver para que recuerden lo que es un problema. Entonces, como no traigo lápiz, lo más conveniente es que use una de mis plumas para escribirlo en varias hojas de mi cuaderno, luego las pego y así todos pueden ver la definición.*

Terapeuta 1: *Muy buena elección. ¿Alguien puede decirme lo que hicimos ante este problema?*

Participantes:

-Ustedes le dijeron qué hacer.

-Le ayudaron a resolver su problema.

Terapeuta 2: *Sí, ellos me dieron alternativas para resolverlo. Nosotros podemos hacerlo todo el tiempo ante todas las situaciones que se nos presentan, sólo que a veces nos complicamos o pensamos que no tenemos ideas.*

Actividad 8. Usos de la botella de agua

Duración: 5 minutos

Para la siguiente actividad, y de manera simultánea al discurso de los terapeutas, el terapeuta 2 tomará la botella de agua y continuará:

Terapeuta 2: *Por ejemplo, yo tengo aquí una botella de plástico. ¿Para qué sirve una botella de plástico? Normalmente lo primero que pensamos es que sirve para guardar agua y beberla, pero... hay muchos usos que podemos darle. ¿A quién se le ocurre otro posible uso?*

Participantes:

- Para guardar líquidos.*
- Para golpear a alguien.*

- *Para reciclar.*
- *Para hacer sonidos.*
- *Para pisar papeles y que no se vuelen.*
- *Haciéndole hoyos sirve como regadera.*
- *Llenándola de tierra se puede hacer una maseta.*

Terapeuta 2: *Muy bien. A esto que acabamos de hacer podemos llamarle “lluvia de ideas”. Como ustedes vieron, no hicimos otra cosa que decir todo lo que nos viniera a la mente sobre los usos que pueda tener un objeto, en este caso, la botella de agua. Como notaron, no nos preocupamos por qué tan correcta o funcional sería la opción que planteábamos, ni qué tan factible sería; sólo las dijimos. Esto es precisamente uno de los pasos que tenemos que llevar a cabo dentro de la técnica de “solución de problemas”, que es la que nos corresponde.*

Terapeuta 1: *Al momento de realizar la lluvia de ideas tengamos en cuenta tres reglas:*

1. *Cantidad*
2. *Variedad*
3. *Aplazamiento de juicio*

Esto nos ayuda a tener más opciones y crear una que sea más efectiva.

Antes de pasar al siguiente ejercicio se les pedirá a los participantes que se levanten de sus lugares, se estiren un poco y cambien de lugar...

Terapeuta 2: *Entonces es momento de que todos nos estiremos un poco y regresemos a los lugares que teníamos al principio. De nuevo, cuando yo cuente tres ustedes se pondrán de pie y regresarán a la silla en la que estaban sentados antes. Lo más rápido que puedan ¿Listos? 1... 2... ¡3!*

Actividad 9. Elección de atuendo

Duración: 20 minutos

Al tomar sus nuevos lugares, los terapeutas proporcionarán la siguiente indicación:

Terapeuta 1: *Ahora vamos a practicar con otro ejemplo seguir desarrollando la técnica. Fíjense que apenas ayer me invitaron a una reunión por el cumpleaños de una amiga y estoy muy nerviosa porque no sé qué ropa elegir. Quiero combinar un vestido verde que me gusta mucho pero no sé con qué zapatos se vería mejor. Tengo sólo tres pares de zapatos formales, unos negros, unos rojos y unos verdes. Quisiera verme muy*

formal y no llamar la atención, quisiera verme muy discreta ¿Me podrían ayudar para saber cuáles zapatos usar con ese vestido?

El terapeuta 2 pegará el material del anexo 5 (ver anexo 5) al frente y señalará:
Miren, aquí tenemos el vestido verde y los tres pares de zapatos. Primero veamos cuáles son las ventajas de usar cada una de las opciones.

En este momento del ejercicio se puede incluir a los participantes invitándolos a mencionar ventajas y desventajas de cada opción, cada característica que mencionen deberá ser evaluado por la persona que expuso el problema para que decida si es ventaja o desventaja puesto que la técnica es meramente personal.

También se recomienda que las opciones se escriban con un plumón de color negro, las ventajas con verde y las desventajas con rojo para que se facilite realizar el análisis al final.

En la Figura 3 se muestra una sugerencia para presentar el material en el pizarrón.

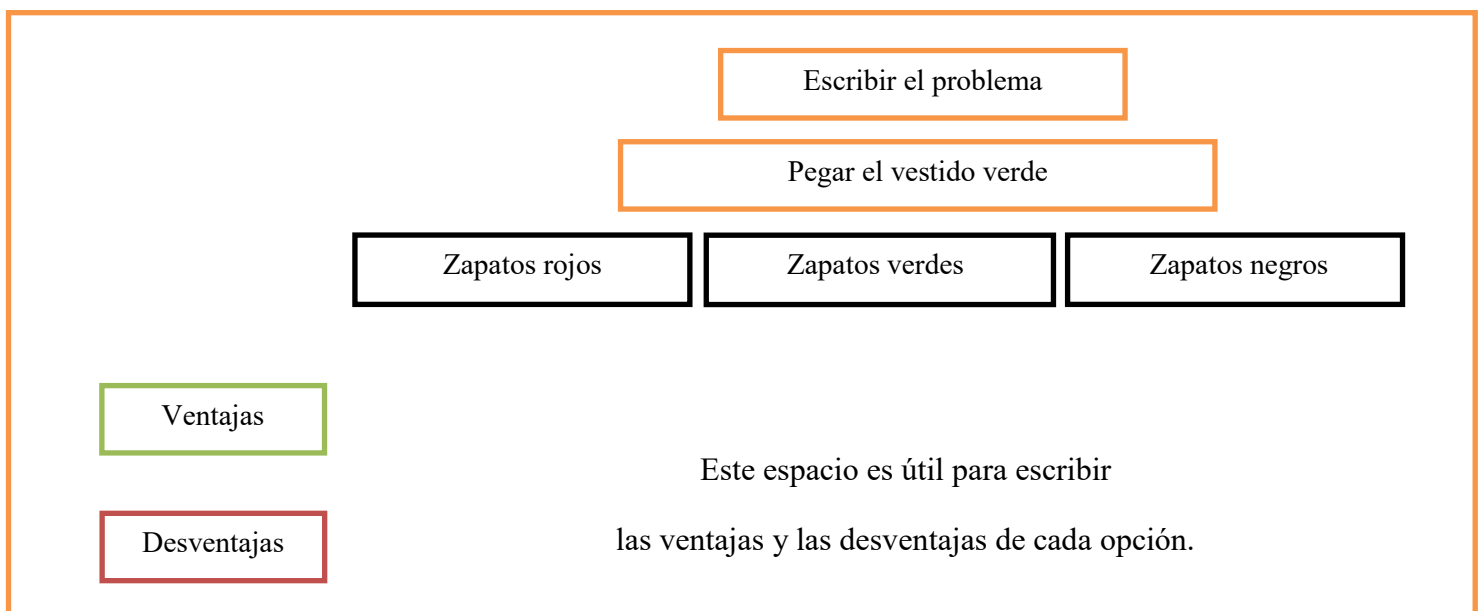
Vestido verde y zapatos rojos

Terapeuta 1: *Son llamativos, son de vestir, me gusta el rojo.*

Terapeuta 2: *¿Cuáles serían las desventajas?*

Terapeuta 1: *El verde y el rojo son colores de navidad, me sentiría como arbolito de navidad y son llamativos.*

Figura 3. Gráfico para presentar el material del anexo 5.



Vestido verde y zapatos negros

Terapeuta 2: *Ahora bien, ¿cuáles son las ventajas de usar los zapatos negros?*

Terapeuta 1: *Son elegantes, son de vestir, son discretos.*

Terapeuta 2: *¿Y las desventajas?*

Terapeuta 1: *No encuentro desventajas.*

Vestido verde y zapatos verdes

Terapeuta 2: *¿Cuáles ventajas ves en usar los zapatos verdes?*

Terapeuta 1: *Que son formales y me gusta el verde.*

Terapeuta 2: *¿Y las desventajas?*

Terapeuta 1: *Que todo sería verde y no me sentiría cómoda.*

Terapeuta 2: *Ok, primero hay que descartar las opciones que no consideras viables.*

Terapeuta 1: *Los verdes definitivamente no me gustan con ese vestido. Entonces quedan descartados.*

Terapeuta: *Entonces la opción que más te conviene es usar los zapatos negros, ya que no encontraste ninguna desventaja para esa opción y son los que menos llaman la atención ¿Ustedes creen que resolvimos adecuadamente el problema?*

Participantes:

- *Sí.*
- *Sí, yo también creo que el negro es mejor porque no quiere llamar la atención.*

Actividad 10. Nemotecnia: DOVE

Duración: 10 minutos

Terapeuta 2: *Ok, entonces ahora es necesario que hagamos una pausa para recordar los pasos de la técnica.*

Terapeuta 1: *Tienes toda la razón. Me gustaría que todos ustedes me ayudaran a recordar qué es lo que hicimos después del ejercicio de los palillos. ¿Recuerdan qué hicimos en la actividad posterior a esa?*

Participantes: *Sí, dijimos los usos de la botella.*

Terapeuta 2: *Muy bien. Establecimos alternativas. A este paso en la técnica le llamamos Opciones (Lo anota en el pizarrón resaltando la letra O). Pero ahora recordemos lo que hicimos con el problema del vestido. El terapeuta primero mencionó cuál era su problema, ¿cierto?*

Participantes: *Sí.*

Terapeuta 2: *Ese es el primer paso, **definir el problema** (Lo anota en el pizarrón). En este punto es importante agregar algo, después de haber definido el problema hay que preguntarnos ¿mi conducta soluciona el problema?, ¿Tengo el control de la situación? Si la respuesta a estas preguntas es un sí, entonces pasamos al segundo paso de la técnica que es **generar opciones**, en este caso el terapeuta nos ayudó diciéndonos con qué zapatos contaba y como preparación usamos el ejemplo de la botella, ya que en este paso debemos decir todas las opciones que nos vienen a la mente sin analizarlas. ¿Luego qué hicimos?*

Participantes: *Dijimos las ventajas y desventajas de cada opción.*

Terapeuta 1: *Así es, el tercer paso es decir y analizar las **ventajas y desventajas** de cada una de las opciones.*

Terapeuta 2: *¿Y al final, qué hicimos cuando analizamos el problema?*

Participantes: *Eligieron la mejor opción.*

Terapeuta 1: *¡Exacto! Una vez que analizamos las ventajas y desventajas de cada opción, lo que resta es tomar la decisión, es decir, **elegir la opción** que creemos más conveniente para solucionar nuestro problema. Posteriormente vendrá la **ejecución**.*

Definir (problema)

Opciones

Ventajas y desventajas

Elegir (solución)

Terapeuta 1: *¿Alguien tiene una duda hasta aquí? ¿Qué cosa se les viene a la mente con estas iniciales?*

Participantes: *Los jabones Dove, muy cremosos.*

Terapeuta 2: *¡Excelente! precisamente elegimos esta forma de presentar los pasos de la técnica porque nos será más fácil recordarlos si los asociamos con algo tan conocido como es la palabra Dove que nos remite a la famosa marca de jabones.*

Posteriormente, los terapeutas darán el ejemplo de un caso real con el cual se mostrarán las consecuencias tanto de aplicar la técnica como de no aplicarla.

Terapeuta 1: *En una ocasión una usuaria comentó que vivía con su marido y sus dos hijos en un pequeño cuarto en la casa de su suegra. Ella estaba harta porque su marido no le daba el dinero suficiente para los gastos de la casa y además no estaba de acuerdo en recibir órdenes por parte de su suegra para realizar los deberes de la casa.*

Ella tenía que hacer su quehacer y también tenía que hacer el de la suegra. Menciona que se sentía obligada a hacerlo puesto que estaba en su casa.

Le comentó a su marido acerca del comportamiento de la suegra pero éste prefirió no intervenir, diciéndole que le ayude a su madre por favor. Ella considera que su marido es buen padre pero al menos una vez a la semana llega ebrio.

En una ocasión la suegra fue muy grosera con ella y su marido no la defendió para nada, prefirió ignorar el problema. Entonces, ella muy molesta le dijo que se iría de la casa, tomó las cosas de los niños y decidió ir a vivir con su madre, su marido le advirtió que no la buscaría, pero a ella no le importó, pensó que sólo era una mentira para retenerla y se fue.

Ahora está muy afligida porque desea regresar con su marido, menciona que tanto ella como los niños lo extrañan.

¿Ustedes creen que tomó una decisión muy repentina influenciada por el estado emocional?

Participantes: Sí, porque estaba enojada.

Terapeuta 1: Exacto, estaba enojada. ¿Creen que irse, le ayudó a solucionar su problema?

Participantes: No, porque quiere regresar con él.

Terapeuta 1: ¿Qué creen que debió hacer antes de irse?

Participantes: Aplicar la técnica para que viera qué le ayudaría más. Por ejemplo, yo en su lugar le platico a mi marido que no me siento bien viviendo ahí, que hagamos un esfuerzo por tener una casa.

Participantes: Yo hablaría con mis hijos acerca de si están de acuerdo en irnos de ahí y vivir con mi mamá por un tiempo. O decirle a mi marido que me molesta la actitud de mi suegra y que hablemos con ella para llegar a alguna solución.

Participantes: Yo trabajaría y pondría a mis hijos en una guardería.

Terapeuta 1: Muy bien, la señora primero debió haber esperado a que se le bajara el coraje y después pensar qué era lo mejor para ella y para sus hijos. Haciendo un ejercicio parecido como el que acaban de hacer ustedes, dar muchas opciones.

Finalmente ¿qué creen que pasó? la señora decidió vivir con su madre y trabajar para poder sustentar a sus hijos porque el marido no quiso regresar con ella. Al principio

le dolió mucho porque ella y los niños lo extrañan pero por otro lado se siente tranquila porque ya no recibe órdenes de su suegra.

Hay que considerar que si ella hubiera analizado la situación antes de salirse, tal vez aún viviera con su marido pero independientemente.

Actividad 11. Cierre

Duración: 5 minutos

Finalmente los coordinadores harán el cierre de la actividad y la sesión.

Terapeuta 2: A manera de recuento, en esta primera sesión aplicamos los pasos y ayudamos a resolver un problema que no era nuestro, pero que puede ser parecido a lo que nos pasa y nos puede ayudar a saber qué hacer o a tener más ideas de cómo resolver una situación similar. Esa es una de las ventajas de trabajar en grupo.

Después se les dirá a los participantes que los problemas son situaciones que se presentan de manera cotidiana con el siguiente discurso:

Terapeuta 2: Ahora ya sabemos qué es un problema y la forma en el que podemos solucionarlo, pero es importante reconocer que en muchos momentos de nuestra vida nos vemos obligados a hacerle frente a problemas que van desde los más insignificantes hasta los más complejos. Es importante entender que los problemas forman parte de nuestra vida cotidiana y que no son inevitables pero sí son posibles de solucionar. Para esto existen varias maneras para llegar a una solución.

Terapeuta 1: Creo que falta añadir que hemos identificado que los problemas se presentan siempre pero hay veces que queremos cambiar o solucionar un problema y no podemos porque no es nuestro problema. Los problemas son propios cuando es una situación en la que nosotros mismos podemos hacer algo para cambiarlo, si no lo podemos cambiar o requiere de alguien más para solucionarlo, entonces no es nuestro problema, o no es sólo nuestro y, por lo tanto, esta técnica no será suficiente para resolverlo. Por ejemplo: yo creo que a mi mamá se le ve mejor el cabello largo, a mí me gustaría que se pusiera extensiones, pero a mi mamá sí le gusta el cabello corto y no se quiere poner nada, entonces el largo del cabello de mi mamá no es mi problema”. ¿Ustedes recuerdan algún problema que no dependa sólo ustedes para solucionarse? ¿Nos quieren dar otro ejemplo?

Los terapeutas incitarán a los participantes a comentar sus experiencias y retroalimentarán de ser necesario. Al final de cada participación darán las gracias por compartir sus historias personales.

Terapeuta 1: *Muchas gracias a todos por venir y por participar amablemente en los ejercicios.*

Terapeuta 2: *Recuerden que este espacio es para ustedes y es un placer para nosotros conocerlos y trabajar con ustedes. Con paciencia y constancia ustedes verán un cambio en su estado de ánimo y principalmente en su salud, ¡no olviden que la salud está en sus manos y que la diabetes no tiene por qué arruinar sus vidas ni la de sus seres queridos!*

Los esperamos la próxima sesión para continuar practicando lo aprendido hoy y mejorarlo cada vez más.

SEGUNDA SESIÓN

Materiales: Proyector, pizarrón, marcadores, hojas blancas, bolígrafos, anexos 6 y 7 (deberán estar realizados en un formato visible para todos, se recomienda hacerlos en cartulina), anexo 8 (en caso de requerirse) y rotafolios (en caso de no contar con un pizarrón).

Se les dará la bienvenida a los participantes.

Terapeuta 1: *Buenos (días, tardes, noches) nos da mucho gusto que hayan asistido a esta sesión del taller de solución de problemas.*

Actividad 1. Repaso

Duración: 10 minutos

Terapeuta 1: *Hoy vamos a comenzar a practicar la técnica pero primero hay que hacer un pequeño repaso. Mi compañero pasará y le entregará a cuatro personas los pasos de la técnica de solución de problemas (el terapeuta 2 entregará el material del anexo 6) y con ayuda de los demás iremos colocándolos en orden.*

Terapeuta 1: *¿Recuerdan cuál es el primer paso?*

Participantes: *Sí, decir cuál es nuestro problema.*

Terapeuta 1: *Muy bien. Podría pasar a pegarlo por favor. ¿Recuerdan cómo identificamos un problema?*

Participantes: *Sí, primero viendo qué tenemos y qué es lo que queremos.*

Terapeuta 1: *Muy bien. También podemos preguntarnos ¿qué es lo que nos tiene preocupados? Y debemos tener en cuenta si el problema es nuestro o no lo es. ¿Cuál es el segundo paso?*

Participantes: *Hacer una lista con opciones.*

Terapeuta 1: *Exacto, podría pasar a pegarlo por favor. Hay que recordar que la lista que hagamos debe ser amplia, variada y escribir opciones sin juzgarlas.*

¿Alguien quiere mencionar el paso que sigue?

Participante: *Yo. El paso que sigue es ver cuáles son las ventajas y las desventajas de cada opción (pasa a pegarlo).*

Terapeuta 1: *Exacto. Finalmente ¿Quién recuerda el siguiente paso?*

Participantes: *Es el de elegir la solución más adecuada.*

Terapeuta 1: *Muy bien, parece que si estuvieron atentos ¿verdad?*

Actividad 2. Identificación de problemas

Duración: 10 minutos

Se les presentará un ejemplo de cómo es que se puede identificar la raíz de algún problema con ayuda del anexo 8.

Terapeuta 1: *Es importante analizar cuál es la raíz del problema y podemos hacerlo de esta manera: Yo puedo tener un problema en alguno de estos ámbitos de mi vida, puede ser: económico, familiar, social, laboral o escolar.*

Lo que hace que yo me sienta: triste, enojado, alegre, nervioso, preocupado o muy asustado.

Esto provoca que yo coma mucho o coma menos de lo normal, que no coma o que no coma en mis horarios. Pero esto, a nosotros que vivimos con diabetes nos afecta bastante porque provoca que se nos suba o que se nos baje la glucosa.

Por esa razón es importante que comencemos a planear soluciones efectivas si es que la solución está en nuestras manos y si no lo está, cambiar la actitud con la que vemos la situación.

Actividad 3. Ejercicio de una situación

Duración: 20 minutos

Terapeuta 2: *Ahora vamos a comenzar a aplicar la técnica en otros problemas porque la única manera para volvernors unos expertos es practicando. ¿Alguien quisiera comentarnos una situación para usarla como ejemplo?*

Se dará tiempo para que un participante comente alguna situación. Si nadie lo hace se incitará a una persona a hacerlo. Los coordinadores escucharán la situación y si es necesaria más información, realizarán las preguntas pertinentes para aplicar el primer paso (definir el problema) los terapeutas lo escribirán en el pizarrón. Posteriormente los terapeutas incluirán a los demás participantes para generar las opciones, las cuales se irán escribiendo basándose en el formato empleado en la sesión 1.

Enseguida, se formarán equipos de 3 o 4 personas (dependiendo del número total de participantes) para que juntos comenten qué opción es la que les parece más apropiada con base en el análisis de ventajas y desventajas. Se les darán 3 minutos aproximadamente y se hará la siguiente pregunta *¿Alguien desea comentar la opción eligió? Y ¿Por qué la eligió?* Se dará oportunidad de que participen las personas que deseen hacerlo.

Después, la persona que haya comentado la situación mencionará también la opción que eligió y el terapeuta 2 le preguntará si podría ejecutarla durante la semana para que en la próxima sesión exponga los resultados obtenidos; seguido del siguiente comentario: *Este ejercicio nos ayudó a dos cosas: 1) a practicar la técnica y 2) darnos cuenta de que no existe una mejor solución para alguna situación, existen diferentes maneras de llegar a la solución pero ello también depende de las habilidades personales que posee cada quien ¿Ustedes qué opinan?*

Posteriormente, el terapeuta 2, de manera muy entusiasta dará la siguiente instrucción: *Ahora ¡Todos cambien de lugar, el que se quede en el mismo traerá fruta picada para todos la siguiente sesión 1, 2 y 3! Muy bien, era para despertar un poco.* Luego de que todos tomaron sus lugares, uno de los terapeutas comenzará con la siguiente actividad.

Actividad 4. Identificar situaciones generadoras de estrés

Duración: 30 minutos

Para trabajar con el objetivo 3 (Los participantes identificarán situaciones problema en su vida cotidiana) se darán las siguientes instrucciones:

Terapeuta 2: *Ya sabemos qué hacer para solucionar problemas, pero es importante que ahora identifiquemos qué situaciones o qué cosas son las que nos estresan. Así que, de manera individual, piensen qué es lo que los estresa, los pone ansiosos o les causa algún tipo de malestar, piensen en 3 situaciones. Si tienen alguna duda, pueden decírla para que juntos tengamos clara la actividad (mientras el terapeuta 1 le entregará a cada participante una hoja y un bolígrafo). En la hoja que mi compañero les entregó, deberán escribir mínimo 3 situaciones en forma de lista, si alguien tiene alguna duda o se le complica, con toda confianza puede levantar la mano y nosotros nos acercaremos a ayudar. ¿Todos tenemos claro qué vamos a hacer?*

Si todos contestan que no tienen ninguna duda, o alguien llega a tener alguna, el terapeuta 2 preguntará lo siguiente para hacer participar al grupo:

Terapeuta 2: *Señor (menciona su nombre) ¿le gustaría decirnos en qué consiste la actividad por favor?*

Participante: *Tenemos que pensar en 3 situaciones que nos estresen o nos tengan preocupados.*

Una vez que el señor conteste, los terapeutas les dirán que cuentan con 5 minutos para realizarlo.

Transcurrido el tiempo, el terapeuta 2 dará la siguiente instrucción: *¿Todos terminaron? Muy bien, ahora elijan una situación de las que escribieron. Como vamos empezando a practicar, hay que comenzar por una situación sencilla, pero ustedes dirán ¿cuáles son esas? pues son aquellas en las que la decisión sólo depende de nosotros, si en la decisión participa un número mayor de personas, implica mayor complejidad. Entonces de esas tres elijan una por favor y subráyenla.*

Para continuar con los objetivos 4, 5 y 6 (generar opciones, analizar ventajas y desventajas y elegir) se les proporcionará a los participantes un formato para aplicar la técnica.

Terapeuta 2: *Muy bien, ahora que todos la subrayaron, mi compañero les dejará un formato para aplicar la técnica (ver anexo 7), escriban su problema y comiencen a desarrollar los pasos (que estarán pegados al frente del grupo para que puedan observarlos). Si tienen alguna duda alcen la mano y nos acercaremos a ayudarles.*

Se les darán 15 minutos para la actividad pero no podrán hablar entre ellos durante este tiempo. Una vez transcurridos, el terapeuta 2 pedirá que un voluntario comente el problema que eligió, cuáles fueron sus opciones para solucionarlo, ventajas y desventajas que encontró en cada opción y finalmente cuál opción eligió. Al término se le dirá: *Muy bien hecho, ¡muchas gracias por participar!, ¿algo le costó trabajo? No se preocupe, al inicio puede ser un poco difícil pero poco a poco se volverá un experto, este fue un buen inicio.*

Actividad 5. Decisión rápida

Duración: 10 minutos

Esta actividad se trata de realizar un ejercicio sobre tomar decisiones de manera rápida.

Terapeuta 1: *¿Qué les parece lo que hemos aprendido hasta ahora? ¿Piensan que es una técnica útil para sus vidas? ¿Creen que les puede ayudar a tomar decisiones?*

Participantes:

- *Sí, y es muy fácil.*
- *Quizá sea útil pero no se me hace muy práctica.*

Terapeuta 1: *Entiendo, quizá en los ejemplos que hemos planteado hasta ahora parezca que llevar a cabo la técnica paso por paso nos tome mucho tiempo o requiera que tengamos papel y pluma a la mano, pero es importante comentarles que poco a poco obtendremos práctica y podremos realizar los pasos de forma más rápida y mentalmente. No olviden que la práctica hace al maestro.*

Terapeuta 2: *Sin embargo, para demostrarles que esta no es una técnica que necesariamente nos obligue a sacar lápiz y papel o nos tome mucho tiempo, justo ahora es momento de que realicemos un rápido ejercicio sobre las elecciones que tienen que ver con nuestros hábitos alimenticios ya que es algo en lo que estamos interesados todos los que estamos aquí presentes y por lo que constantemente nos angustiamos o estresamos, ¿cierto?*

Terapeuta 2: *Debido a esta vida citadina, en la que vivimos corriendo de un lado a otro entre el trabajo, la casa, los hijos, la pareja y los amigos; en muchas ocasiones requerimos tomar decisiones rápidamente utilizando las experiencias que nos puedan servir o la información sobre lo que es saludable o no. Les haremos preguntas sencillas y ustedes responderán diciendo la opción que crean que es mejor para su salud.*

El terapeuta 2 hará las preguntas una por una dando oportunidad para que los participantes contesten.

Terapeuta 2: *¿Qué elige 3 panes o 3 tortillas?*

Participantes: *Pues yo prefiero las tortillas porque el pan tiene mucho migajón y eso hace engordar mucho. Pero también esas tres tortillas me las como en la comida, en la cena no como tortilla porque se acompaña de comida y ya sería muy pesado.*

Terapeuta 2: *Muy bien contestado. Comer tres tortillas es mejor que tres panes porque la tortilla es más nutritiva que la harina con la que está hecho el pan. Ahora, ¿qué es más saludable el refresco o el agua?*

Así se continuará con cada una de las siguientes preguntas:

¿Carne de cerdo o de pollo?

¿1 rebanada de pastel o una taza de fruta picada?

¿Comer 1 tamal o un bistec asado?

¿Comer lo adecuado 5 veces al día o tener un desayuno y una cena fuertes?

¿Comer varios platos de pozole con familiares y amigos, o negarse?

Terapeuta 1: *Como vemos, hay muchas situaciones en las que tenemos que elegir cuando hablamos de hábitos alimenticios. Varias son cuestiones obvias, otras no tanto, muchos podrán elegir alimentos normalmente vistos como saludables, otros quizá elegirían aquellos a los que están acostumbrados o aquellos de los que les gusta mucho el sabor, pero si tenemos un objetivo claro al momento de plantearnos el problema, será más fácil y rápido elegir la opción más conveniente de acuerdo a dicho objetivo y es por eso que se vuelve tan importante seguir los pasos de la técnica.*

Terapeuta 1: *En el ejemplo anterior, nuestro objetivo era comer de forma saludable, y entonces así les fue más rápido elegir entre cada opción porque ustedes implícitamente analizaban las ventajas o desventajas que tendría cada alimento en su salud.*

Actividad EXTRA: Casos hipotéticos

Duración: 20 minutos

En caso de que sobre un poco de tiempo, antes de realizar el cierre los coordinadores organizarán a los participantes en equipos y les explicarán la siguiente actividad:

Terapeuta 1: *Vamos a formar equipos una vez más. Ahora practicaremos la técnica en grupo y serán casos que nosotros les demos* (el terapeuta 2 reparte a cada equipo un caso, anexo 9). Cada quipo deberá aplicar la técnica para intentar resolver la problemática. Tienen 15 minutos para resolverlo. Si tienen alguna duda de cualquier tipo, alcen la mano y nos acercaremos a ayudar.

Los terapeutas se acercarán a cada quipo para asegurarse de que la información del caso haya quedado clara. Asimismo se acercarán a supervisar cómo se va dando el procedimiento para la solución.

Una vez que cada equipo haya dado solución al problema, eligiendo la mejor opción, se dará la siguiente instrucción:

Terapeuta 2: *Muy bien ahora nos gustaría que pase un participante del equipo 1 y nos cuente su caso y cómo llegaron a la solución.*

El participante pasará y los terapeutas los retroalimentarán. Al final los felicitarán por su participación

Actividad 6. Cierre

Duración: 5 minutos

Aquí concluirá la segunda sesión de la siguiente manera:

Terapeuta 1: *Hasta ahora han hecho muy buen trabajo, pero por hoy tenemos una mala noticia: se nos terminó el tiempo. No se pongan tristes porque el tiempo lo aprovechamos muy bien, pues todos practicamos los pasos de la técnica y tomamos una opción que nos ayudará a solucionar un problema que nos aqueje, también revisamos cuáles son las situaciones que nos producen estrés, esto último es muy valioso porque ahora podemos saber en qué momentos podemos o tendemos a actuar impulsivamente guiados por la sensación estresante. Si las identificamos, cuando estemos en una situación similar podremos recordar que debemos tranquilizarnos y hasta después tomar una*

decisión con ayuda de la técnica. Todos aprendimos algo. Señora (menciona su nombre) (se acerca a ella) cuéntenos ¿usted qué aprendió?

Participante: Pues a repetir los pasos, ya se me grabaron más y ya vi que no es tan difícil.

Terapeuta 1: ¿Alguien más quiere comentarnos qué aprendió? O desean decirnos si ¿creen que les será útil la técnica?

Se dará espacio para que los participantes compartan su aprendizaje si desean hacerlo.

Terapeuta 1: Nos da mucho gusto que se lleven algo del taller porque esa es la finalidad. Si alguien tiene dudas puede hacerlas, con toda confianza nosotros las resolveremos.

Tarea en casa

Terapeuta 2: ¿Recuerdan el ejercicio que ustedes hicieron solos? Como todos logramos obtener una solución, vamos a intentar aplicarla durante la semana para que la próxima sesión nos comenten los resultados o las dificultades que encontraron.

Anoten cómo se sentían antes de llevar a cabo la solución, durante, y después; además de relatar si consideran que la técnica ha sido útil y si podría serlo en ocasiones futuras.

Muchas gracias por su asistencia y nos vemos la próxima sesión.

TERCERA SESIÓN

Materiales: Pizarrón, marcadores, bolígrafos, hojas blancas, lápices e inventarios.

Actividad 1. Recibimiento

Duración: 5 minutos

Los terapeutas recibirán a los participantes agradeciéndoles su asistencia y comentándoles brevemente la dinámica de esa sesión:

Terapeuta 1: ¡Hola, muy buenos días a todos! Bienvenidos a esta última sesión, nos da mucho gusto verlos a todos y nos entusiasma esta última sesión en la que ya casi nos volvemos expertos en lo que hemos aprendido. ¿Cómo se sienten el día de hoy?

Los terapeutas darán espacio para el diálogo.

Actividad 2. Exposición de un caso

Duración: 20 minutos

Posteriormente, las actividades propias del taller iniciarán de la siguiente manera:

Terapeuta 2: *Ahora nos gustaría saber ¿Cómo les fue con la tarea? ¿Lograron llevar a cabo la estrategia que eligieron? ¿Quién quiere contarnos primero? El primer voluntario pasará al frente a relatar la situación que decidió solucionar, las estrategias que elaboró, la que eligió, así como los resultados de llevarla a la práctica.*

El terapeuta le hará preguntas relacionadas con dificultades, habilidades y recursos conforme el participante relate su experiencia. También les preguntará acerca de cómo se sentía antes de aplicar la solución, durante y después. Si existe otro voluntario, también se le hará pasar, llevando la misma dinámica.

Si algún participante no ejecutó la solución se le preguntará la razón y si algún otro participante tuvo problemas para encontrar la solución que le pareciera más adecuada se le ayudará retrocediendo en los pasos de la técnica.

Terapeuta 1: *Ahora que terminamos esta actividad, todos tenemos que cambiar de lugar ¡1, 2 y 3! Nadie debe quedarse en la misma silla.*

Actividad 3. Aplicación de la técnica

Duración: 35 minutos

Posteriormente, con relación al objetivo número 7, el terapeuta 1 les dará la instrucción de identificar una situación problema, puede ser una que ya hayan elegido anteriormente o puede ser una nueva. Una vez identificada, a una persona se le hará la invitación de pasar al frente (de preferencia alguien que no haya participado en ejercicios anteriores o al contrario, la persona más dinámica del grupo) y emplear los pasos de la técnica. En todo momento los terapeutas, así como los demás participantes podrán ayudar a la persona que se encuentre realizando el ejercicio. Además irán agregando algunas soluciones relacionadas con el hecho de que cambiar un poco la manera de ver el problema puede contribuir a una buena solución.

Actividad 4. Proyección de un video

Duración: 15 minutos

En la siguiente actividad, se proyectará el video llamado “motivación, salir zona de confort”, el cual hace referencia a enfrentarse a situaciones distintas a las cotidianas y

realizar acciones diferentes para obtener consecuencias nuevas, el siguiente es el link para poder ver el video: <https://www.youtube.com/watch?v=RSUykLfEmVE>.

Terapeuta 1: *Ahora vamos a ver un video, el cual nos va a mostrar que hacer cosas nuevas nos traerá beneficios y no debe darnos miedo, tal vez al inicio sea complicado pero con la práctica todo se vuelve más sencillo. Vamos a verlo.*

En este momento se proyectará el video y una vez concluido los terapeutas preguntarán:

Terapeuta 1: *Ahora que ya lo vimos, nos gustaría saber ¿qué opinan? Y ¿qué les pareció?*

¿Creen que está equivocado?, ¿creen que tiene razón?

Los comentarios se ampliarán un poco conforme los participantes expresen sus opiniones.

Actividad 5. Aplicación de pos-test

Duración: 15 minutos

El terapeuta 2 le entregará un inventario y un lápiz a cada participante.

Terapeuta 1: *Como esta es la última sesión de nuestro taller, nos gustaría que nos ayudaran contestando un vez más el inventario que mi compañera les entregó, es el que contestaron al principio del taller. Las instrucciones son las mismas, deben marcar con una "X" el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a cada oración, contesten de la manera más honesta posible de acuerdo a la siguiente escala: el 1= totalmente de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= indeciso, 4= desacuerdo y 5= totalmente en desacuerdo.*

Lean con cuidado y con calma, si tienen alguna duda o terminaron de responder sólo levanten la mano y nos acercaremos.

Cuando los participantes terminen de responder continuarán las actividades para finalizar el taller.

Tarea para casa

Se les pedirá a los participantes que empleen la técnica que se les enseñó a utilizar pero que poco a poco intenten dejar el apoyo del lápiz y papel. Asimismo, se les pedirá que evalúen los resultados. Si tal vez no son lo que esperaban, vuelvan a realizar el ejercicio

para encontrar una estrategia más efectiva. Los terapeutas serán muy optimistas diciéndoles que lo más importante es que lo intenten sin decepcionarse. Que la práctica hace al maestro.

Actividad 5. Cierre final

Duración: 15 minutos

Finalmente los terapeutas harán el cierre del taller y se despedirán del grupo de la siguiente manera:

Terapeuta 2: *Hoy fue nuestra última sesión en el taller de solución de problemas. Fue un gusto trabajar con ustedes. Les agradecemos que hayan asistido a estas tres sesiones y que hayan trabajado de la manera tan responsable y comprometida como lo hicieron.*

Los terapeutas preguntarán a los participantes qué les pareció el taller, lo que aprendieron y darán oportunidad para que expresen libremente sus comentarios sobre el curso. Después añadirán:

Terapeuta 1: *Muchas gracias por dejarnos saber todo lo que piensan sobre este taller. Esperamos que apliquen la técnica. Recuerden que es necesario que sigan practicando todas las veces que se les presenten situaciones conflictivas, no importa su complejidad. Además siempre identifiquen si están estresados o tienen alguna molestia física y/o emocional para que no tomen una decisión impulsivamente.*

Terapeuta 2: *Finalmente todo lo que hicimos aquí les será muy útil en su vida cotidiana e impactará de manera positiva a su salud, que es lo primordial. Esperamos que lo hayan disfrutado como nosotros y que en verdad lo apliquen cada vez que no sepan qué hacer. ¡Sigán practicando! Les agradecemos infinitamente su asistencia y participación. ¡Demos un aplauso para todos!*

CONCLUSIONES

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica (no tiene cura, es necesario un tratamiento constante para su control) que se caracteriza por el mal funcionamiento en la regulación de los niveles de glucosa en la sangre. Dicho padecimiento puede desarrollarse a partir de diversos factores de riesgo como: la carga genética, los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo, el consumo de alcohol y cigarrillos. En México representa un problema de salud, puesto que 6.4 millones de personas la padecen y es la segunda causa de muerte en el país.

Además, las consecuencias que acarrea un mal control de la enfermedad pueden incapacitar a las personas que la padecen en diferentes niveles como: falla renal, vista débil o ceguera, pérdida de sensibilidad, amputaciones y en el peor de los casos muerte. Asimismo, vivir con diabetes (y con sus complicaciones) suele tener un gran impacto tanto para el paciente como para la familia, desde el costo económico que genera la atención médica, el tiempo que se debe invertir, así como la pérdida parcial o total de la autonomía de la persona con diabetes.

Es importante poner cartas en el asunto en un intento por frenar la problemática, de parte de la psicología hay mucho trabajo por hacer, puesto que el tratamiento en específico de la diabetes va ligado a una serie de cambios en el estilo de vida de las personas de manera permanente. Estos pueden ir desde apearse a las instrucciones médicas para el consumo de los medicamentos, incluir o aumentar el tiempo que se le dedica a las actividades físicas y en especial a cambiar los hábitos alimenticios que son la piedra angular del tratamiento, pero que son los más difíciles de cambiar ya sea por preferir ciertos alimentos, el acceso a alimentos más recomendables, la forma de preparación de los mismos (el uso excesivo de aceite, sal y azúcar) así como tener pocas comidas durante el día y comer en exceso, es decir, por la historia de aprendizaje que ha tenido la persona. Cabe señalar que la misma sociedad orilla a las personas a sentirse obligadas a comer alimentos poco saludables pues en México es muy común halagar a la gente recibéndola con comida (la cual suele ser no recomendable para una dieta saludable).

Aunado a esto, el estilo de vida de las sociedades actuales en las que la gente está inmersa en un sinfín de factores causantes de estrés suele ser perjudicial para las personas

con diabetes pues el sentirse estresado, angustiado o preocupado tiene repercusiones en los niveles de glucosa, tal y como lo mencionan Galán y Camacho (2012), las reacciones emocionales como la ansiedad y la tristeza generados por estresores externos pueden provocar cambios en la actividad física, menor seguimiento tanto del plan alimenticio como del tratamiento farmacológico ocasionando altos niveles de glucosa en la sangre.

Es por eso que ayudar a las personas entrenándolas en diferentes habilidades para lograr un mejor apego al tratamiento es trabajo de la psicología. Es importante que las personas sepan qué les está sucediendo, cuál fue la causa, qué les puede pasar si llevan un mal control, qué y cómo pueden hacer para tener una mejor calidad de vida aun viviendo con el padecimiento.

En este sentido, esta propuesta resulta útil debido a que las actividades ayudan a que las personas comprendan y practiquen uno a uno los pasos que los llevarán a adquirir la habilidad. Además, el ejercicio en grupo enriquece las actividades gracias a que los participantes expresan sus experiencias, lo cual ayuda a que otros participantes se sientan identificados o hallen diferentes estrategias de acción. Cabe mencionar que la propuesta funge como una guía para los terapeutas que tengan interés en el tema y que no necesariamente dominen las bases teóricas, puesto que se explican extensamente y de manera clara para su comprensión.

Del Castillo (2005, en Galán & Camacho, 2012) elaboró un estudio que tenía como propósito determinar la efectividad de un programa para mejorar la adherencia en personas con diabetes, en el cual las técnicas empleadas fueron: educación en diabetes, autoregulación, desensibilización sistemática, ensayo conductual, solución de problemas, entre otras. Arrojo datos estadísticamente significativos en las variables: adherencia terapéutica, calidad de vida, depresión y ansiedad. En este sentido, resulta interesante evaluar y comparar los resultados de esta propuesta aplicando el taller de manera individual, como de manera conjunta con las siguientes técnicas (intentando cubrir las conductas instrumentales mencionadas en el modelo psicológico de la salud biológica de Ribes (1990): psicoinformación (donde se proporciona toda la información referente al padecimiento); autocontrol (identificar e intentar cambiar aquellos factores en el ambiente que hacen más probable el rompimiento del tratamiento) y habilidades sociales (mejorar las

habilidades en comunicación para expresar malestar con personas importantes para los participantes) para comparar su nivel de efectividad reflejado en la adherencia.

REFERENCIAS

- Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Arrivillaga, M., Correa, D., & Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. México: El Manual Moderno.
- Barrera, S. (1996). *Desarrollo y validación del inventario de solución de problemas de Heppner y Petersen en un grupo de estudiantes de medicina*. (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Bourges, H. (2004). *Nutrición y vida*. México: Tercer Milenio.
- Bravo, M. & Valadez, A. (2013). Solución de problemas. En Valladares, P. & Rentería A. *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos*. (págs. 89-132). México: UNAM.
- Castro, A. (2007). La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en salud*. 9(1), 26-33. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14290105>
- Coral, S., Escudero, E., López, E., & Riobó, P. (2011). *Patologías nutricionales en el siglo XXI: Un problema de salud pública*. España: Aranzadi.
- del Castillo, A., Guzmán, R., García, M., & Martínez, C. (2012). Intervención cognitivo-conductual para modificar el nivel de estrés en pacientes con diabetes tipo II. En Galán, S., & Camacho, E. *Estrés y salud. Investigación básica y aplicada* (págs. 191-104). México: El Manual Moderno.
- D'Zurilla, T., & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*.78, 107-126. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=fulltext.journal&jcode=abn&vol=78&issue=1&page=107&format=PDF>

- D'Zurilla, T. (1986). *Problem-solving therapy. A social competence approach to clinical interventions*. Nueva York: Springer.
- D'Zurilla, T., & Nezu, A. (2010). Problem-solving therapy. En K.S. Dobson (Ed.): *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd Ed). NY: GuilfordPress.
- Escobar, F. & Tébar, F. (2009). *La Diabetes Mellitus en la práctica clínica*. Madrid: Médica Panamericana.
- Federación Internacional de Diabetes. (2013). *Atlas de la diabetes de la Federación Internacional de Diabetes*. Versión online. Recuperado de www.idf.org/diabetesatlas
- García, E., Roméro, M., Kaufer, M., Tusié, M., Calzada, R., Vázquez, V., Barquera, S., Caballero, A., Orozco, L., Velázquez, D., Rosas, M., Barrigueta, A., Zacarías, R. & Sotelo, J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud pública de México*. 50(6), 530-547. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10611162013>
- Goldfried, M., & Davison, G. (1981). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Barcelona: Paidós.
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J., & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud pública*. 55, 129-136.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta nacional de salud y nutrición. Resultados nacionales*. México. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Islas, S., & Lifshitz, A. (1999). *Diabetes Mellitus*. México: McGraw-Hill.
- Kaufer, M. & Erez, B. (2008). *Nutriología médica. Fundación Mexicana para la Salud*. Editorial Médica Panamericana.
- Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (2008). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Pirámide.

- Méndez, F., Olivares, J., & Abásolo, F. (2010). Técnicas de resolución de problemas. En F. Méndez, & J. Olivares, *Técnicas de modificación de conducta* (6° ed., págs. 485-519). España: Biblioteca Nueva.
- Miguel-Toval, J., Cano-Vindel, A., Casado, M., Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología*. 2(10), 199-216. Recuperado de <http://revistas.um.es/index.php/analesps/article/view/29681/28891>
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. Un enfoque basado en problemas. México: Manual Moderno.
- Nezu, A., Nezu, C., & D’Zurilla, T. (2012). *Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Oblitas, L. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (3° Ed.). México: Cengage learning.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/governance/eb/constitucion/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento, de Diabetes Mellitus tipo 2*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/140758602/guias-alad-de-diagnostico-control-y-tratamiento-de-diabetes-mellitus-tipo-2>
- Osborn, A. (1963). *Applied imagination: Principles and procedures of creative problem-solving*. (3° Ed.). Nueva York: Scribner’s.
- Pasillas, A., Rodríguez, A., & Rodríguez, M. (2015). Evaluación de un programa sobre conocimientos y adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2. *Psicología y salud*. 25(1), 31-41. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1337/2458>
- Polaino-Lorente, A., & Roales-Nieto, J. (1994). *Psicología y diabetes infantojuvenil*. España: Siglo Veintiuno.

- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. España: Martínez Roca.
- Rodríguez, G. (2004). *Medicina conductual en México (Vol.1)*. México: Porrúa.
- Rodríguez, M. & García, J. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14(2), 210-222. Recuperado de <http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num2/Vol14No2Art12.pdf>
- Rodríguez, M., Ortega, G., & Nava, C. (2009). Competencias efectivas y reacciones de estrés en participantes sanos y con enfermedades crónicas. *Psicología y salud*. 19(2), 177-188. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Maria-de-Lourdes-Rodriguez-Campuzano.pdf>
- Ruíz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Tercera edición. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Secretaría de salud (2013). *Boletín epidemiológico diabetes mellitus tipo 2. Primer trimestre-2013*. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_bol1_2013.pdf
- Straub, R. (2011). *Health psychology*. New York: WorthPublishers.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. España: McGraw-Hill Interamericana.
- White, J. (2005). "Introduction". En J. White & A. Freeman (editores). *Cognitive-behavioral group therapy*. Cap. 1, pp. 3-25. (3°. Ed.). Washington: American Psychological Association.

Inventario de solución de problemas

Nombre: _____ edad: _____

Marque con una “X” su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a cada afirmación según la escala.

Es importante que conteste honestamente considerando su realidad actual, es decir, sin pensar en cómo fue antes o en cómo le gustaría ser. No deje espacios en blanco.

Utilice la siguiente clave para contestar cada una de las aseveraciones.

1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Indeciso

4= En desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando mis primeros esfuerzos por resolver un problema fallan dudo acerca de mi habilidad para manejar la situación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Generalmente soy capaz de aportar formas alternativas y creativas para resolver un problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Tengo la habilidad para resolver la mayoría de los problemas, inclusive aquellos que no tienen solución aparente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Muchos problemas me parecen demasiado complejos como para que los resuelva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Algunas veces no reflexiono sobre mis problemas y no trato de resolverlos, sino que tomo una actitud irreflexiva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Cuando me enfrento con un problema me detengo y pienso acerca de él antes de dar el siguiente paso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Cuando tomo una decisión evalúo las consecuencias de cada alternativa y las comparo entre sí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Trato de predecir el resultado final cuando aplico una | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| estrategia de acción. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Cuando me enfrento con situaciones nuevas tengo confianza en que puedo manejar los problemas que surjan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Aunque haya trabajado en un problema algunas veces siento que divago y no llego a la verdadera esencia de lo que sucede. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Hago juicios precipitados y luego me arrepiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Confío en mi habilidad para resolver nuevos y difíciles problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Tengo un método sistemático para comparar alternativas y tomar decisiones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Cuando me enfrento con un problema generalmente no analizo que situaciones externas puedan estar contribuyendo al problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Cuando estoy confundido por un problema, una de las primeras cosas que pienso es hacer un examen cuidadoso de la situación y considerar todas las piezas de información relevante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Algunas veces me siento tan abrumado emocionalmente que son incapaz de considerar otras opciones para enfrentar mis problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexos

Anexo 1

Afrontamiento

¿Qué quiere decir afrontamiento?

La capacidad de afrontamiento se entiende como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que se utilizan para resolver problemas y reducir la preocupación que generan.

Efectivo



No efectivo



Anexo 2

Fichas con estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento para el estilo positivo

1. Buscar diversiones relajantes

Hacer practicar algún deporte, bailar, jugar cartas, ajedrez, caminar, entre otras.

2. Buscar apoyo social

Redes de apoyo que ayudan a superar una crisis. Puede ser familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc.

3. Concentrarse en resolver el problema

Analizar qué está pasando y pensar en soluciones que pueden ser efectivas.

4. Esforzarse y tener éxito

Ejecutar soluciones de una manera efectiva para resolver situaciones conflictivas.

5. Buscar apoyo espiritual

Buscar redes de apoyo en alguna religión.

6. Buscar ayuda profesional

Buscar ayuda de médicos, psicólogos, maestros, etc.

Estrategias de afrontamiento para el estilo negativo

7. Preocuparse

Centrarse en la intranquilidad que provoca la situación y no poner esfuerzos en resolverlo.

8. Falta de afrontamiento

No analizar lo que ocurre y tomar decisiones de manera precipitada.

9. Reducción de la tensión

El uso de alcohol, cigarro o drogas para reducir la preocupación o angustia.

10. Ignorar el problema

Pensar que no pasa nada o que el problema no es nuestro.

11. Reservarse el problema

No hacerle saber a alguien sobre lo que ocurre.

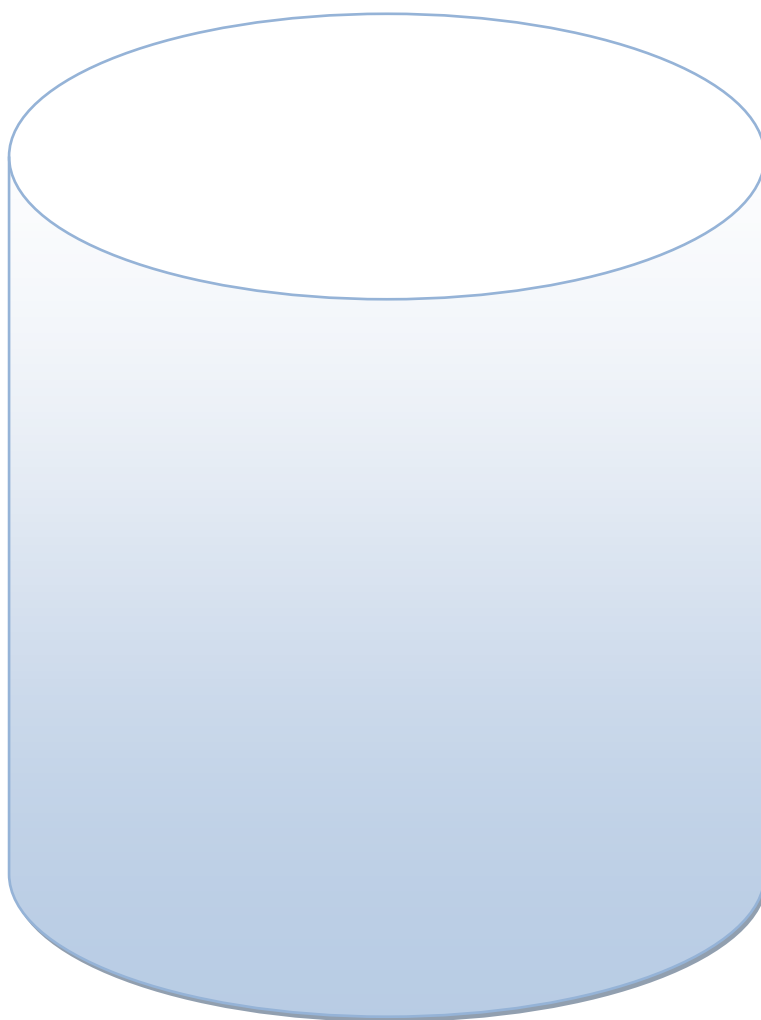
12. Autoinculparse

Sentirse culpable por una situación que genera conflicto.

Anexo 3

El corte de un pastel

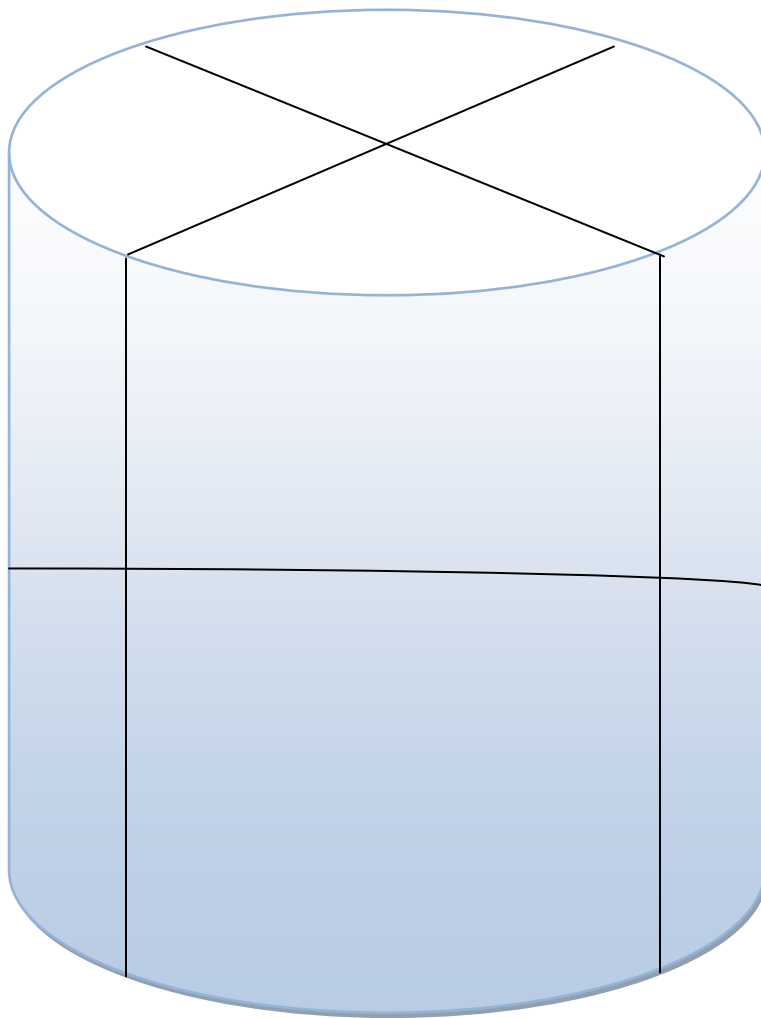
Instrucciones: divide este pastel en 8 partes iguales haciendo sólo 3 cortes.



El corte de un pastel

(RESPUESTA)

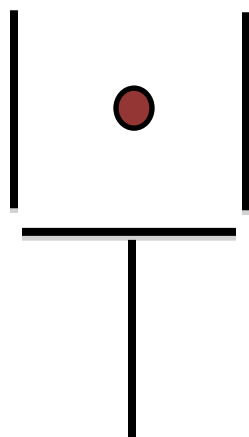
Instrucciones: divide este pastel en 8 partes iguales haciendo sólo 3 cortes.



Anexo 4

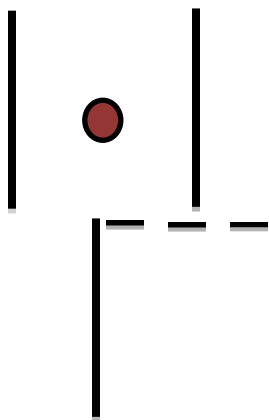
Pala de palitos

La palita deberá quedar formada por los palillos de la siguiente manera:

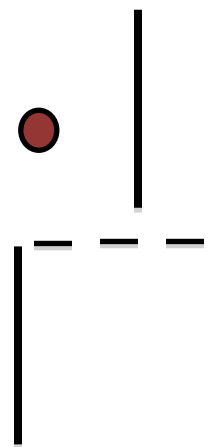


Sólo se pueden realizar dos movimientos para que el frijol quede afuera de la pala. Los movimientos son los siguientes:

Movimiento 1:



Movimiento 2:



Anexo 5



Anexo 6
Pasos de la técnica

Definir el problema

Opciones

Ventajas y desventajas

Elegir

Anexo 7

Formato de solución de problema D.O.V.E

Describa el problema que desea resolver. (Tenga en cuenta lo que tiene y lo que quiere) _____

¿Su conducta resuelve el problema? _____

Opciones para solucionar el problema

- | | |
|---------|----------|
| 1 _____ | 6 _____ |
| 2 _____ | 7 _____ |
| 3 _____ | 8 _____ |
| 4 _____ | 9 _____ |
| 5 _____ | 10 _____ |

Ventajas y desventajas de cada opción

Opción 1: _____

| Ventajas | Desventajas |
|--|--|
| | |

Opción 2: _____

| Ventajas | Desventajas |
|----------|-------------|
| | |

Opción 3: _____

| Ventajas | Desventajas |
|----------|-------------|
| | |

Opción 4 _____

| Ventajas | Desventajas |
|----------|-------------|
| | |

Opción 5 _____

| Ventajas | Desventajas |
|----------|-------------|
| | |

Opción 6 _____

| Ventajas | Desventajas |
|----------|-------------|
| | |

Opción 7 _____

| Ventajas | Desventajas |
|----------|-------------|
| | |

Opción 8 _____

| Ventajas | Desventajas |
|----------|-------------|
| | |

Opción 9 _____

| Ventajas | Desventajas |
|----------|-------------|
| | |

Opción 10 _____

| Ventajas | Desventajas |
|----------|-------------|
| | |

Elegir la solución

La solución que elijo es: _____

Porque _____

¿Cuento con las habilidades para ejecutar la solución? _____

Anexo 8



Anexo 9

Casos hipotéticos

Caso 1

Joven de 26 años, soltero, trabaja de 8 de la mañana a 5:30 de la tarde, vive con su madre.

El joven menciona que su madre dejó de trabajar hace 3 meses. Anteriormente su madre al llegar del trabajo se encargaba de hacer la comida y él cuando llegaba le ayudaba a limpiar la casa; sin embargo, ahora que su madre dejó el trabajo y se encuentra en casa todo el día, ha dejado de realizar las labores del hogar. El joven dice llegar a casa y encontrar los trastes sucios, todo desordenado y no hay comida tanto hecha como en el refrigerador para preparar.

Menciona estar preocupado porque no sabe si hay algo que le pase a su madre y que necesita de su apoyo puesto que a él se le complica hacer todas las tareas de la casa después del trabajo.

Caso 2

Madre de 50 años, tiene 3 hijos (uno de 26, uno de 20 y el último de 16 años) hombres, ella trabaja en el mismo lugar que su esposo y los hijos estudian la preparatoria y la universidad. La señora llega a casa a las 4 de la tarde junto con su esposo, generalmente a esa hora están dos de sus hijos en casa pero menciona que nadie hace las labores del hogar, todo está desordenado cuando llega, sólo el hijo mediano en ocasiones lava los trastes pero los demás no hacen nada y su cuarto igualmente está hecho un caos.

Ella les manda hacer algo pero los hijos solo la ignoran o le dicen que lo harán en un momento pero nunca lo hacen. Al ver que ellos no hacen nada, ella termina haciendo lo que les mandó.

Dice estar harta de la situación porque se siente cansada de trabajar y atender a todos los hijos. El padre definitivamente no interviene cuando la madre manda a los hijos, sólo se queda en su cuarto leyendo.

Caso 3

Señora de 45 años, es doctora en una institución pública, madre de un hijo de 12 años, vive con su marido en un departamento, él no trabaja.

La señora menciona que en su trabajo es bastante eficiente, pero está harta de que al llegar a su casa su marido le grite para darle órdenes a toda hora, el marido no realiza tareas del hogar y mucho menos le ayuda al niño con las tareas escolares, al niño sólo lo mal trata y le grita diciéndole que todo lo hace mal.

La señora está desesperada porque no quiere darle malos ejemplos a su hijo pero no sabe qué hacer porque teme que su marido le haga algo.

Caso 4

Señor de 59 años, vive con su esposa, él trabaja de lunes a viernes, su esposa es ama de casa. El señor menciona que tiene diabetes, por dicha razón debe llevar la dieta que le dio el nutriólogo que lo atiende. Los sábados él y su esposa van al mercado más cercano a comprar la despensa de toda la semana, para llegar a los puestos de frutas, verduras y carnes siempre pasan por los locales de tamales, tacos, gorditas, quesadillas, pancita, carnitas y barbacoa, como van sin desayunar su esposa siempre le dice que coman algo de esa comida y él accede.

El señor dice que desea que no se vea afectada su salud no sabe qué hacer.