

31961
1

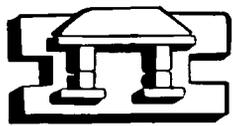
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION
PSICOLOGICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA
EN EL PACIENTE DIABETICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MAESTRA EN MODIFICACION DE CONDUCTA
P R E S E N T A :
MARIA ARACELI ALVAREZ GASCA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
ASESORES: MTRO. JUSTINO VIDAL VARGAS SOLIS
MTRA. MARTHA ELBA ALARCON ARMENDARIZ
MTRA. SANDRA ANGELICA ANGUIANO SERRANO
MTRA. AIDA IVONNE BARRIENTOS NORIEGA



IZTACALA

TLALNEPANTLA DE BAZ, EDO. MEXICO

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

DEDICATORIAS

A CINDY Y LUIS POR SU AMOR INCONDICIONAL Y POR SER LAS LUCES EN MI CAMINO.

En la Dirección General de Biblioteca
para difundir en formato electrónico e impreso
interior de mi trabajo recepción
NOMBRE: María Araceli
Alvarez Gasca
FECHA: 30-11-03

AGRADECIMIENTOS

A MI DIRECTOR DE TESIS, MTR. LEONARDO REYNOSO ERAZO POR SU VALIOSO APOYO, ENTUSIASMO, CONFIANZA Y AMISTAD.

A MIS ASESORES MTRA. MARTHA ELBA ALRCÓN ARMENDÁRIZ, MTR. JUSTINO VIDAL VARGAS SOLIS, MTRA. SANDRA ANGUIANO SERRANO Y MTRA. AIDA IVONNE BARRIENTOS NORIEGA POR SU APOYO Y SU CONFIANZA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN!

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I. DIABETES MELLITUS	4
- Definición y Descripción	4
- Clasificación	5
- Epidemiología	8
- Criterios Diagnósticos	9
- Factores de Riesgo	10
Capítulo II. TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS	13
- Estrategias de Tratamiento	14
Capítulo III. EDUCACIÓN DEL ENFERMO CON DIABETES MELLITUS	15
Capítulo IV. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN EL ENFERMO CON DIABETES MELLITUS	19
- Depresión y Diabetes	20
- Estrés y Diabetes	22
- Impacto Psicológico ante la Diabetes Mellitus	27
Capítulo V. AFRONTAMIENTO ANTE LA DIABETES MELLITUS	29
Capítulo VI. ADHERENCIA TERAPEUTICA	32
Capítulo VII. CALIDAD DE VIDA	36
Capítulo VIII. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	41
- Objetivos	41
- Procedimiento	43
- Areas de Evaluación	43
- Relajación Muscular Progresiva	45
- Relajación con Imaginación Guiada	48
- Ejercicios para Identificar Síntomas de Estrés	49
- Reestructuración Cognitiva	52
- Adiestramiento en Solución de Problemas	53
- Adiestramiento en Auto instrucciones	55
- Entrenamiento en Habilidades para Pedir Ayuda	57
- Entrenamiento en Habilidad para Afrontar el Fracaso	59
- Terapia Cognitiva para el Manejo de la Depresión	60
CONCLUSIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Los cambios en los estilos de vida producidos en los últimos años han modificado los patrones de enfermedad y de muerte en el mundo y la Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica degenerativa que se presenta con frecuencia, se caracteriza por múltiples complicaciones que pueden conducir al enfermo diabético a prolongados periodos de incapacidad laboral, ceguera, insuficiencia renal crónica, requerimientos de diálisis y trasplantes de riñón, así como amputaciones de miembros inferiores y otros trastornos cardiovasculares que pueden causar la muerte, por lo que representa un problema de salud pública tanto a nivel mundial como en México, donde es la primera causa de mortalidad general con 46.225 casos por 100.000 habitantes (Secretaría de Salud, 2000).

Debido a lo anterior el enfermo con diabetes se ha convertido en un problema médico, social y psicológico ya que al ser diagnosticado con DM o empezar a sufrir alguna complicación además del impacto psicológico tiende a pasar por las típicas etapas de duelo que son la negación, ira, miedo, depresión y en algunos casos aceptación y esperanza, además de un estado de estrés sostenido y otros trastornos psicológicos que le afectan y muchas veces son ignorados lo que repercute en el control de su enfermedad y en su calidad de vida por lo que la psicología de la salud a través de programas de salud integrales son una buena alternativa sobre todo desde la perspectiva preventiva tratan de actuar sobre el aspecto psicológico, el comportamiento del individuo o sobre algunos elementos de su contexto social o familiar para que se produzca un cambio perceptible en el aspecto biológico del individuo.

Los tratamientos únicamente médicos no reditúan los beneficios necesarios hacia la salud, por lo que es necesario identificar conductas que disminuyan el riesgo de la enfermedad y favorezcan otras para ayudar a los individuos con el fin de ser más sanos, lo que implica un cambio y mantenimiento de un nuevo estilo de vida.

La psicología de la salud aborda el trabajo conjunto, integral y complementario hacia la atención de pacientes con problemas crónicos degenerativos como la diabetes mellitus a través de diferentes estrategias de afrontamiento, que implica básicamente entrenar al paciente a vivir o estar mejor con su enfermedad y evitar deterioros psicológicos y conductuales, lo que se traduce en mejorar la calidad de vida.

1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Algunos trastornos psicológicos como el estrés, la ansiedad, la depresión entre otros, son la causa son las causas de malestares así como de enfermedades, ya que la enfermedad por sí misma genera estrés y al reducir éste se reduce el riesgo del incremento de molestias.

Cuando se desarrolla una enfermedad crónica como la DM, el paciente necesita efectuar una serie de ajustes cognitivos y conductuales que le permitan un mejor desempeño en el nuevo contexto de su enfermedad. Necesita por ejemplo aprender nueva información relevante para entender la enfermedad como son los signos y síntomas, su tratamiento, el paciente tendrá la responsabilidad de controlar su enfermedad por diferentes medios, como el control de su alimentación, actividad física, uso de antidiabéticos orales (hipoglucemiantes) o insulina, reducción de peso, monitoreo de glucemia y debe reconocer como adecuar sus pautas de tratamiento ante eventualidades e imprevistos como viajes, otras enfermedades e incluso situaciones críticas y deberá de aprender habilidades de afrontamiento específicas.

Además tendrá que hacer una serie de cambios en sus sistemas de creencias en lo que es valioso respecto de él y lo que puede ser entendible de su enfermedad para otros, estos cambios en prioridades y valores son componentes del estrés, ansiedad y depresión siendo estos la meta del tratamiento psicológico.

Además de los cambios en el estilo de vida, la mayor esperanza y calidad de vida son factores importantes en dicha modificación. Los sistemas de salud han de responder a la necesidad de cambio y ser capaces de adoptar nuevas estrategias ante los problemas de salud actuales, no solo para satisfacer la creciente demanda de los enfermos diabéticos, sino para modificar la tendencia de los padecimientos que pueden prevenirse sin perder de vista el concepto de salud marcado por la OMS en el que establece que la salud no hace referencia únicamente a aspectos físicos sino que este concepto incluye aspectos psicológicos y sociales: "Salud como estado de bienestar físico, psíquico y social" (Frojan, 1995).

La salud así entendida se relaciona en parte con lo que los individuos hacen, es decir el comportamiento, que es algo que depende del propio individuo, que puede controlar y potenciar mediante la ejecución de comportamientos no patógenos, lo que conduce al individuo a un estilo de vida saludable

El control de la diabetes tiene mayores perspectivas cuando el paciente tiene una participación activa, adquiere adherencia al tratamiento, así como apoyo médico, psicológico, social y familiar (Watkins, C.E,1997).

Los beneficios que se esperan obtener son: reducción en la mortalidad y en las complicaciones que este padecimiento genera, pero sobre todo elevar la calidad de vida del enfermo con diabetes, sin embargo esto no se ha logrado a pesar de los avances científicos en esta área, lo que hace suponer que aún predomina el antiguo modelo médico donde el paciente es pasivo, además de predominar la atención en el aspecto biológico, y el deficiente apoyo psicológico y social que repercute en una inadecuada adherencia terapéutica que conduce a un descontrol metabólico con sus consecuentes complicaciones físicas psicológicas y una mala calidad de vida.

Por lo que es importante difundir e implementar programas de salud integrales, que incluyan la intervención psicológica.

Capítulo I. DIABETES MELLITUS

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN.

La Diabetes Mellitus es síndrome metabólico caracterizado por hiperglucemia provocado por defectos de la insulina en la secreción, acción o ambas. (Inf. Comité de expertos, 1999).

La diabetes mellitus es un padecimiento de evolución crónico degenerativo causado por múltiples factores, se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos, se manifiesta principalmente como hiperglucemia, aunque puede coexistir con hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. (Alpizar, 2000)

La hiperglucemia crónica de la diabetes se acompaña de daño, disfunción e insuficiencia a largo plazo de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

En el desarrollo de la diabetes participan varios procesos patogénicos, que van desde la destrucción auto inmunitaria de las células β del páncreas, con la consiguiente deficiencia de insulina, hasta anomalías que producen resistencia a la acción de esta hormona. La base de las anomalías en el metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas en la diabetes es la acción deficiente de la insulina en los tejidos blanco, provocada por la secreción inadecuada de la misma, disminución de la respuesta tisular a esta hormona, o ambos en uno o más puntos de las vías de acción complejas de la hormona, con frecuencia coexisten en el mismo paciente el deterioro de la secreción de insulina y los defectos en la acción de la misma.

Los síntomas de hiperglucemia pronunciada comprenden: poliuria, polidipsia, pérdida de peso, en ocasiones polifagia y visión borrosa. La hiperglucemia crónica puede ocasionar un deterioro del crecimiento y susceptibilidad a ciertas infecciones.

Las complicaciones agudas graves de la diabetes, que ponen en peligro la vida, son hiperglucemia con cetoacidosis o el síndrome hiperosmolar no cetótico.

Las complicaciones crónicas de la diabetes incluyen: retinopatía con pérdida potencial de la visión, nefropatía que conduce a insuficiencia renal, neuropatía periférica con el

peligro de úlceras del pie, amputaciones y articulación de Charcot, y neuropatía autónoma que causa síntomas gastrointestinales, genitourinarios, cardiovasculares y disfunción sexual.

Entre los mecanismos a los que se atribuye el daño tisular por hiperglucemia crónica, está la glucogenación de proteínas tisulares y otras macromoléculas y la producción excesiva de compuestos de polioles a partir de glucosa.

Los enfermos con diabetes tienen una elevada incidencia de enfermedad cardiovascular, periférica vascular y cerebrovascular aterosclerótica.

Con frecuencia, los enfermos con diabetes presentan hipertensión arterial, anormalidades del metabolismo de las lipoproteínas y enfermedad periodontal.

El impacto emocional y social de la diabetes y las exigencias del tratamiento pueden originar una disfunción psicosocial importante en los pacientes y sus familiares.

La gran mayoría de los casos se engloban en dos categorías: Diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2. (Inf. Comité de expertos, 1999)

CLASIFICACIÓN.

Se presenta la clasificación actual de la diabetes mellitus aprobada por la Asociación Americana de Diabetes Mellitus y avalada por la Asociación mundial de la Salud en julio de 1997 (National Diabetes, 1997), la cual es avalada por la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes ((SS.Proyecto Modificación Norma Oficial DM, 2000), la cual es utilizada en el programa de institucional de prevención y control de la diabetes mellitus en el IMSS, en la secretaria de salud y demás instituciones de salud en nuestro país.

- I. DIABETES TIPO 1
- II. DIABETES TIPO 2
- III. OTROS TIPOS ESPECÍFICOS DE DIABETES
- IV. DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

I.- Diabetes tipo 1

Se caracteriza por la destrucción de las células β del páncreas que suele llevar a deficiencia absoluta de insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados, y suelen presentar comienzo abrupto de signos y síntomas con insulinopenia generalmente antes de los 30 años de edad. Con frecuencia tienen cetonuria asociada a hiperglucemia y dependen del tratamiento con insulina para prevenir cetoacidosis y mantener la vida.

Existen dos subtipos: a. Autoinmunitaria
b. Idiopática.

II. Diabetes tipo 2.

Se presenta en individuos que tienen resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. En este tipo se incluye al poco más del 90% de todos los enfermos con DM. Generalmente los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos. No tienen tendencia a la cetoacidosis, excepto durante periodos de estrés. Si bien no dependen del tratamiento con insulina para sobrevivir, pueden requerirla en algunos casos para el control de la hiperglucemia.

III. Otros tipos específicos de diabetes.

En esta categoría se incluye al 3% de los enfermos con DM, y se divide en la siguiente forma:

a. Defectos genéticos en la función de las células β , que comprende varias entidades:

- Cromosoma 12, HFN-1 alfa
- Cromosoma 7, glucosinasa
- Cromosoma 20, HFN-4 alfa
- DNA mitocondrial

b. Defectos genéticos en la acción de la insulina

Resistencia a la insulina tipo
Leprechaunismo
Síndrome de Rabson-Mendenhall
Diabetes lipotrófica, otros

- c. Enfermedades del páncreas exócrino. Cualquier proceso que lesione en forma difusa al páncreas puede causar diabetes como:

Pancreatitis
Trauma/ pancreatectomía
Neoplasia
Fibrosis quística
Hemocromatosis
Pancreatopatía fibrocalculosa, otras.

- d. Endocrinopatías:

Algunas hormonas como la de crecimiento, cortisol, glucagon y epinefrina antagonizan la acción de la insulina, cualquier exceso en la producción de éstas pueden producir hiperglucemia, como es el caso de algunas de las siguientes endocrinopatías

Acromegalia
Síndrome de Cushing
Glucagonoma
Feocromocitoma
Hipertiroidismo
Somatostatina
Aldosteronoma, otros.

- e. Diabetes inducida químicamente por fármacos:

Estos fármacos no causan diabetes pero pueden precipitarla, sobre todo en individuos con resistencia a la insulina.:

Vacor
Pentamidina
Ácido nicotínico
Glucocorticoides
Hormonas tiroideas
Diazóxidos

Antagonistas β adrenérgicos

Tiazidas

f. Infecciones:

Rubéola

Citomegalovirus, otros

g. Diabetes poco común mediada inmunológicamente

h. Otros síndromes genéticos ocasionalmente asociados con diabetes.

IV. Diabetes Gestacional

Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que comienza o se detecta por primera vez durante el embarazo. Suele desaparecer después del parto, pero la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus entre cinco y diez años después va de 30 a 60%.

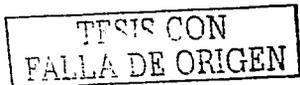
EPIDEMIOLOGÍA.

La diabetes mellitus representa una de las enfermedades de mayor proporción dentro de los padecimientos crónico- degenerativos y representa un grave problema de salud pública tanto a nivel mundial como nacional.

Según estimaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se calcula que existen a nivel mundial alrededor de 135 millones de enfermos con diabetes y se espera que esta cifra se eleve a 3000 millones en los próximos 25 años. El aumento será de 40% en los países desarrollados y de 70% en los países en vías de desarrollo.(Alpízar, I. 2001)

La diabetes tipo 2 se está incrementando a un ritmo alarmante. Existen actualmente 16 millones de americanos con diabetes, pero se espera que dentro de 10 años haya 23 millones con la enfermedad.(Wing, R.R,2001)

En México la DM es la tercera causa de muerte en la población general con 435 486 defunciones (Secretaría de Salud, 2000).



Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y cerca de 30% de los individuos afectados desconoce que la tiene. Lo que significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas.

En el pasado la DM tipo 2 afectaba principalmente a individuos menores de 40 años de edad, sin embargo el aumento de la obesidad infantil ha llevado a un marcado incremento en la diabetes tipo 2 en adolescentes y adultos. Para 1995 en México 3.8 millones de adultos con diabetes, y ocupaba el noveno lugar dentro de los 10 países con mayor número de personas con esta enfermedad; para el año 2005, se prevé alcance los 11.7 millones y pase a ocupar el séptimo lugar en orden de frecuencia con mayor número de personas diabéticas.

Esta tendencia son tanto el resultado del envejecimiento de la población como de los cambios que se están dando en los patrones culturales y que repercuten en los estilos de vida no saludables de las personas, el dramático aumento de la obesidad y el sedentarismo.

La prevalencia de diabetes gestacional en México es variable, se pueden encontrar cifras que van desde 0.15 hasta 12.3%.

Además la diabetes es la causa más importante de origen no traumático para la amputación de miembros inferiores, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal. Es también uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

Los costos económicos asociados con el tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes. (SS. Proy. Modif. Norma Oficial DM.,2000).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

Los valores de referencia de glucosa plasmática (glucemia) en un individuo sano son de 70 - 110 mg/dl. Los valores por arriba de estas cifras se consideran como

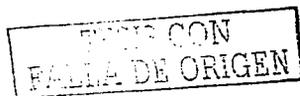
hiperglucemia. Mientras que valores por debajo de 70 mg/dl de glucosa plasmática, se consideran como hipoglucemia.

Para realizar el diagnóstico de diabetes mellitus se pueden usar tres métodos que requieren confirmación en los días subsiguientes:

1. **Síntomas de diabetes aunados a una concentración casual de glucosa en plasma de 200 mg/dl (11.1 mmol/L) o mayor** (casual se define como cualquier hora del día sin considerar el tiempo desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen: poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable).
2. **Glucosa plasmática en ayuno igual o mayor a 126 mg/dl (7.0 mmol/L).** (ayuno se define como la ausencia de ingestión calórica durante ocho horas cuando menos).
3. **Glucosa plasmática 2 horas post carga de glucosa igual o mayor a 200 mg/dl durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa.** (la prueba se debe efectuar como describe la OMS, es decir utilizando un equivalente de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua.

El comité de expertos distingue un grupo muy importante de personas con niveles de glucemia que no reúne el criterio para el diagnóstico de diabetes, pero que tiene glucemias mas altas a las consideradas como normales. **Este grupo con intolerancia a la glucosa en ayuno o hiperglucemia en ayuno se caracteriza por tener niveles de glucosa plasmática en ayuno iguales o mayores a 110 mg/dl pero menores a 126 mg/dl,** o bien un valor de glucosa igual o mayor a 140 mg/dl 2 horas después de una carga de glucosa (prueba de tolerancia oral a la glucosa) pero menores a los 200 mg/dl.

FACTORES DE RIESGO Con base en algunos indicadores, se puede predecir cuantas personas enfermaran o morirán por diabetes mellitus, pero no se puede saber con la misma seguridad quienes son los que sufrirán estos daños. Sin embargo es posible comparar las características de aquellos que han enfermado, han tenido alguna complicación o han muerto y así establecer las características que difieren de los sanos. A través de este enfoque se estará en condiciones de identificar aquellos factores de



riesgo que nos permitan actuar con anticipación y así disminuir los riesgos de la población .

Factores de riesgo es un término moderno que combina un concepto clásico de causa directa de enfermedad con conceptos más recientes de probabilidad, predicción y pronóstico, aplicable, a la comprensión básica de las causas y la prevención de las enfermedades, por ejemplo la DM comparte varios factores de riesgo con la enfermedad cardiovascular, y otras que pertenecen al síndrome metabólico, de ahí su importancia en dichos factores.

Los factores de riesgo para la DM se pueden clasificar en modificables y no modificables:

Los factores modificables son de suma importancia ya que si se logra incidir en ellos, ya sea por cambios en el estilo de vida o por intervención farmacológica, se puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste o bien se retarde su aparición y se modifique la evolución desfavorable hacia complicaciones micro y macrovasculares.

No Modificables

- Ascendencia hispanica
- Edad igual o mayor a 45 años
- Antecedentes de Diabetes Mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos)
- Antecedentes de haber tenido un hijo con un peso al nacer $\geq 4\text{Kg}$

Modificables

- Obesidad
- Sobrepeso
- Sedentarismo
- Tabaquismo

- Manejo inadecuado del estrés
- Hábitos inadecuados de alimentación
- Estilo de vida contrario a su salud
- Índice de masa corporal $\geq 27 \text{ Kg/m}^2$ en hombres y $\geq 25 \text{ Kg/m}^2$ en mujeres
- Índice cintura – cadera ≥ 0.9 en hombres y ≥ 0.8 en mujeres
- Presión arterial con cifras $\geq 140/90 \text{ mmHg}$
- Triglicéridos $\geq 150 \text{ mg/dl}$
- HDL de colesterol $\leq 35 \text{ mg/dl}$

La población mexicana es un grupo de alto riesgo por una mayor ocurrencia del síndrome de resistencia a la insulina.

Existen dos factores de riesgo que, debido a su alta probabilidad de ser evolutivos hacia la diabetes mellitus, cobra gran importancia su diagnóstico y tratamiento adecuados con el fin de revertirlos. Estas dos alteraciones en la homeostasis de la glucosa son:

- Alteración de la glucosa en ayunas (AGA) ≥ 110 pero $<$ de 126 mg/dl
- Intolerancia a la glucosa (IG), medición a las dos horas poscarga de glucosa ≥ 140 pero $<$ de 200 mg/dl . (Alpizar, 2002; Pérez-Pasten, 1998).

Aparte de los datos epidemiológicos, varios estudios de intervención sugieren que la pérdida de peso y el incremento de actividad física pueden ayudar a prevenir o retardar el desarrollo de la DM tipo 2 en aquellos con alto riesgo de esta enfermedad.

Tanto el ejercicio como un régimen de alimentación adecuados han probado reducir la resistencia a la insulina, un gran defecto fisiológico relacionado al desarrollo de la diabetes, y mejorar el control glucémico. Estos factores también disminuyen la hipertensión arterial y anomalías lipídicas y por tanto contribuyen a la disminución del riesgo de enfermedad cardíaca en individuos con DM tipo 2. (Wing, R.R. y col., 2001).

Puesto que comportamientos (específicamente dieta y actividad física y estrés) están entre los factores de riesgo principales de la DM tipo 2 y son un aspecto clave para su tratamiento, es muy importante la modificación de esas conductas (Rewers, M. Hamman, R F, 1995); aspecto que se abordará en el siguiente capítulo.

Cpítulo II. TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

La finalidad del tratamiento es mejorar la calidad de vida del enfermo con diabetes, el estrés, la ansiedad, la depresión son trastornos psicológicos comunes que contribuyen al abandono del tratamiento y arriesgan al enfermo al descontrol metabólico y como consecuencia a la aparición de complicaciones, por lo que la intervención psicológica se hace necesaria en el manejo de estos trastornos, lo que contribuye también a la disminución de síntomas y al pronóstico de la enfermedad.

El enfermo con diabetes tiene la responsabilidad de controlar su enfermedad por diferentes medios, como el control de su alimentación, actividad física, uso de hipoglucemiantes orales o insulina, reducción de peso, medición de su glucemia y debe reconocer como adecuado sus pautas de tratamiento ante eventualidades e imprevistos como viajes, otras enfermedades e incluso situaciones críticas. El control de la diabetes tiene mayores perspectivas cuando el enfermo adquiere adherencia al tratamiento, para lo cual requiere información acerca de la naturaleza de su padecimiento y de su participación activa, así como apoyo médico, psicológico, familiar y social (Polaino, y col.,1994)

El tratamiento se encaminará a aliviar y prevenir tanto los síntomas como las complicaciones de la diabetes tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Lograr el bienestar físico y emocional de los enfermos con DM e intolerancia a la glucosa, aliviando y previniendo los síntomas de la hiper e hipoglucemia.
- Evitar o retardar las complicaciones de la DM, logrando un control metabólico óptimo y una reducción de los factores de riesgo cardiovascular para cada enfermo. Esto incluye el peso corporal, los lípidos y la presión arterial, así como los niveles de glucosa en sangre.
- Detectar el desarrollo precoz de complicaciones, para poder instaurar el tratamiento en el momento adecuado

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Tratamiento Farmacológico:

Sólo se mencionaran los grupos de fármacos que se utilizan para el tratamiento del enfermo con DM.

- Agentes hipoglucemiantes orales (secretagogos de insulina)
- Antihiperlucemiantes
- Sensibilizadores de la insulina
- Insulina
- Terapia combinada.

Tratamiento No Farmacológico:

Este tipo de tratamiento está relacionado principalmente con cambios cognitivo-conductuales. Ya que el enfermo con diabetes tendrá que realizar cambios en su estilo de vida y mantenerlo para poder tener un adecuado control de su enfermedad. Mediante:

- Educación para la salud (educación diabetológica)
- Plan alimentario y control de peso
- Actividad física
- Manejo adecuado del estrés y otros trastornos psicológicos.
- Tratamiento combinado.

Como ya se mencionó en este trabajo se desarrollará un programa de intervención psicológica para mejorar la calidad de vida del enfermo con diabetes, sin embargo se describirán brevemente los otros aspectos del tratamiento no farmacológico, ya que los profesionales en el área de la salud tienen la obligación de conocerlos para realizar también una función educativa, brindar apoyo en la adherencia terapéutica y comprender mejor al enfermo.

Capítulo III. EDUCACIÓN EN EL ENFERMO CON DIABETES MELLITUS.

La educación pretende que el paciente tome decisiones informadas acerca de las opciones de tratamiento.

El paso inicial y crucial en el proceso educativo es la aceptación de la diabetes con su carácter de incurabilidad, que requiere por tanto, un manejo permanente y limitaciones variables en el estilo de vida, dependientes en gran medida del nivel de control que se logre.

Dos tipos de educación son cruciales para el autocuidado del enfermo con DM:

- 1- El primer tipo de educación incluye proporcionar información acerca de la diabetes y su tratamiento para permitir que el paciente tenga elementos para tomar decisiones acerca de las opciones de tratamiento. Este tipo de educación puede denominarse *entrenamiento en el auto manejo*.
- 2- El segundo tipo de educación es diseñado para facilitar la autoconcientización y el desarrollo de habilidades para enfrentarse con los componentes emocional, social, intelectual y espiritual de sus vidas en relación con las decisiones diarias que tienen que hacer acerca de su diabetes.

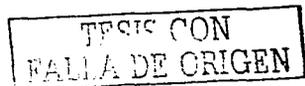
Este tipo de educación se denomina *entrenamiento de habilidades para enfrentar la diabetes* (Funnel, M. 1997).

Para llevar a cabo el proceso de la educación se requiere del educador y el educando (el paciente y su familia) y el programa educativo.

El educador debe ser un profesional de la salud que tenga experiencia y conocimientos actualizados de la DM y su manejo. Además debe conocer los principios básicos del proceso de enseñanza-aprendizaje y tener la habilidad y disposición para comunicarse con el paciente y su familia.

El educando (paciente y familia)

El control óptimo de la diabetes ofrece la alternativa de minimizar y retardar la aparición y severidad de las complicaciones vasculares. Para que el paciente sea un participante activo de su manejo requiere ser instruido, apoyado y motivado en el



manejo de la diabetes por lo que la educación tiene como objetivo desarrollar la capacidad para resolver problemas del control metabólico y favorecer el ajuste psicológico a las demandas emocionales generadas por la enfermedad.

El modelo médico tradicional frecuentemente ignora los aspectos emocionales y culturales de las personas con diabetes. El tratamiento efectivo de la diabetes es responsabilidad tanto del paciente como de su familia. El nivel de funcionalidad familiar junto con las condiciones socioculturales y económicas tienen gran influencia en el auto cuidado de la diabetes.

A los familiares del paciente les corresponde una triple función: son sujeto y objeto de educación, el familiar requiere información y un mínimo de conocimientos para convivir con su paciente diabético y apoyarlo a sobrellevar las exigencias terapéuticas; como apoyo del paciente en el hogar y en la comunicación con los servicios de salud. El familiar contribuirá a que el paciente siga el tratamiento pero sin sobreprotegerlo ni asumir la responsabilidad que incumbe al paciente para su estado de salud. Finalmente se desempeña como promotor de hábitos y estilos de vida sanos mediante su participación en las actividades para diabéticos y de fomento a la salud (García y Suárez, 1997).

El programa educativo debe ser continuo, flexible y progresivo en su contenido, siempre acorde a las necesidades y estado psicológico de las personas. Los adultos aprenden mejor cuando identifican y se enfrentan a problemas que requieren solución inmediata.

Para el diseño de un programa de educación conviene preguntar qué, cómo y cuándo enseñar.

Los psicólogos de la salud han identificado y sistematizado tres áreas en el diseño de un programa educativo: cognitiva, psicomotriz y afectiva.

El área cognoscitiva comprende el aprendizaje de hechos, técnicas y generalizaciones, con un carácter interpretativo y evaluativo.

El área psicomotriz se refiere a la percepción sensorial con acciones mentales y motoras, poniendo en juego su sistema neuromuscular, y la capacidad de crear imágenes mentales de los pasos de un procedimiento o destreza manual.

El área afectiva de la educación comprende el sistema de valores del paciente y su familia, sus creencias, actitudes y comportamiento que tienen hacia el autocuidado,

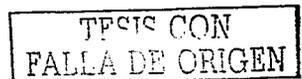
sus necesidades de salud y aprendizaje.

En el campo de la educación diabetológica son importantes las tres etapas educativas:

1. Educación inicial o de sobre vivencia que se lleva a cabo tan pronto como se establece el diagnóstico y deberá enfocarse a las habilidades básicas o primarias para el manejo de su diabetes, son habilidades de supervivencia, son las más urgentes y necesarias, solo funciona brevemente y permite que el paciente empiece a preocuparse por su auto cuidado y sirve de base para pasar a la etapa de educación intermedia.
2. Educación intermedia o de profundidad se refuerza y complementa el conocimiento de los aspectos básicos de la educación inicial y se profundiza de acuerdo a las necesidades de capacitación y motivación del paciente. En esta etapa se establecen junto con el paciente los objetivos bioquímicos y clínicos que se pretenden con el tratamiento.
3. Educación continua esta etapa comprende la revisión y el reforzamiento periódicos de las habilidades, conceptos básicos y objetivos con la finalidad de adquirir conocimientos actualizados y acordes con las necesidades prevalentes del paciente, entre las que incluyen adolescencia, embarazo, empleo y la aparición de complicaciones micro y macro-vasculares.

El área primaria de responsabilidad para psicólogos de la salud que atiendan integralmente la diabetes es la educación de pacientes, sus familiares y sistemas de apoyo. El contenido de un programa educacional en DM debe incluir:

- Fisiopatología de la diabetes mellitus
- Manejo nutricional y dieta
- Intervenciones farmacológicas
- Ejercicio y actividad física
- Auto monitoreo para control glucémico
- Prevención y manejo de complicaciones agudas y crónicas
- Ajuste psicológico
- Habilidades para resolver problemas
- Manejo de estrés



- **Uso de los sistemas del cuidado de salud.**

Los contenidos mencionados son necesarios aunque no limitados en la educación del paciente con DM.

Sin embargo en este programa sólo está enfocado al manejo del estrés.

Una persona informada no es necesariamente una persona educada, es decir, la información que no cambia el comportamiento de un individuo no es efectiva. Pero sí la usa, si la incorpora como un elemento más de los que participan en su raciocinio y en sus motivaciones entonces se transforma en un sujeto educado (Blanco, 2001)

Capítulo IV. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN EL ENFERMO CON DIABETES MELLITUS.

Las enfermedades sistémicas crónicas, entre ellas la diabetes mellitus se han asociado a la presencia de trastornos afectivos, los cuáles se han implicado como posibles factores en el origen de la enfermedad y en el curso de la misma, como influencias relevantes a través de respuestas psicológicas de estrés o bien modificando las conductas del paciente frente a su padecimiento. La ansiedad y la depresión características del patrón de conducta del enfermo con diabetes y se sabe que son : a) Factores en la etiología de la DM; b) Determinantes de fluctuaciones en el control metabólico del enfermo diabético; c) Consecuencias de la diabetes producto de desajuste agudo o crónico del paciente frente a la enfermedad y d) Consecuencias psicobiológicas de la diabetes a nivel del sistema nervioso (Vázquez y col, 1994).

El hecho de ser diagnosticado con DM además del impacto psicológico de la depresión produce un estado de estrés sostenido ya que esto influirá en la vida del paciente puesto que tendrá que realizar una serie de ajustes tanto físicos como psicológicos en su nuevo estilo de vida como aprender y realizar cambios en su régimen dietético y actividad física, intervenciones médicas, horarios de trabajo o escolares, además de hacer una serie de ajustes psicológicos que le permitan tener una visión diferente de sí mismo y responsabilizarse del manejo de su enfermedad.

Los trastornos psicológicos en relación con la DM han estado presentes desde siempre, sin embargo hasta últimas fechas se les ha dado la importancia adecuada.

Ya desde el siglo XVII, Thomas Willis atribula la etiología de la diabetes a la tristeza y a la pena. Maudsley en 1899 (Citados en: Polaino-Lorente, 1994), sostuvo que tanto la depresión como la angustia constitulan importantes factores en la génesis de la diabetes mellitus. Por otro lado Cannon y cols. en 1911 demostraron experimentalmente en gatos el aumento de la eliminación de glucosa en orina tras la exposición del animal a situaciones frustrantes, de aquí se infirió que el aumento de glucosa en sangre podría constituir una de las manifestaciones de las denominadas entonces reacciones del estrés. En publicaciones mas recientes se vincula a la diabetes con la depresión y el dolor (Dalessio,1977; Sanders y col., 1975; Sullivan 1978; Turkington,1980). En la primera mitad del siglo lo que concuerda con las hipótesis formuladas desde hace más de 300 años.

Existen dos directrices en las que pueden sintetizarse las posibles relaciones existentes entre diabetes y psicopatología :

- La que estudia la influencia de los factores psicológicos sobre el comienzo y aparición de la diabetes.
- La que trata de establecer cómo influyen determinados factores psicológicos en el curso y evolución de la diabetes.

Por otra parte se han estudiado la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y algunos trastornos psicopatológicos como la depresión y la ansiedad.

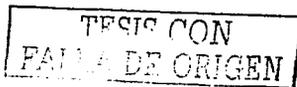
Se ha encontrado que sujetos con síntomas depresivos informan de más acontecimientos estresantes de determinadas categorías que individuos con trastornos por ansiedad. La evidencia acumulada sugiere que los pacientes deprimidos informan de más acontecimientos en el período que precede al comienzo de la enfermedad depresiva en relación con sujetos control normales (Oblitas, G. L., 2000)

DEPRESIÓN Y DIABETES.

La alteración psicológica influye para que los enfermos con diabetes puedan llevar un tratamiento en forma óptima o se desanimen a cumplirlo. La depresión es una alteración que se puede presentar en cualquier edad de los enfermos con diabetes y en cualquier tipo de diabetes por lo que no debe ser tomada a la ligera, el profesional de la salud debe reconocer los síntomas clínicos de la depresión y canalizar al enfermo al tratamiento psicológico.

La depresión se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable, tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante, deterioro significativo de la actividad social o laboral y una vez que ha cesado el estresante o sus consecuencias, los síntomas no persisten más de seis meses.

Síntomas agudos de depresión :



Cambios del apetito o peso, cambios del sueño, cambios de la actividad psicomotora, sentimientos de infravaloración o culpa, falta de energía, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. La asociación diabetes – depresión parece ser bidireccional; es decir, la diabetes produce cambios drásticos en el estilo de vida del paciente, así como alteraciones neuroquímicas, endócrinas y vasculares que favorecen la presencia de depresión, por su parte ésta incrementa el descontrol metabólico y la aparición de los síntomas propios de la diabetes. Una tercera posibilidad que se maneja es que la diabetes y la depresión comparten genética e inmunológicamente algunos factores etiológicos, es decir que pueden tener al menos parcialmente un origen común (Lutsman, et al. 1997). Por otro lado para los diabéticos deprimidos es muy difícil el control de su glucosa sanguínea puesto que no cuentan con la energía o motivación para hacerlo, incluso la depresión puede conducir a un estado hiperglucémico (Watkins, C. 1996).

En un estudio realizado en 68 enfermos con diabetes se encontró que todos tenían un mal control de su glucosa, de este grupo, 28 se encontraban clínicamente deprimidos, se les trató con antidepresivos y se les dividió en cuatro grupos. La mitad de los pacientes deprimidos recibieron medicamentos (antidepresivo tricíclico), el resto recibió placebo. A los pacientes no deprimidos también se les dividió en dos grupos y se les administró el medicamento y placebo respectivamente.

Por medio de este estudio Watkins, C.E. (1997) demostró que los pacientes que se encontraban deprimidos y que tomaron el antidepresivo mejoraron sus niveles de glucosa sanguínea junto con su salud psiquiátrica. Por lo que se comprobó que la mejoría de la depresión puede traducirse en una mejoría de las manifestaciones clínicas de la diabetes y por tanto un mejor control de la glucemia.

Por otro lado Ariet (1993) realizó un estudio en enfermos con diabetes tipo 1 (insulinodependientes) y diabéticos tipo 2 (no insulinodependientes), en los que se valoraron trastornos de la conducta. Se reportó que el 71% tenía algún trastorno psiquiátrico, el trastorno depresivo mayor se presentó en el 33% de los casos, la ansiedad generalizada en el 41% y el 14% sufría algún episodio depresivo al momento del estudio. En otro estudio De la Fuente, (1975) reportó que la depresión era mayor en enfermos diabéticos en relación a la población en general, con predominio en los diabéticos tipo 2, y aparece entre los 27 y 37 años de edad y al inicio de la DM, a

diferencia de los enfermos con diabetes tipo 1, donde por lo regular aparece mucho después de haber iniciado la DM.

Además también es frecuente que los enfermos con diabetes y depresión presenten un elevado porcentaje de complicaciones crónicas de la diabetes.

En un estudio realizado en 636 ancianos México-americanos con diabetes Black, (1999), encontró que el 31.1% de dichos enfermos presentaron niveles elevados de síntomas depresivos y los riesgos de enfermedades conmorbidas, infarto al miocardio, hipertensión arterial artritis y angina fueron significativamente más altos al igual que los riesgos de complicaciones diabéticas, discapacidad funcional, incontinencia, problemas de visión, además de percibir un pobre estatus de salud en comparación con enfermos diabéticos no deprimidos y enfermos deprimidos sin diabetes..

La depresión también se correlaciona con un pobre apoyo social y un bajo nivel económico, personalidad neurótica hereditaria y la presencia de complicaciones crónicas de la DM como la retinopatía entre otras.

ESTRÉS Y DIABETES.

En los enfermos con diabetes mellitus, el manejo adecuado del estrés, les permite enfrentar y manejar la enfermedad de manera más efectiva, durante situaciones difíciles. En este capítulo se describirá el papel tan importante que el estrés juega en relación a la DM.

El término estrés se sustenta en un conjunto de numerosas de investigaciones desde el siglo XIX, donde el fisiólogo Claude Bernard lo definió como respuesta adaptativa del organismo a un estímulo externo para mantener la homeóstasis. Hans Selye, en 1936 Selye,(1982) formuló la respuesta al estrés como un proceso que implica cambios que se dan en primer lugar a nivel orgánico y químico, limitando así las respuestas a la reacciones no específicas del organismo frente a un estímulo externo. El concepto de estrés vital aportado por Wolf (1953) es: el estrés sería el estado que se produce en el organismo como resultado de las interacciones entre un ambiente externo nocivo y el organismo, lo cual incluye a su pasado. Lazarus (1986) propuso la conceptualización del estrés como un concepto genérico para la totalidad de problemas que incluyen al estímulo provocador, las reacciones del organismo y diversos procesos intervinientes. En la actualidad se conceptualiza al estrés como un proceso multidimensional e

interactivo donde están implicados los sucesos o estímulos estresantes o estresores, la valoración cognitiva del sujeto, la respuesta fisiológica y las consecuencias de tal comportamiento.

Los estímulos estresantes biofísicos están constituidos por acontecimientos físicos o biológicos, normalmente externos e impuestos al sujeto contra su voluntad (contaminación, ruido, calor, frío, ingestión de drogas, esfuerzo físico excesivo, cirugía, algún tratamiento médico prolongado o difícil de llevar a cabo, padecer algún trastorno o enfermedad ya sea aguda o crónica como la Diabetes mellitus, etc.) y que producen en él un desequilibrio homeostático que dispara la correspondiente respuesta de estrés. Los estímulos psicológicos y sociales son también frecuentes debido al estilo de vida. En estos casos la reacción de estrés no está relacionada directamente con la naturaleza objetiva de los estímulos estresantes, sino con la interpretación o el significado psicológico o cognitivo que el sujeto asigna a los distintos estímulos o situaciones, sean éstos físicos, relacionales o interpersonales, o procesos internos meramente personales, subjetivos o psicológicos (Carroles, 1996).

Fuentes Potenciales de Estrés en enfermos con DM.

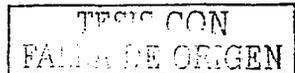
- Horarios
- Procedimientos invasivos
- Ser diferente
- Presión entre grupos
- El costo del cuidado
- Tiempo

Además existen otras fuentes de estrés cotidiano como problemas en el trabajo, escuela, relaciones con los demás, pérdidas de familiares o amigos, etc. (Funnel, M.1997)

Existen diversos autores que sugieren cierta vinculación etiológica de la diabetes respecto al estrés.

Según ellos el estrés suscitaría una tensión emocional muy intensa, lo que generaría una importante liberación de catecolaminas endógenas, que a su vez serían las últimas responsables de la respuesta cetónica aumentada (hiperglucemia, glucosuria y cetonuria) que acontece en el diabético.

Bajo este modelo psicofisiopatológico, se pretende vincular la génesis de la enfermedad diabética al impacto sufrido por el organismo ante la aparición de un fuerte e intenso contingente de factores estresantes, por esta razón existen numerosos autores que han



tratado de esclarecer las posibles relaciones existentes entre el estrés y la etiología de la diabetes. Por ejemplo, Cohen y cols. (1960) pudieron demostrar en 11 de 73 pacientes diabéticos hospitalizados por cetoacidosis, la excesiva presencia de factores estresantes a los que los autores hacían responsables de dicho desajuste metabólico.

Pero la función del estrés no parece limitarse solo al comienzo de la enfermedad (Rahe y Hollmes, 1973; Slawson y cols., 1963). El estrés es un ingrediente que continuamente modifica en sentido negativo la evolución de la enfermedad (Grant y cols., 1974; Holmes y Masuda, 1974). Más valor tienen los estudios experimentales realizados para poner de manifiesto estas relaciones entre diabetes y estrés, así por ejemplo se ha comprobado que ante conversaciones tóxicas de tipo estresante, los diabéticos modifican los niveles de glucosa en sangre y en orina. Diabéticos y no diabéticos cuando son expuestos a éstos estímulos estresantes aumentan la eliminación en orina de cuerpos cetónicos (Hinkle y Wolf, 1952).

Otros autores Vandenbergh y cols., (1966 y 1967) han encontrado que la exposición del diabético a estímulos estresantes disminuye en ocasiones la tasa de glucosa en sangre. En investigaciones realizadas en animales experimentales, se ha estudiado la modificación de las glucemias, a través del condicionamiento clásico, obteniéndose resultados divergentes, tanto de tipo hipoglucémico como hiperglucémico (Siegel, 1975; Flaherty y cols., 1980).

A través de estudios retrospectivos puede indagarse en la incidencia de factores estresantes en los dos o tres meses anteriores a la aparición de la sintomatología diabética. También al estrés se le hace responsable del no seguimiento de la dieta por parte de los pacientes. Kirkley (1982) atribuye que el 19% de los diabéticos por él estudiados que no seguían la dieta, ya sea por comer demasiado o por comer alimentos prohibidos en el régimen, lo hacían debido a factores emocionales y estresantes.

Debido a lo anterior el manejo del estrés es muy importante en personas con DM debido a que si no se maneja adecuadamente puede afectar el control metabólico de dos maneras: a) el estrés tiende a incrementar los niveles de glucosa en algunas personas y b) el estrés tiende a tener un efecto debilitador que con frecuencia tiende a disminuir el auto cuidado y como consecuencia un pobre control metabólico.

Efectos del estrés en el organismo

El manejo del estrés es la habilidad del individuo para manejar las situaciones estresantes y puede involucrar alteraciones tanto físicas como mentales. La intensidad de los estresores y la actividad fisiológica interna que resulta de tal estimulación determinará el grado de cambio y la estabilidad de los niveles de glucosa sanguínea. En algunos sujetos, los niveles de glucosa sanguínea pueden elevarse y mantenerse así cuando la persona bajo estrés es menos activo o si el estrés se hace crónico. Los niveles de glucosa sanguínea pueden disminuir rápidamente si el sujeto se pone muy activo o agitado.

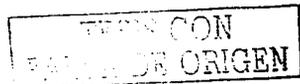
FISIOLOGÍA.

El estrés agudo se debe a la respuesta simpática del sistema nervioso autónomo y liberación de hormonas contrarreguladoras, epinefrina y norepinefrina.

- El sistema nervioso simpático regula las funciones involuntarias del cuerpo tales como dilatación de pupilas y bronquios, disminución de peristalsis, incrementa el cierre de esfínteres externos e incrementa la frecuencia cardíaca. La presión sanguínea y la frecuencia del pulso aumentan, la glucosa que se encuentra en la sangre pasa a las células de los músculos para incrementar las habilidades de la persona para la lucha.
- La liberación de epinefrina y norepinefrina se estimula indirectamente por el hipotálamo que proporciona señales bioquímicas a la médula adrenal para que libere estas catecolaminas.
- Epinefrina origina vasoconstricción de los vasos periféricos superficiales y dilatación de los vasos sanguíneos transversales de fibras musculares.
- Norepinefrina causa dilatación de los vasos periféricos y diaforesis, si la estimulación dura lo suficiente, la vasodilatación será seguida por vasoconstricción de los mismos vasos.
- Ambas hormonas estimularán glucogenólisis.

Si el sujeto no responde al estrés agudo con incremento en la actividad, el incremento en la glucogenólisis en presencia de insuficiente insulina resultará en hipoglucemia.

Si se incrementa la actividad, un incremento en la sensibilidad de los receptores permite que la glucosa entre a las células con facilidad, disminuyendo niveles de glucosa en cerebro. Puede haber hipoglucemia, la cual puede ser revertida por la liberación de



glucagon.

El mayor peligro de la respuesta autonómica es vasoconstricción cardiaca, con angina o infarto del miocardio. Los síntomas de ansiedad o miedo semejan hipoglucemia, se debe monitorizar glucosa para un tratamiento adecuado.

El estrés crónico se asocia con respuesta parasimpática que ocasiona liberación de cortisol y hormonas relacionadas.

- El sistema nervioso parasimpático consiste del nervio oculo motor, facial glossofaríngeo, vago y pélvico. Es mediado por liberación de acetilcolina .
- Algunas de las respuestas son: disminuir la frecuencia cardiaca, estimular peristalsis, constricción pupilar, relajar esfínteres externos y broncoconstricción.
- El cortisol y otras hormonas asociadas se secretan de la glándula adrenal, su liberación resulta en una disminución de la reacción inflamatoria, disminución en la cuenta blanca y estimulación de la gluconeogénesis.

De acuerdo al modelo de Selye (1950), (1976), la respuesta al estrés se describe de una manera muy simple:

- La reacción de alarma representa estrés agudo. En este punto los niveles de glucosa sanguínea pueden disminuir o puede haber hipoglucemia.
- El estrés crónico marca una etapa de resistencia. Se incrementa la liberación de cortisol y los niveles de glucosa sanguínea pueden permanecer elevados durante esta etapa o ser más lábiles y por tanto dificultar el control (Funnel, M.1997)

Consecuencias del estrés

Durante el estrés , algunos enfermos con DM elevan el consumo de hidratos de carbono como pasteles, helados, dulces, pan, etc., que genera hiperglucemia o complicaciones mayores. Asimismo, para conseguir que los demás les presten atención, dejan de comer o comen excesivamente.

IMPACTO PSICOLÓGICO ANTE LA DIABETES.

El choque o impacto psicológico puede ser la respuesta inicial del enfermo con diabetes y de su familia. En este momento es muy importante el apoyo psicológico y la información acerca del curso que seguirá su enfermedad de manera objetiva, con esto el enfermo podrá tranquilizarse y afrontar adecuadamente la enfermedad.

Muchos de los pacientes que han sido recientemente diagnosticados con DM o que están comenzando a sufrir alguna de sus complicaciones tienden a pasar por las típicas etapas de duelo como son : negación, ira, miedo depresión, aceptación y esperanza como una respuesta a la pérdida de su salud, de su funcionalidad, de su libertad y del control

Negación es un mecanismo por el cual los pacientes evitan las implicaciones de la enfermedad, pueden actuar como si ésta no fuera grave, pensando que desaparecerá rápidamente o que tendrá consecuencias sólo a corto plazo. En casos extremos incluso el paciente puede pensar que realmente no esta enfermo a pesar de que se le haya informado su diagnóstico.

La negación puede ser uno de los estados más peligrosos del proceso ya que puede ocurrir en varias ocasiones, e interferir con el auto cuidado . Al principio puede ser útil y facilitar el dolor asociado con la realidad de vivir con diabetes . Algunos enfermos con diabetes utilizan una negación parcial, con la cual ellos rehuyen aceptar la seriedad de la enfermedad. Por ejemplo toman sus hipoglucemiantes pero no llevan a cabo el plan de alimentación o de ejercicio.

Miedo es una respuesta muy frecuente después del diagnóstico, los enfermos pueden sentirse abrumados por el cambio que van a tener en su vida, por la posibilidad de la muerte y puede aumentar cuando no saben lo suficiente acerca de la fisiopatología de su enfermedad o ante el agravamiento de ésta. Otros miedos frecuentes en los diabéticos son a quedarse ciegos, a las amputaciones, diálisis, o a morir por hipoglucemia, muchas veces si el miedo es persistente el enfermo puede regresar a la negación como mecanismo de evitación, por lo que necesario que se reciba educación y apoyo psicológico.

Ira y en muchas ocasiones la culpa son reacciones comunes durante el proceso de ajuste, la ira igual que la depresión puede ocurrir después de transcurrido algún tiempo desde el diagnóstico de la DM, los enfermos durante las primeras fases suelen sentir demasiado miedo para como para experimentar ira, sin embargo una vez pasado el miedo o la negación, la ira puede aparecer por el hecho de haber desarrollado la enfermedad y puede pensar que es una injusticia y manifestar reacciones más o menos intensas de hostilidad y de enojo, muchas veces puede ser dirigido hacia el médico o algún miembro de su familia o hacia sí mismo (por ejemplo: por que no perdí peso, porque no seguí las indicaciones del médico, etc.).

Muchos enfermos que viven con diabetes se enojan contra el médico que no les ha dicho que deben intervenir activamente en preservar su salud en el futuro.

Depresión los sentimientos depresivos son una parte normal del proceso de adaptación y ambientación, aparece por lo general en forma retardada, ya que en el transcurso del tiempo los enfermos comprenden todas las implicaciones de su enfermedad. Cuando la depresión es profunda y por largo tiempo puede interferir en el manejo del diabético e incluso interrumpir el tratamiento. Además de presentar sentimientos de desesperanza e indefensión, dependencia de los demás y una restricción innecesaria de actividades.

Aceptación y Esperanza Es una etapa de ajuste y adaptación, generalmente se manifiesta cuando el enfermo ya tiene conocimiento de su enfermedad y de la responsabilidad del autocuidado para el manejo de la diabetes en conjunto con el equipo de salud. Aceptación es una condición frágil que frecuentemente es agobiada por otras situaciones estresantes de la vida (Garrity y cols. 1986; Watkins, C E, 1997; Funnel, M R, 1997).

Las reacciones emocionales asociadas a la enfermedad no suelen ocurrir en una secuencia predeterminada, y a veces el enfermo diabético pasa varias veces por dichas etapas antes de alcanzar la aceptación, sin embargo algunos nunca logran adaptarse, lo que puede constituir un obstáculo para el tratamiento

Capítulo V. AFRONTAMIENTO ANTE LA DIABETES MELLITUS.

Debido a que existe una gran heterogeneidad en el modo como las personas responden ante la diabetes mellitus y como la afrontan, los programas de intervención psicológica son importantes ya que apoyan al enfermo con diabetes a afrontar de la mejor manera su enfermedad y adherirse al tratamiento terapéutico para mantener un adecuado control metabólico y emocional, que le permitirán aplazar o disminuir las complicaciones crónicas

Cuando se desarrolla una enfermedad crónica, como la DM, el paciente necesita efectuar una serie de ajustes cognitivos que le permitan un mejor desempeño en el nuevo contexto de su enfermedad. Necesita por ejemplo aprender nueva información relevante para entender la enfermedad como son los signos y síntomas, su tratamiento, además de que tendrá que hacer una serie de cambios en los sistema de creencias y deberá aprender habilidades de afrontamiento específicas.

Por otra parte, el paciente tendrá la responsabilidad de controlar su enfermedad por diferentes medios, como el control de su alimentación, actividad física, uso de antidiabéticos orales o insulina, reducción de peso, monitoreo de glucemia y debe reconocer como adecuar sus pautas de tratamiento ante eventualidades e imprevistos como viajes, otras enfermedades e incluso situaciones críticas.

Además tendrá que efectuar cambios en sus creencias sobre él mismo, en lo que es valioso respecto de él y lo que puede ser entendible de su enfermedad para otros.

Estos cambios en prioridades y valores son componentes del estrés, la ansiedad, y la depresión, siendo la meta del tratamiento el reducir lo más posible la frecuencia, intensidad y cronicidad de las reacciones emocionales negativas a través del uso del afrontamiento.

El término afrontamiento se usa de una manera muy amplia en relación al estrés y a la adaptación de situaciones estresantes, sin embargo la mayoría de los autores definen el afrontamiento como un conjunto de respuestas ante la situación estresante ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de tal situación. Es decir, se habla de afrontamiento refiriéndose al aspecto del proceso de estrés que incluye los intentos del individuo para manejar a los estresores. Se trata de respuestas provocadas por la situación estresante, ejecutadas para manejarla o y/o neutralizarla. Entonces el afrontamiento en relación a un proceso incluye los intentos del individuo para resistir y

superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y restablecer el equilibrio, es decir para adaptarse a la nueva situación (Rodríguez-Marín, López-Roig y Pastor, 1990).

El concepto de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para responder a tales demandas, la magnitud de la discrepancia determina, en parte el estrés que experimenta la persona.

Desde la perspectiva del modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986), definen el afrontamiento como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos.

Proponen que el afrontamiento cognitivo-activo incluye intentos para mejorar la propia evaluación de la dificultad del evento.

El afrontamiento conductual-activo se refiere a los intentos conductuales abiertos para tratar directamente con el problema y sus efectos.

La evitación del afrontamiento se refiere a los intentos de evitar activamente o de reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas como fumar o comer en exceso, ingerir bebidas alcohólicas, etc.

De acuerdo al modelo planteado pueden establecerse dos tipos de respuestas de afrontamiento según el foco en que se centren: La regulación de las emociones causadas por el estrés: afrontamiento centrado en la emoción (técnica de afrontamiento paliativa). Y el manejo del problema que está causando estrés: afrontamiento centrado en el problema (técnica de afrontamiento instrumental). Folkman y Lazarus (1980) demostraron que ambas formas de afrontamiento se usan en la mayoría de los encuentros estresantes y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que se evalúa cada transacción.

El afrontamiento enfocado al problema incluye intentos para modificar o eliminar las fuentes del estrés a través de la propia conducta, mediante la solución de problemas, la toma de decisiones y/o la acción directa. Este tipo de estrategia, cualitativamente diferente de la centrada en la emoción, puede dirigirse al entorno tanto como a uno mismo.

El afrontamiento enfocado a la emoción incluye respuestas cognitivas o conductuales cuya función principal es manejar las consecuencias emocionales de los estresores y ayudar a mantener el equilibrio emocional

De acuerdo a lo anterior se puede decir que:

El afrontamiento se entiende como los esfuerzos que se hacen para adaptarse a las demandas ambientales y emocionales. Puede ser conductual o cognitivo, y generalmente se dirige tanto a la emoción como al problema. El afrontamiento efectivo, entendido como la reducción de riesgos a la salud involucra flexibilidad psicológica, uso de múltiples estrategias enfocadas tanto a la emoción como al problema y acceso adecuado a los recursos de afrontamiento. El sujeto que lo logra se encuentra en menor riesgo de enfermarse o es capaz de adaptarse con mayor facilidad que otros.

La apreciación de una enfermedad como estresante puede ser función de las propias características fisiológicas de los síntomas que presenta (como estresor físico); de los estados afectivos y cognitivos del individuo que en ocasiones determinan la aparición de la enfermedad misma, y de la pérdida de funcionalidad psicológica que conlleva (estresor psicológico); de la interacción social real vulnerada por la aparición de la enfermedad y de la interrupción en el desempeño de los roles habituales (estresor social); y de su capacidad "estigmatizante" (estresor cultural). (Rodríguez-Marín, 1995).

La valoración que la persona hace de su enfermedad, la definición de las tareas de adaptación necesarias, la elección y eficacia de las técnicas de afrontamiento, es decir, el comportamiento, puede ser influido por tres grupos de factores (Moss, 1977):

- Socio-demográficos y personales (edad, género, posición económica, inteligencia, madurez emocional y cognitiva, amor propio, creencias religiosas o filosóficas, enfermedades previas y experiencias de afrontamiento previas. La época de la vida en que se da la enfermedad es particularmente importante. La superación de la crisis será distinta en un niño, un adolescente o un anciano.
- Relacionados con la enfermedad (clase y localización de síntomas, duración, momento vital, etc.)
- Ambientales, físicos (como el espacio personal disponible, el grado de

estimulación sensorial, etc.) o sociales como la relación con los familiares, características del ambiente de trabajo, apoyo social, normas y expectativas culturales).

Lo que hace el enfermo con diabetes al afrontar su enfermedad es tratar de adaptarse a la nueva situación. desde un punto de vista general se puede hablar de un conjunto de tareas de adaptación que se ha de plantear en su proceso de afrontamiento, cuyo objetivo es la restauración del equilibrio, readaptación, o consecución de un nuevo equilibrio, cuya pérdida es lo que significa estrés.

Por tanto para el manejo adecuado del estrés en los enfermos con diabetes mellitus tipo 2, algunas técnicas de afrontamiento que se proponen en este programa son reestructuración cognitiva, solución de problemas, autoafirmaciones positivas, estrategias de manejo como relajación progresiva e imaginación guiada, así como algunas habilidades de manejo en la vida cotidiana.

Capítulo VI. ADHERENCIA TERAPEUTICA.

La recuperación de la salud, para las personas que la han perdido, es un objetivo central de los sistemas de salud, ya que invierten muchos recursos para tal fin. La recuperación del enfermo depende mucho de la eficacia con que se sigan las indicaciones del equipo de salud. Aunque esto se aplica a todo tipo de enfermedad, los enfermos con padecimientos crónicos como la diabetes se adhieren menos a su tratamiento, que los que presentan padecimientos con síntomas agudos. Esta baja adherencia conduce a una baja calidad de vida para los enfermos y sus familias sobre todo cuando se prolonga a malestar extremo, dolor y muerte prematura. Otra consecuencia de esto es un pobre relación costo-beneficio de los recursos de los sistemas de salud .

El comportamiento humano es el ingrediente principal para que se de o no la adherencia (Sánchez-Sosa, Ph D,2001).

El término adherencia es usado para denotar el grado en que una conducta como cambios en el estilo de vida o tomar medicamentos, coincide con la indicación médica o de la salud (Meichenbaum y Turk,1987). El empleo de la palabra adherencia en lugar de

cumplimiento proviene de diversos autores que argumentan que el término "cumplimiento" connota a un paciente pasivo que sigue fielmente las indicaciones e instrucciones del profesional al cuidado de la salud.

Por otro lado el término adherencia implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente (Kristeller y Rodin, 1984; en OMS, 1997).

Cuando un paciente reconoce la presencia de una enfermedad, puede decidir si lleva a cabo o no las prescripciones de su médico, quien a su vez debe realizar actividades de educación en sus pacientes, sobre los problemas que aparecen en el padecimiento o el tratamiento.

- En los enfermos diabéticos, el estrés y otros trastornos psicológicos que le afectan muchas veces son ignorados, lo que repercute en una inadecuada adherencia terapéutica, y por ende en el control de su enfermedad y en su calidad de vida, por lo que la psicología de salud a través de los programas de salud son una buena alternativa en el contexto de la educación del diabético, además del apoyo familiar y social en la responsabilidad del manejo de su enfermedad.

Se puede considerar que el comportamiento de los enfermos con diabetes en general y encaminado a seguir una adecuada adherencia terapéutica son las manifestaciones del organismo en su intento de adaptarse al ecosistema cambiante en el que vive, y el éxito de su adaptación sería medible en términos de salud y en específico evitar complicaciones incapacitantes como ceguera, amputaciones, nefropatías, etc.

Además existen otros factores que influyen en la falta de adherencia, entendiéndose ésta como la situación en que el enfermo no sigue por alguna razón el programa terapéutico establecido por su médico o profesional de la salud para el manejo de una enfermedad o padecimiento, como por ejemplo:

- Complejidad del tratamiento, cuando los enfermos tienen que tomar un gran número de medicamentos o dosis frecuentes, tienen gran probabilidad de no cumplir con el tratamiento.

- Grado de cambio de conducta requerido, aquellos enfermos que necesitan llevar a cabo grandes cambios en su estilo de vida y funcionamiento, muestran un mayor grado de dificultad en poder cumplir con el tratamiento.
- Tiempo de espera para la consulta, se ha encontrado que quienes tienen que esperar tiempos prolongados para ser atendidos o se les cancela su cita, muestran menos posibilidades de adhesión a sus medicamentos.

Con respecto a la falta de adherencia a terapias con medicamentos se ha encontrado que existen los siguientes problemas:

- Errores de omisión, el enfermo no se toma el medicamento prescrito, independientemente de cual sea la razón. Estas pueden deberse al olvido, falta de disciplina, negación de su condición de enfermo, miedo a efectos colaterales, etc.
- Errores de dosis, El enfermo no se toma su dosis indicada, ya sea por la información inadecuada o porque él decida que requiera una dosis mayor o menor.
- Errores en el tiempo, el enfermo no toma los medicamentos a las horas indicadas. En ocasiones corre el riesgo de una sobredosis al tomar en una sola ocasión varias dosis acumuladas.
- Errores de propósito, el enfermo se equivoca en la toma de los diferentes medicamentos prescritos, ya sea por confusión propia o porque la información recibida del médico resulte inadecuada.
- Automedicación, el enfermo se administra medicamentos no prescritos. Esta situación es de gran importancia ya que algunos autores reportan que hasta un 50% de los medicamentos que se ingieren sin prescripción médica son potencialmente peligrosos.

Lo anterior sucede porque en general se parte de la base de que con sólo informarle al paciente que está enfermo, y que requiere tomar medicamentos en una u otra forma, el paciente llevará adecuadamente las indicaciones. Haciendo de lado importantes elementos psicológicos como:

- Elementos intelectuales, tomar en cuenta si el paciente entiende las indicaciones del médico.
- Elementos cognoscitivos, considerar ¿que tanto se encuentra o no en discrepancia la información recibida con las normas o valores que el sujeto mantiene?, ¿cuál es el concepto del manejo del tiempo del enfermo?, ¿cuál es la capacidad del enfermo para poder planear cuándo se requieren tratamientos por tiempos prolongados?
- Elementos emocionales, ¿que tan doloroso resulta emocionalmente para el enfermo y sus familiares la presencia de una enfermedad incurable? (Puentes-Silva, 1984).

Esto sin dejar de tomar en cuenta que el enfermo reciba buen trato por parte del profesional de la salud, y adecuados servicios de salud.

Se deben tomar en cuenta estos y otros elementos más que son determinantes para que un enfermo lleve a cabo una buena adherencia al tratamiento, a continuación se mencionan algunos factores predictivos que según Haynes y Sackett (1992), tienden a aumentar la adherencia.

Factores predictivos en la adherencia terapéutica :

- La condición y el reconocimiento del paciente, de la gravedad de su padecimiento y las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.
- El grado de estabilidad familiar, se ha visto, que la estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia, incrementa el cumplimiento adecuado del tratamiento.
- El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida, quienes cuenten con habilidades relacionadas con disciplina y planeación, tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos.
- Supervisión cercana del médico, quienes asisten a consulta con periodicidad, muestran más posibilidades de adherirse a su tratamiento.

Capítulo VII. CALIDAD DE VIDA .

El concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua ampliación, ya que inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, para luego convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extiende posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continúa con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud (García Riano, 1991).

Un elemento importante en la definición de calidad de vida son los aspectos objetivos y subjetivos, Levi y Anderson (1980) la definen como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo.

En relación con el aspecto objetivo, la calidad de vida pasa por el espacio vital de las aspiraciones, de las expectativas, de las experiencias vividas y conocidas, de las necesidades y, en último término de los valores de los sujetos, y es a través de él como se convierte en bienestar subjetivo (Blanco, 1985).

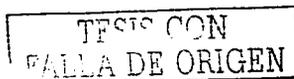
Para tener una vida de calidad un elemento importante es la experiencia del propio individuo, así como su participación en el control de su propia vida, de su estado de salud y de los procesos de enfermar. De la misma manera que a nivel social y político, el aumento de la calidad de vida ha consistido básicamente en el reconocimiento de los propios derechos a participar y a ejercer su acción de control sobre los poderes públicos, a nivel de la salud la calidad de vida pasa por la capacidad del sujeto para prevenir y controlar las conductas y los hábitos que generan salud o enfermedad, de forma que no sea un sujeto pasivo, inerte ante la posible evolución de su estado de salud, sino que pueda participar activamente en ella.

Sin embargo en cualquier contexto en que se hable de calidad de vida toda enfermedad tiene un efecto global inespecífico sobre la vida de la persona enferma, determinando su impacto sobre las funciones generales de la persona, y capturando la variedad de las disfunciones asociadas a la mayor parte de las enfermedades. Sin embargo varios autores hablan de calidad de vida haciendo referencia a la enfermedad específica de que se trate, puesto que cada enfermedad tiene manifestaciones y consecuencias muy diferentes y específicas. En este sentido la calidad de vida es un constructo multidimensional, con al menos cuatro dominios:

- *Estatus funcional.* Se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas. Las categorías que se incluyen normalmente son el auto cuidado (alimentarse, vestirse, cuidarse y usar los servicios); la movilidad (capacidad para moverse dentro y fuera de la casa); y las actividades físicas (caminar, subir escaleras, etc.)
- *Presencia y gravedad de síntomas relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento.* Los síntomas físicos de los enfermos crónicos son muy diversos en función de cada enfermedad, de su estadio y de frecuencia de aparición, de la gravedad y de la duración.
- *El funcionamiento psicológico (ajuste o adaptación psicológica).* En la mayoría de los enfermos con padecimientos crónicos se generan principalmente niveles elevados de estrés, así como otros trastornos en lo que se encuentran ansiedad y depresión.
- *El funcionamiento social (ajuste o adaptación social).* El trastorno de las actividades sociales normales es muy común en los enfermos crónicos y es el resultado de factores como: limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga; miedo del paciente para ser una carga para los demás; el azoramiento por lo síntomas o las discapacidades; sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del enfermo, miedo al contagio, etc., además del desempeño de papeles sociales asociados con el trabajo y la familia.

Por tanto cuando hablamos de la calidad de vida en enfermos crónicos, se debe tomar en cuenta su nivel de estatus funcional (adaptación funcional), en qué medida se adapta a la presencia de síntomas dolorosos o discapacitantes cuando los hay, cuál es su nivel de adaptación psicológica (cognitivo – emocional – conductual) y cuál es su nivel de adaptación social y laboral, todo ello valorado globalmente por el propio enfermo.

La calidad de vida del enfermo crónico, depende entonces de su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos de ambos. El enfermo crónico debe afrontar lo efectos estresantes (demandantes, desequilibradores) de la enfermedad, para conseguir establecer una vida de la mejor calidad posible. La adaptación incluye acciones rutinarias y automáticas, mientras que el afrontamiento es el proceso de búsqueda de recursos potencial y movilización de esfuerzos. Por otro lado la adaptación



desde la perspectiva psicológica se refiere a la capacidad de un sujeto para mantener niveles óptimos en su calidad de vida y en su funcionamiento social.(Rodríguez-Marín, 1995).

Por lo que el resultado de la utilización de las distintas estrategias de afrontamiento que se proponen le permitirá al enfermo adaptarse en las distintas áreas de su vida, *logrando modificar su estilo de vida, mediante la adherencia terapéutica logrará una mejor calidad de vida.*

Desde esta perspectiva, salud o enfermedad son en parte el resultado del estilo de vida, de la propia acción y conducta del sujeto, por lo que la participación de la psicología juega un papel importante.

Las principales metas de la educación y el auto manejo de la diabetes son habilitar a los individuos a evitar los riesgos a corto plazo y las complicaciones a largo plazo asociadas con la enfermedad, así como mantener y mejorar la calidad de vida (Funnel y cols,1991) En la diabetes mellitus como enfermedad crónica las conductas de salud específicas comprenden casi el 99% del tratamiento, dichas conductas son difíciles de mantener por mucho tiempo, esto se deba quizá a que los individuos toman decisiones del cuidado de su salud con base a la dificultad del régimen y síntomas actuales en vez de los beneficios conductuales a largo plazo.

La calidad de vida en el enfermo con diabetes estará en función del número de complicaciones que se asocian a dicha enfermedad, ya que el descontrol metabólico de la glucemia tendrá como consecuencia la aparición de complicaciones crónicas como las microangiopatías, macroangiopatías e infecciones recurrentes que pueden llegar hasta la incapacidad reduciendo así la calidad de vida del enfermo en aspectos físicos, psicológicos y sociales (Mayou, R y cols,1990).

En México existen pocos estudios del impacto de la diabetes mellitus sobre la calidad de vida de vida del enfermo diabético y la mayoría de dichas investigaciones provienen del extranjero.

Watkins, K y cols (2000), investigaron predictores cognoscitivos fundamentales de las conductas de salud específicas de la diabetes mellitus y la calidad de vida en una muestra heterogénea de enfermos con diabetes, utilizaron un modelo teórico informado

por el proceso de autorregulación de la enfermedad. La representación cognoscitiva de la enfermedad puede ser definida como los parámetros psicológicos en los cuales un individuo conceptualiza su enfermedad, de acuerdo a los componentes básicos en la representación cognoscitiva de la enfermedad (Leventhal y Diefebbach, 1991), son:
Identidad de la enfermedad: comprensión de la enfermedad en cuanto a signos y síntomas.

Consecuencias: impacto psicológico social y económico percibido de la enfermedad.

Línea de tiempo: tiempo del primer contacto con la enfermedad, duración esperada, y posibilidad de reaparición.

Causa: ambiental, conductual y factores genéticos.

Control: posibilidad de cura o retraso de la progresión o complicaciones.

Los resultados indicaron que ciertos constructos de representación cognoscitiva estaban relacionados con el incremento de conductas de salud específicas de la DM, sentido disminuido de la carga y resultados positivos de la calidad de vida, sin embargo la adherencia a la dieta se relacionó con una mala calidad de vida, por lo que se puede concluir que se sugieren más estudios relacionados con factores cognoscitivos, conductas de salud y calidad de vida.

Por otro lado Testa y cols, (1998), estudiaron la relación entre los beneficios económicos, relacionados con los niveles de salud y calidad de vida, durante un mejor control de la glucemia utilizando hipoglucemiantes orales. Encontraron que todas las categorías que se estudiaron para evaluar calidad de vida fueron más favorables en los enfermos con tratamiento farmacológico que los que utilizaron placebo incluyendo la agudeza cognitiva, la memoria y la salud emocional. Los diabéticos con mejor calidad de vida utilizaron en menor cantidad los servicios de salud, tuvieron una mejor retención del empleo y una mayor capacidad productiva y presentaron menos síntomas de estrés.

En otro estudio realizado también por Testa y cols, (1998) en relación con el control glucémico y calidad de vida del enfermo con DM, encontraron que un mal control, conduce a complicaciones clínicas, aumento de la morbilidad y mortalidad, así como una reducción en la cantidad y calidad de vida del enfermo diabético.

En México, García- Peña y cols.(1995), realizaron un trabajo con el fin de determinar la relación entre el tiempo de evolución y otras variables como: edad, sexo, obesidad, descontrol metabólico, enfermedades asociadas, complicaciones tardías, nivel

socioeconómico y la calidad de vida, en enfermos con diabetes mellitus tipo2 para lo cual utilizaron el perfil del impacto de la enfermedad (PIE) es un instrumento estandarizado y validado que registra cambios en la calidad de vida del enfermo y determina el impacto de la enfermedad en la vida diaria. Se encontró que las variables más importantes asociadas a la mala calidad de vida fueron el tiempo de evolución, descontrol metabólico, enfermedades asociadas y complicaciones tardías.

Por lo general las personas capaces de adaptarse a una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, tienen recursos psicológicos para mantener su autoestima, encontrar sentido a la enfermedad y mantener la esperanza, esos recursos les capacitan para poner en marcha las estrategias de afrontamiento adecuados a los problemas con los que se enfrentan. Desafortunadamente, no todos los enfermos poseen esos recursos, por lo que a través de este programa se propone un paquete de intervención psicológica que le permita al enfermo con diabetes, mecanismos de afrontamiento adecuados para mejorar su calidad de vida en relación a su enfermedad y en su contexto general.

Con respecto a la evaluación de la calidad de vida existen diversos instrumentos para evaluar la calidad de vida del enfermo con diabetes, sin embargo la mayoría son extranjeros y no se encuentran validados y estandarizados para mexicanos, por lo que en éste programa se propone utilizar el instrumento WHOQoL, que es una versión breve en español de la OMS (González-Celis, Sánchez-Sosa, 2001), para evaluar calidad de vida, y aunque no es específico para enfermos con diabetes nos da una idea general de la calidad de vida del enfermo con diabetes mellitus.

Capítulo VIII. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

El manejo de estrés es una habilidad necesaria y esencial para personas con diabetes y deben ser incluidas como una parte importante del programa de atención integral.

El paciente con diabetes es quien que experimenta las consecuencias de tener y tratar la diabetes por lo que el propósito primario en la educación del paciente es prepararlo para que tome decisiones en relación con el auto cuidado de la diabetes.

Sin embargo el impacto de vivir con diabetes varía entre los individuos, algunos experimentan pocas dificultades, mientras que otros sienten que la diabetes es una amenaza a su estilo de vida.

Las demandas del régimen de diabetes pueden ser considerables y a veces estresantes, Debido a lo anterior el manejo del estrés y otros trastornos psicológicos es importante para ayudarlos a enfrentar la enfermedad de manera más efectiva y manejarla durante tiempos difíciles.

El manejo del estrés se refiere a esfuerzos para controlar y minimizar la tensión asociada con situaciones que se perciben como difíciles o no placenteras.

En los enfermos con diabetes, el estrés y otros trastornos psicológicos que le afectan muchas veces son ignorados, por lo que se propone un programa de intervención psicológica con enfoque cognitivo conductual que se puede aplicar de manera individual o bien en grupos que tengan objetivos en común, pero sobre todo en aquellos enfermos de recién diagnóstico, ya que si se maneja adecuadamente el estrés ante el impacto de la noticia, se puede lograr una buena prevención de las complicaciones, sin embargo también es útil en el manejo de enfermos diabéticos que presentan descontrol metabólico debido a que presentan algún trastorno psicológico que les ha impedido adherirse a su régimen terapéutico

OBJETIVO GENERAL:

Ofrecer un paquete de afrontamiento flexible para el manejo del estrés y otros trastornos psicológicos en enfermos con Diabetes mellitus tipo 2 que le apoyen en llevar un adecuado control metabólico y una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar el estado general de estilos de vida y salud.
- Evaluar el estrés, ansiedad, depresión, y calidad de vida en enfermos con DM tipo II, antes y después del tratamiento psicológico.
- Aplicar el tratamiento cognitivo - conductual específico que requiera cada uno de los pacientes de acuerdo a la evaluación previa.

METAS:

- Que el enfermo con diabetes maneje adecuadamente el estrés y otros trastornos psicológicos para poder llevar a cabo un buen control de su enfermedad.
- Realice ejercicios de relajación de forma rutinaria, sobre todo cuando se encuentre ansioso o estresado.
- Identifique y resuelva adecuadamente problemas que le generen estrés.
- Pedir ayuda a las personas adecuadas.
- Lograr una adecuada adherencia terapéutica.
- Lograr un buen control metabólico.
- Lograr una mejor calidad de vida.

Las técnicas de afrontamiento que van aplicarse son las instrumentales (centradas en el problema) y paliativas(regulación de la emoción) que son muy pertinentes cuando una situación aversiva no puede alterarse ni evitarse como las enfermedades que ponen en peligro la vida.

Escenario: Una habitación amplia que cuente con sillas cómodas, sofá para recostarse, toca cintas.



Material: Cuestionarios o escalas de evaluación. (se mencionarán adelante)

Personal de apoyo: Uno o dos terapeutas que tengan experiencia en la aplicación de las técnicas para afrontamiento del estrés.

PROCEDIMIENTO:

Individual: En la primera entrevista se explicará al sujeto a entrenar en que consistirá la terapia y se resolverán las dudas que manifieste, además se establecerá rapport con el paciente, con el fin de conocerlo y escucharlo para saber cómo se sienten con respecto a su enfermedad, cuáles son sus intereses y que espera obtener de este programa de intervención y preguntar que calidad de vida le gustaría tener viviendo con diabetes, se trata de que el paciente adquiera confianza.

Grupal: En la primera entrevista se establecerá rapport con el grupo y con el fin de conocerlos y que se conozcan entre ellos y empiecen a relacionarse y adquirir confianza primero se presentarán y opinarán de sus expectativas acerca de la terapia, sus opiniones acerca de la diabetes y como se sienten al respecto, así como manifestar que calidad de vida les gustaría tener al vivir con dicha enfermedad, hablar de sus gustos y preferencias, también se realizará una dinámica de juego mediante la cual los integrantes del grupo puedan interactuar entre sí y esto les permita cooperar así como proporcionar la información que de ellos se requiera y seguir adecuadamente el tratamiento que se les asigne.

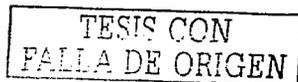
Después se continuará con la **Evaluación**, en la primera sesión se aplicará también un cuestionario breve en relación con la diabetes mellitus (Anexo 1) y se despedirá a los pacientes, entre la segunda y tercera sesión se aplicarán los siguientes instrumentos:

ÁREAS DE EVALUACIÓN

INSTRUMENTO

Datos generales y
Estilo de vida

Cuestionario de salud y Vida Cotidiana (Forma B) Moos
(1984) Traducción y adaptación: Ayala y Velázquez, H.,
Aduna, M.A. UNAM – UAM. México. Anexo.2

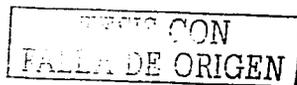


Calidad de Vida	Instrumento WHOQoL.-Breve versión en español. Organización Mundial de la Salud. Traducción y Adaptación: González-Celis, R.AL. y Sánchez-Sosa, JJ (2001) Facultad de Psicología UNAM. México. Anexo 3
Síntomas de estrés	Anexo 4.
Manejo del estrés	Inventario de estrés cotidiano (Brantley Et,Al,1987). Anexo 5.
Afrontamiento al estrés	Cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés. Folkman y Lazarus.(1985). Anexo 6
Ansiedad	Inventario de Ansiedad de Beck. Varela, R.D. y Villegas (1996). Mexican Versión of Beck Anxiety Inventory (BAI): Reliability and Validity. Facultad Psicología UNAM. México. Anexo 7.
Depresión	Inventario de depresión (Beck.). Traducción y Estandarización del inventario de Depresión de Beck para Población Mexicana (1995). Facultad de Psicología UNAM. Anexo 8.
Test analógico de simulación de la habilidad para pedir ayuda	(Margalef,1983) Anexo 9
Test analógico de simulación de la habilidad para afrontar el fracaso	(Margalef,1983) Anexo 10

El terapeuta aplicará los instrumentos de evaluación de acuerdo a su criterio y en función del diagnóstico de impresión en la primera entrevista analizará los instrumentos aplicados a los pacientes y en función de la evaluación realizará el tratamiento de acuerdo al problema que presente cada paciente. Sin perder el punto de vista de que estas técnicas de terapia se consideran adecuadas para enfermos con Diabetes Mellitus. El tiempo estimado para la rehabilitación de cada paciente dependerá del número de trastornos a resolver. El paquete de **Técnicas de Tratamiento** de que se dispondrá son las siguientes:

Entrenamiento en relajación Progresiva

(Reynoso y Seligson, 2001)



Entrenamiento en imaginación guiada	
Entrenamiento en el manejo del estrés:	(Meichenbaum, 1985)
Reestructuración Cognitiva	(Mahoney y Arnokoff, 1978)
Adiestramiento en resolución de problemas	(D'Zurilla, Godfried, 1971)
Adiestramiento en autoinstrucciones o autodidálogo dirigido	(Meichenbaum 1985)
Entrenamiento en la habilidad para pedir ayuda	(Margalef, 1983)
Entrenamiento en la habilidad para afrontar el fracaso	(Margalef, 1983)
Entrenamiento en el manejo de la depresión	(Beck, 1989)

Aplicación de las técnicas de tratamiento:

Es conveniente comenzar por el adiestramiento en relajación, ya que casi todos los pacientes aprenden fácilmente, y es en principio algo muy válido para un buen desempeño en el manejo de la terapia.

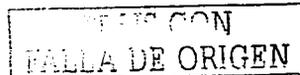
RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA:

Este tipo de relajación es una herramienta terapéutica muy efectiva y se puede utilizar por sí misma para el tratamiento del estrés, de la ansiedad generalizada, así como para el insomnio, dolores de cabeza, cuello, espalda e incluso para formas benignas de depresión agitada.

La premisa fundamental es que la tensión muscular se relaciona de alguna forma con la ansiedad y que un individuo experimentará una confortante y marcada reducción de la ansiedad sentida si puede lograr que los músculos tensos se aflojen y se pongan flácidos. Un método poderoso y eficaz para producir dicho estado de relajación muscular, consiste en una tensión y relajación sucesivas de los músculos disponibles en una secuencia ordenada hasta que todos los principales grupos musculares del cuerpo se relajen.

El método que utilizaremos es el propuesto por (Reynoso, E L & Seligson N I, 2001).

Procedimiento: Se hace recostar en una cama o sentar al paciente en un sillón cómodo



(de preferencia reclinable). El terapeuta comienza usualmente dando una explicación razonable de la relajación muscular profunda, por ejemplo podría decir la siguiente: Esta técnica de relajación consiste en que usted va a disminuir voluntaria y progresivamente el grado de contracción de sus músculos.

La tensión (ansiedad, agitación e incomodidad) es más un estado físico que mental. Proviene de músculos tensos aunque usted ni siquiera se da cuenta de que lo están solo que usted se sienta incómodo. Voy a enseñarle a relajar en forma sistemática esos músculos tensos de modo que se sienta calmado en lugar de ansioso.

Una vez que aprenda el método será capaz de aplicarlo por sí mismo en cualquier momento que empiece a sentirse tenso (por ejemplo cuando no pueda dormir de noche, o le duela algo).

Se recomienda seguir las siguientes instrucciones:

Apriete muy fuertemente su mano izquierda. Con la mano derecha toque el grado de tensión de su antebrazo. ¿Nota usted esa tensión?

Ahora, extienda su mano izquierda sobre el abdomen. Toque con la mano derecha su antebrazo izquierdo. ¿Nota la diferencia?

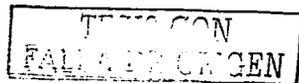
Para poder iniciar la relajación es necesario que usted se encuentre calmado(a), tranquilo(a) y sin que le molesten.

Piense por favor en una escena agradable. Usted está sentado en una región boscosa, hay una cascada de agua cristalina, la temperatura es agradable, le permite a usted estar acostado(a), respirando aire puro, no hay más sonidos que los cantos de las aves...

¿Visualiza usted la imagen?

Ahora, respire tranquilamente. Meta aire a sus pulmones con gran profundidad. Cada vez que expulse el aire de sus pulmones intente decir **relax**. ¡Vamos!

Inspire profundamente, suelte el aire.. Continúe respirando así, hondo, hondo..



Iniciaremos este procedimiento trabajando cambios de tensión muscular desde los pies hasta la cabeza.

¿Está usted listo(a)?

Siga respirando profundamente...

Va a contraer los dedos de los pies, como si quisiera sostener algo con los dedos de los pies.. *Sostenga esa posición mientras respira hondo, muy hondo.*

Afloje los dedos de los pies.

Siga respirando profundamente...

Ahora, estire los dedos de los pies, extienda los talones y contraiga fuertemente las pantorrillas...

Sostenga esa posición mientras respira hondo, muy hondo.

¿Tiene sensación de que le pesan los pies?

Afloje las piernas; *siga respirando, meta mucho aire...*

Ahora arrójelo...

En este momento va a contraer los muslos, fuertemente. ¡Sostenga esa contracción!

Siga respirando profundamente...

Ahora relaje los músculos de los muslos.

Siga respirando profundamente...

Ahora contraiga fuertemente los glúteos y apriételes; *siga respirando profundamente.*

Ahora relaje sus glúteos...

La relajación va subiendo...

La sensación de calor va subiendo desde los pies.

Ahora contraiga los músculos del abdomen.

¡Sostenga esa contracción!

Relaje sus músculos abdominales, *mientras sigue respirando profundamente...*

En este momento contraerá los músculos de la espalda.

¡Sostenga esa posición por un momento!

Ahora, afloje los músculos de la espalda, acomódese...

A continuación contraerá los músculos de los brazos, **extendiéndolos fuertemente.**
Sostenga esa contracción.

Afloje y *siga respirando profundamente...*

Ahora trabajaremos con los músculos del cuello; levante los hombros, tense los músculos del cuello, sostenga esa posición un momento.

Afloje los músculos del cuello.

Cierre fuertemente los ojos.

¡Sosténgase!, *siga respirando...*

Relájese...

Siga respirando profundamente...

Deje que la lengua tome un lugar fuera de la boca...

En este momento, si siguió las instrucciones, se encuentra completamente relajado.

¿Disfrutó de la relajación?

¿Se siente descansado y calmado?

USTED PUEDE RELAJARSE DIARIAMENTE SIGUIENDO ESTAS INSTRUCCIONES.

RELAJACIÓN CON IMAGINACIÓN GUIADA.

Puede utilizarse para propósitos de relajación así como para resolver problemas .

La experiencia de imaginación placentera ayudan a la persona a enfocarse en ideas y sensaciones positivas que faciliten la relajación.

Busque un lugar cómo y tranquilo para acostarse o sentarse.

Ponga música suave y agradable para escucharla mientras dura la técnica de relajación

Respire (inspire y espire lenta y profundamente) con los ojos cerrados, para después imaginar que su cuerpo está enfermo y que mejora poco a poco hasta recuperar la salud y tener bienestar.

También puede imaginar situaciones agradables que haya vivido o que le haya gustado vivir. Haga volar su imaginación: llegue hasta un bosque, una selva, un río, una playa, una montaña, el paraíso, el cielo, las nubes, una cascada, el bosque, pero vaya, no tenga miedo inténtelo y disfrute.

Después de 10 a 15 minutos de imaginar y respirar, abra sus ojos poco a poco, hasta sentirse relajado y con ánimo de reconquistar la salud.

EJERCICIO PARA IDENTIFICAR SÍNTOMAS DE ESTRÉS (DISCUSIÓN DE POSIBLES ESTRESORES).

Para que el paciente pueda identificar de una manera muy sencilla y con lenguaje coloquial algunos de los síntomas más frecuentes que se presentan cuando hay estrés, se le mencionarán y se le entregará un cuestionario para que lo tenga a la mano, y lo consulte cada vez que tenga dudas. (Anexo 4)

Es importante explicar al paciente tener en cuenta que algunos de los síntomas que se presentan con el estrés, también son compatibles con algunos síntomas de complicaciones de la diabetes.

Revisar junto con el paciente los siguientes síntomas y discutir y aclarar dudas, y comentarle que el estrés es común en todas las personas, pero si conoce los síntomas puede detectarlo y manejarlo antes de que causa problemas mayores.

Usted podría tener estrés cuando siente que:

- El corazón late más aprisa
- El corazón se le dio una vuelta
- El corazón le late más fuerte, hasta puede escuchar sus latidos.
- Sus manos y sus pies están fríos aunque el día no esté frío.
- Le sudan las manos.
- Le tiemblan las manos o las piernas.

- Tiene dolores en algunas partes de su cuerpo, como la espalda o el cuello.
- No tiene buena digestión, o tiene agruras o diarrea.
- Tiene miedo, pánico o ansiedad.
- Se siente irritable.
- Falta de concentración. (Reynoso,E. L, & Seligson,N.I, 2001).

Además, si el paciente se encuentra en días de enfermedad (infecciones u otras), descensado o por el hecho de tener diabetes, en algunas ocasiones

- Puede tener miedo a no saber qué va a pasar con su enfermedad.
- Piensa que la diabetes es un problema muy grave y de difícil curación.
- Siente que es imposible cambiar de forma de vida.
- Cree que ya no va a poder desarrollar su vida como antes.
- Piensa que su vida ya no va a ser igual que antes.
- Cree que no tiene sentido vivir enfermo.
- Piensa que nunca más podrá beber o comer antojitos.
- Cree que su vida sexual está acabada.
- No va a poder trabajar como antes.

2- Para que el paciente conozca las **causas potenciales que le pueden producir estrés**, se sugiere platicar con el y pedirle que identifique, los posibles estresores inherentes a la diabetes.

Horarios. Si el individuo es una persona organizada para comer y realizar ejercicio, de manera apropiada, el cambio en el estilo de vida cuando se diagnostica DM no será tan difícil. Pero si la persona tiene horarios impredecibles el ajustarse a la diabetes será un problema.

El ajustarse a horarios diariamente para algunos es aburrido y para otros casi imposible, debido a las demandas del trabajo o del colegio.

Procedimientos Invasivos. Cualquier acto que ocasione malestar provoca estrés. El picarse para monitorizar glucosa o inyectarse insulina, puede o no ser aceptado por las personas.

El ser diferente. Para algunos individuos con diabetes, esto implica incomodidad, y esconden su diabetes, especialmente si la persona tiene síntomas de hipoglucemia y los demás asumen que ha tomado alcohol, o si tiene que inyectarse insulina pueden pensar que es adicto.

Presión entre grupos. El deseo de ser iguales, aun cuando la gente sabe que tiene diabetes, pueden participar en un sabotaje no intencionado ofreciéndole alimentos prohibidos o alcohol.

Costo económico del tratamiento. El costo de los suplementos para el cuidado de la diabetes y la atención médica pueden ser estresantes. El hecho de no tener dinero lo puede llevar a no hacerse exámenes necesarios y a faltar a sus citas. El conocer importancia de adherirse a un tratamiento pero no hacerlo por falta de dinero causa ansiedad.

Tiempo. Cada acción de cuidado requiere de tiempo, como acudir al laboratorio, esperar en el consultorio del médico es molesto para mucha gente.(Funnel,M,1997)

Además existen otros acontecimientos importantes que pueden llevar a cualquier persona al estrés.

Cambiar de domicilio

Cambiar de trabajo o de puesto

Tener un embarazo no deseado

Casarse, Tener un hijo

El hijo o hija se va de la casa

Pelear frecuentemente con la pareja, o un familiar.

Separarse de la pareja o divorciarse.

La muerte de un ser querido

Las deudas

No tener dinero o tiempo para divertirse, etc.

El terapeuta platicará con el paciente para comentarle que no todas las personas tienen estrés, ni todas las personas reaccionan igual.

Pero si el paciente piensa en alguno de estos problemas y cree que las cosas no tienen remedio o que la solución no está en sus manos puede tener estrés psicológico

El terapeuta comentará con el paciente :

Si además de pensar en los problemas, usted piensa en posibles soluciones para los problemas.

Estas soluciones le permitirán a usted enfrentar los retos de la vida.

Con respecto a los problemas relacionados con la DM, que pudieran causar estrés, el terapeuta trabajará con el paciente en la resolución de problemas.

El Adiestramiento en Inoculación de Estrés, además de la relajación física y mental, emplea una serie de procedimientos cognitivos que deben considerarse como sólo uno de varios posibles puntos de acceso a lo que son, en esencia procesos interrelacionados (emociones, reacciones fisiológicas, conducta, consecuencias sociales). La primera de las intervenciones que se considera es la :

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: Cuyo propósito es hacer que los pacientes sean conscientes del papel que juegan las cogniciones y las emociones en la potenciación y mantenimiento del estrés. Consecuente con el objetivo de establecer una colaboración gracias a la cual los pacientes pueden replantear la naturaleza de su estrés

La técnica de **Reestructuración Cognitiva** que se sugiere fue propuesta por Mahoney (1978) y consta de cinco elementos, que son los siguientes:

- R** Reconocimiento de la sensación de malestar
- D** Discriminar los eventos privados
- E** Evaluar las bases lógicas y la función adaptativa
- P** Presentar alternativas

P Premiarse (o pensar en premiarse)

La primera etapa de la terapia consiste en que paciente y terapeuta trabajen hacia el reconocimiento de la(s) sensación(es) de malestar; una vez reconocidas éstas, la discusión lógica se centra hacia el reconocimiento de los eventos privados del paciente, es decir, sus sistemas de creencias y descreencias y sus compromisos con el propósito de evaluar las bases lógicas y buscar entonces las alternativas de solución, siempre en términos de una discusión socrática guiada por el terapeuta, con el propósito de que el paciente encuentre las alternativas de solución, la(s) ponga en práctica y se premie por ello, si es que los resultados son los esperados.

ADIESTRAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Quando no se le encuentra solución a algún problema las personas empiezan a tener malestares. Cuando las estrategias de afrontamiento fracasan, aparece un sentimiento creciente de desamparo que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones. La posibilidad de alivio disminuye, el problema empieza a parecer insoluble y la ansiedad o desesperación pueden llegar hasta niveles paralizantes.

D'Zurilla y Godfried (1971) idearon la estrategia de solución de problemas en cinco pasos.

Problema: El fracaso para encontrar una respuesta eficaz

La solución de problemas es útil para:

- Reducir el estrés asociado a la incapacidad para tomar decisiones.
- Aliviar los sentimientos de impotencia o cólera asociados a problemas crónicos para los que no se ha encontrado alguna solución alternativa.

Los cinco pasos generales son:

(E) Especificar el problema

(P) Perfilar la respuesta

(E) Enlistar las posibles alternativas

(V) Ver las posibles consecuencias

(E) Evaluar los resultados

Especificar el problema: Por lo general, somos capaces de crear problemas

¿Cuáles son nuestros problemas?

Perfilar la respuesta:

De la lista anterior: ¿Qué área genera mas problemas?

Una vez que se haya perfilado el problema detalladamente se puede reclasificar, intentando formas distintas de pensar en él.

Enlistar las posibles alternativas: Aquí hay cuatro normas básicas:

Se excluyen las críticas

Todo se vale

Lo mejor es la cantidad

Lo importante es la combinación y la mejoría

Ver las posibles consecuencias: En este momento ya se deben tener varios objetivos alternativos, con distintas estrategias para alcanzarlos. Ahora hay que seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de llevarlas a la práctica.

Evaluar los resultados: Ahora que se ha intentado la respuesta nueva se deberán observar las consecuencias: ¿Suceden las cosas tal y como estaban previstas? ¿Está satisfecho con los resultados obtenidos?

ADIESTRAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES (O AUTODIÁLOGO DIRIGIDO).

El adiestramiento en auto instrucciones está diseñado para fomentar una actitud de resolución de problemas y engendrar estrategias cognitivas específicas que los pacientes pueden usar en diversas fases de su respuesta al estrés. De manera mas específica, el auto diálogo orientado esta pensado para ayudar a los pacientes a:

1. Evaluar las exigencias de una situación y planificar par futuros estresores.
2. Controlar los pensamientos, imágenes y sentimientos negativos derrotistas y engendradores de estrés.
3. Reconocer, utilizar y calificar de nuevo la activación experimentada.
4. Afrontar las intensas emociones disfuncionales que pudieran experimentarse.
5. Auto análisis para hacer frente a situaciones estresantes.
6. Reflexionar sobre su actuación y fortalecerse por haber intentado el afrontamiento.

Pueden empeorar el estrés, entonces no hay inconveniente en sugerirle que diferentes pensamientos (autoafirmaciones) pueden emplearse en cada fase para reducir, evitar o usar constructivamente el estrés. Con una actitud de colaboración, el terapeuta y el paciente consideran las posibles autoafirmaciones de afrontamiento.

Las autoafirmaciones específicas de afrontamiento se adaptan a las necesidades de cada población. Además, se estimula a los pacientes para que traduzcan las autoafirmaciones a sus propias palabras y las personalicen de una manera significativa. Las autoafirmaciones no deben ser demasiado generales, pues eso podría conducir a una repetición mecánica; las que se relacionan con la competencia y el control parecen funcionar mejor. Por ejemplo, son muy útiles las autoafirmaciones que ayudan al paciente a centrarse en el presente, tratando de tomar las cosas como vienen en vez de considerar las futuras consecuencias negativas (por ejemplo: <<¿y si sucede algo terrible?>>). De manera similar, las autoafirmaciones que dirigen pensamientos, emociones y comportamientos específicos también son útiles.

El terapeuta no presenta lista de autoafirmaciones al paciente como un hecho consumado, ni le dice que esas son las afirmaciones que debería memorizar y repetir mecánicamente cada vez que se sienta estresado, como en la tradición del psiquiatra

francés Emil Coué, que prescribía a los pacientes que dijeran <<Cada día estoy mucho mejor en todos los sentidos>>. En cambio el terapeuta que usa el AIE trabaja en colaboración con el paciente para generar una lista significativa de estrategias cognitivas. Por ejemplo, el terapeuta puede decir:

En la última sesión hemos comentado algunos de los pensamientos y sentimientos que usted tiene en situaciones estresantes, y algunas de las autoafirmaciones alternativas que podría emplear en cada fase de su reacción estresante. Me pareció que podría ser útil hacer un resumen de nuestro comentario. Así pues, me he tomado la libertad de hacer una lista de autoafirmaciones que usted puede usar antes, durante y después de los acontecimientos estresantes. He incluido sus sugerencias y algunas de las sugerencias que otros pacientes como usted han encontrado útiles.

Me gustaría que dedicáramos unos minutos a revisar esta lista y luego comentar su contenido, teniendo en cuenta que la situación de cada persona es ligeramente diferente y que cada uno es único. Revise la lista y decida lo que podría valer la pena que consideremos en su caso.

En resumen el adiestramiento en auto instrucciones empieza por identificar las autoafirmaciones, las imágenes y los sentimientos habituales del paciente, que se producen durante las diversas fases de las experiencias estresantes. Entonces el paciente y el terapeuta consideran como estas autoafirmaciones pueden exacerbar las reacciones de estrés y dificultar la producción de respuestas adaptativas de afrontamiento. a continuación colaboran en la generación de autoafirmaciones alternativas que señalan la producción de mas respuestas adaptativas de afrontamiento. Se estimula al paciente a personalizar estas autoafirmaciones utilizando sus propias palabras en la colaboración de estrategias de afrontamiento. La lista de autoafirmaciones puede adaptarse y extenderse a medida que prosigue el adiestramiento (Meichenbaum, 1985).

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA PEDIR AYUDA.

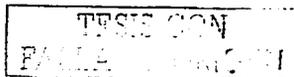
El pedir ayuda es una habilidad social y que es importante que los enfermos diabéticos posea en su repertorio, pues en muchas ocasiones necesitan ayuda médica, familiar, psicológica o social, y cuando estos enfermos no se atreven a pedirla o no lo hacen adecuadamente, se estresan o se deprimen con facilidad, lo que repercute en su control metabólico y calidad de vida porque por lo que para el entrenamiento de esta habilidad social se propone utilizar el paquete tecnológico desarrollado por Goldstein(1981) al que llamamos **aprendizaje estructurado** y que se define como la enseñanza planeada y sistemática de las conductas específicas conscientemente requeridas por el individuo con el fin de lograr un funcionamiento efectivo y satisfactorio, durante el mayor tiempo posible, en una amplia variedad de contextos interpersonales, positivos, negativos y neutros. Los métodos de enseñanza de estas habilidades sociales se basan en la teoría del aprendizaje social y en los principios y procedimientos pedagógicos contemporáneos (Goldstein,1981, citado en Roth,1987).

Previo al entrenamiento de la habilidad social, se debe de realizar una evaluación específica para la habilidad en particular con el fin de conocer las deficiencias en los componentes tanto verbales como no verbales que se requieren para el adecuado manejo de dicha habilidad, esto se logra mediante el **TAS** (test analógico de simulación), (se anexa).

Posteriormente a la evaluación se lleva a cabo el **APRENDIZAJE ESTRUCTURADO (AE)**, que está compuesto de cuatro técnicas específicas: el modelamiento, el juego de roles, o ensayo conductual, el reforzamiento social o retroalimentación y el entrenamiento para la transferencia.

El **modelamiento** supone la provisión de ejemplos o demostraciones de fragmentos conductuales con el propósito de quienes deben aprenderlos se familiaricen con las particularidades de su emisión verbal y no verbal. Con este propósito pueden utilizarse ya sea modelos vivientes , cintas de audio o grabaciones filmadas.

El **juego de roles** es una práctica conductual sistematizada de la habilidad observada , tal y como operaría en condiciones de vida real cotidiana. En la ejecución de juego de roles se pide al participante (actor) que, junto con otro (Coautor), represente o actúe la habilidad en cuestión. Esta se divide previamente en varios componentes llamados



pasos conductuales, cuyo cumplimiento ordenado conduce a la emisión de la habilidad. Cada habilidad puede poseer un número diferente de pasos conductuales, el objetivo de esta técnica es que el individuo que está siendo entrenado domine la habilidad en cuestión.

La **retroalimentación** permite que un grupo como un todo, evalúe al participante. Por medio de ella es posible realizar comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes en el juego de roles. Esta técnica tiene como propósito fundamental mejorar la ejecución de la habilidad pertinente.

El **entrenamiento para la transferencia** intenta facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. la asignación de tareas, el uso de utilería real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobre aprendizaje son algunos de los procedimientos facilitadores de la generalización que contempla el entrenamiento para la transferencia .

El éxito del AE depende de algunos detalles que son importantes tomar en cuenta como el Número, duración y espaciamento de las sesiones es importante considerarlo . En general es adecuado que la sesiones se impartan dos veces por semana, con una duración de dos horas por sesión, aunque este criterio puede variar de acuerdo a las características de los sujetos. Otro detalle radica en las características de los conductores del entrenamiento, deben participar por lo menos dos entrenadores pues la aplicación de las técnicas requiere de la acción coordinada de dos personas, además de que los entrenadores deben tener una adecuada instrucción en las técnicas de evaluación y en la aplicación de las técnicas conductuales ya mencionadas. Otro aspecto es el número de sujetos que deben integrar el grupo de entrenamiento, se sugiere que este no sea mayor de 15 participantes.

Los componentes tanto verbales como no verbales así como el orden en que se requieren para la **HABILIDAD PARA PEDIR AYUDA** son:

Componentes no verbales (cognición):

Identificar el problema. La persona identificará el problema que le causa conflicto.

Reconocer que uno solo no puede solucionar el problema. La persona analizará las causas por las cuales no puede solucionar por sí sola el problema.

Elección del momento y lugar adecuado para solicitar la ayuda. Se escogerá la situación en que la persona a la que se pedirá ayuda esté en disposición de escuchar .

Componentes verbales.

Pedir ayuda. La persona planteará de manera verbal su problema y solicitará ayuda de manera verbal a la o las personas elegidas.

Tono de voz. La persona empleará voz firme y serena o suplicante dependiendo de la consigna y audible a 2.0 metros.

Componentes no verbales.

Proximidad física. Distancia máxima entre 70 cm. Y 1.5 m. entre las dos personas dependiendo de la consigna.

Postura física. La persona se encontrará erguida pero relajada frente al otro.

Contacto visual. La persona que solicite la ayuda mirará a la otra en un 70% que dure la interacción.

Los componentes antes mencionados se entrenaran en forma específica de acuerdo al TAS y se aplicará el AE antes descrito.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDAD PARA AFRONTAR EL FRACASO.

Esta habilidad también pertenece al grupo de las habilidades sociales, por lo que se aplicará de igual manera el método descrito anteriormente, pero se hará énfasis en los componentes verbales y no verbales específicos para el entrenamiento de afrontar el estrés.

Componentes verbales.

Afrontar el fracaso. La persona se enfrentará así misma y reconocerá la responsabilidad del fracaso.

Identificar lo que ocasiona el fracaso. La persona analizará lo que a su criterio ocasionó el fracaso.

Decidir si lo quiere intentar nuevamente. La persona manifestará honestamente si desea continuar o abandonar la empresa sin sentirse culpable.

Reconocer sus habilidades. La persona hará conciencia y reconocerá las habilidades que posee.

Plantear una alternativa a corto plazo. Realizará un esquema estructurado a seguir para evitar nuevamente el fracaso.

Auto animarse. La persona reconocerá que tiene derecho a equivocarse y reintentar nuevamente la empresa con confianza en sí misma. (Margalef,1983).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TERAPIA COGNITIVA PARA EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, por ejemplo: la depresión, la ansiedad, el manejo del dolor, etc. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1983). Sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es o no competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema " si no lo hago todo a la perfección significa que soy un fracaso".

Consecuentemente esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal.

Las técnicas terapéuticas específicas se sitúan en el marco del modelo cognitivo; La terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar las siguientes operaciones:

- controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta;
- examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados;
- sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas

- aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Se utilizan varias técnicas verbales para explorar la lógica subyacente y la base de las cogniciones y supuestos concretos. El paciente recibe, al principio, una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva. A continuación, aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos en el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados.

Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología. Por ejemplo se discute la tendencia de los depresivos a sentirse responsables de los resultados negativos, en tanto que sistemáticamente se niegan a asumir sus propios éxitos. La terapia se centra en "síntomas objetivo" específicos (por ejemplo los impulsos suicidas). Se identifican las cogniciones que están a la base de dichos síntomas, por ejemplo: mi vida es completamente inútil, carece de valor y yo no puedo cambiarla" y se someten a una investigación lógica y empírica.

Uno de los componentes más poderosos del modelo de psicoterapia basado en el aprendizaje es el hecho de que el paciente comienza a incorporar muchas de las técnicas que emplea el terapeuta. Por ejemplo, a menudo sucede que los pacientes se encuentran a sí mismos asumiendo espontáneamente el rol de terapeuta y cuestionándose de sus conclusiones o predicciones. Algunos ejemplos de este tipo de cuestiones que nosotros hemos observado son los siguientes: ¿A partir de que evidencia extraigo esta conclusión? ¿Existen otras explicaciones? Realmente, ¿es tan grave la pérdida? ¿Qué perjuicio me reporta el que un extraño piense mal de mí? ¿Qué puedo perder por intentar ser más asertivo?

Estas preguntas que el sujeto se formula a sí mismo desempeñan un papel capital en la generalización de las técnicas cognitivas de la consulta a las situaciones externas. Sin este tipo de preguntas, el individuo depresivo se ve rodeado de patrones automáticos estereotipados, fenómeno que podríamos denominar "pensamiento irreflexivo".

Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes depresivos más graves no solo para modificar la conducta, sino también para elicitar cogniciones asociadas a conductas

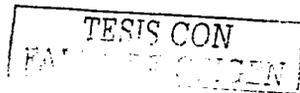
específicas. Ya que el paciente por lo general, necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento entre las técnicas conductuales se encuentran, programación de actividades, técnicas de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, entrenamiento en asertividad y juego de roles, etc, dependiendo de las características del paciente. Además las técnicas conductuales se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativos. Las técnicas conductuales y cognitivas tienen sus propias ventajas y aplicaciones dentro de la terapia cognitiva. Al paciente preocupado, inestable le resultará difícil hacer introspección, de hecho sus preocupaciones e ideas perseverantes pueden verse agravadas por este procedimiento. En cambio los métodos conductuales tiene un poder relativamente mayor para contrarrestar su inercia y movilizarle hacia una actividad constructiva. Es más probablemente una experiencia satisfactoria al lograr un objetivo conductual sea mas efectiva que los métodos cognitivos a la hora de modificar pensamientos erróneos, sobre todo en enfermos crónicos.

Sin embargo aunque las técnicas conductuales sean mas eficaces para modificar las falsas creencias, las técnicas cognitivas pueden ser el tipo ideal de intervención para modificar la tendencia del paciente a hacer inferencias incorrectas a partir de eventos específicos.

La terapia puede constar de 15 a 20 sesiones una o dos veces por semana, y después la terapia de apoyo que se pueden programar 3 o 4 veces por año.

CONCLUSIONES

El enfermo con diabetes se ha convertido en un problema médico, social y psicológico ya que al ser diagnosticado con diabetes mellitus o empezar a sufrir alguna complicación crónica degenerativa además del impacto psicológico, tiende a pasar por las típicas etapas de duelo que son la negación, ira, miedo, depresión, en algunos casos aceptación y esperanza y en muchos casos un estado de estrés sostenido, lo que influye en que se provoque un descontrol metabólico y se exacerben las complicaciones



crónicas lo que afecta la calidad de vida diabético.

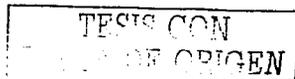
Debido a que el modelo médico se encuentra incompleto para manejar al enfermo diabético integralmente, se hace fundamental contar con el apoyo de una disciplina que de manera sistemática proporcione al paciente las habilidades necesarias para modificar su estilo de vida para disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad. Por lo cual éste programa de intervención psicológica se ha enfocado a mejorar la calidad de vida del enfermo con diabetes.

El tipo de terapia y las técnicas empleadas dependerán de la evaluación y de los problemas de cada paciente, en relación principalmente con manejo de estrés, ansiedad o depresión así como de enseñarles algunas estrategias de solución de problemas que influyan en su adherencia al tratamiento, en el control de la diabetes mellitus y en su calidad de vida. El tiempo estimado de la terapia es variable, sin embargo es recomendable adaptarlo entre 10 a 15 sesiones una o dos veces por semana, para que el paciente no pierda interés y observe resultados en la modificación de su comportamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alpizar, S.M. (2001) Guía para el manejo integral de paciente diabético. Fascículo 1. México, Manual Moderno.
- Ariet Silvano. (1993) Psicoterapia de la Depresión. Paídos.
- Beck, A T., Rush A J., Brian, F S., Gary, E. (1983) Terapia Cognitiva de la Depresión. Traducción Susana del Viso Pabón. España. Desclee de Brouer.
- Blanco, A. (1985) La Calidad de Vida, Supuestos Psicosociales. En: J F Morales, (Comp.) Psicología Social Aplicada. Bilbao, Desclee de Brouer.
- Blanco Lemus, E. (2001) Educación en diabetes, Mundo Médico. México, 19-23.
- Brantley, P.J., Waggoner, C.D., Jones, G.N. & Rappaport, N.B. (1987) A Daily Stress Inventory: Validity and effect of Repeated Administration. Journal of Behavioral Medicine 10, 61-74.
- Carrobes, J. (1996) En: G L Oblitas., I E Becoña. (2000) Psicología de la Salud. México, Plaza y Valdés.
- Cohen. (1960) En: G L Oblitas., I E Becoña. (2000) Psicología de la Salud. México, Plaza y Valdés.
- Comité de Expertos. (1999) Informe del Comité de Expertos en el Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes Mellitus, Diabetes Care 22(1), 5-19.
- Dalesio, D.J. (1977) Chronic Pain Syndrome and Disordered Cortical Inhibition: Effects of Tricyclic Compounds, Dis. Nerv System, 28, 325-328.
- De la Fuente, M.R., Campillo.S. (1975) Depresión, Rev. Fac. Med. 18(10), 6-32.
- D'Zurilla, T. & Godfried, M. (1971) Problem Solving and Behavior Modification. Journal of Abnormal Psychology 78, 107-126.
- Flaherty. (1980). En: A Polaino-Lorente., J Roales Nieto. (1994) Psicología y Diabetes Infanto Juvenil, España. Siglo 21.
- Folkman, S y Lazarus, R.S. (1980) En: Rodríguez-Marín. (1995) Psicología de la Salud. Madrid España, Síntesis, S.A.
- Frojan, P J A & Santacreu, M J. (1995) Evaluación de Programas de Salud, México, Fernández Ballesteros.

- Funnell Mitchel, M y col.(1997)A. Core. Curriculum for Diabetes Educators. 3ª ed. USA.American Association of diabetes educators.
- Funnell Mitchel, M y col. (1991) Empowerment: an Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. Diabetes Educ, 17, 37 – 41.
- García, G.R., Suárez, P.R (1997) Comunicación y Educación Interactiva y su Aplicación al control del Paciente Diabético. Rev. Panamericana de Salud Pública Health, 2(1), 32-36.
- García Peña, MC y cols. (1995) La Calidad de Vida en el Paciente Diabético Tipo II y Factores Relacionados Rev Med IMSS, 33, 293-298.
- García Riaño D. (1991) Calidad de Vida. Aproximación Histórico- Conceptual. Boletín de Psicología, 30, 55 – 94.
- Garrity. (1986) En: P.J. La Torre & M.P Bencit. Psicología de la Salud, Argentina, Lumen.
- Grant y cols. (1974). En: A Polaino-Lorente., J Roales Nieto. (1994). Psicología y Diabetes Infanto Juvenil, España. Siglo 21.
- Goldstein, A.P. (1981) En: E,U Roth. (1986) Competencia Social: El Cambio del Comportamiento en la Comunidad, México. Trillas.
- González-Celis R.A y Sánchez-Sosa, J.J. (2001) Instrumento WHOQoL-Breve Versión en español . Organización Mundial de la Salud. Traducción y adaptación como trabajo parcial de tesis de doctorado del primer autor, México. Facultad de Psicología UNAM.
- Haynes; Sackett. (992). En: F Paz Rodríguez. (1999) Adherencia Terapéutica o Tratamientos Médicos Mediante una Encuesta de Opinión. Tesis de licenciatura, México. Fac. de Psicología UNAM.
- Hinkle., Wolf. (1952). En: A Polaino-Lorente., J Roales Nieto. (1994). Psicología y Diabetes Infanto Juvenil, España. Siglo 21.
- Holmes., Masada. (1974). En: A Polaino-Lorente., J Roales Nieto.(1994). Psicología y Diabetes Infanto Juvenil, España. Siglo 21.
- Kirkley. (1982). En: A Polaino-Lorente., J Roales Nieto. (1994). Psicología y Diabetes Infanto Juvenil, España. Siglo 21.
- Lazarus, R.S. y Folkman,S. (1986) Estrés y Procesos Cognitivos, Barcelona. Martínez Roca.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. (1991) EN: Watkins, K W y cols.(2000) Effect of Adults' Self-Regulation of Diabetes on Quality-Of-Life Outcomes, Diabetes Care 23(10), 1511-1515.



- Levi, L., Anderson, L.(1980). La Tensión psicosocial. Población, Ambiente y Calidad de vida. México. El Manual Moderno.
- Lusttman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E & Clouse, R.E.(1997) "The Course of Major Depression". Gen Hosp Psychiatric, 19(2), 138-143.
- Mahoney, M.J. & Arnkoff, D.B. (1978). Cognitive and Self-Control Therapies. En: S.L. Garfield & A.E. Bergi (eds) (1978). Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an Empirical Analysis. New York: Wiley.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, (1995) Barcelona, Masson.
- Margalef Alejos, Ma. R. (1983) Investigación Relativa a la Influencia que Ejerce el Contexto en la Educación de las Habilidades Sociales, Evaluando la Eficacia del Aprendizaje Estructurado. Tesis de licenciatura, México ENEP-Iztacala UNAM.
- Mayou, R. (1990) En: Rodríguez-Marín. (1995) Psicología de la Salud. Madrid España, Síntesis, S.A.
- Meichenbaum, D. (1985) Manual de Inoculación de Estrés. México. Ed. Roca.
- Meichebaum, D. & Turk, D.C. (1987) Evaluación de la Adherencia Terapéutica en : Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. España. Siglo 21.
- Moos, R.H. (1977). En: Rodríguez-Marín. (1995) Psicología de la Salud. Madrid España, Síntesis, S.A.
- Moos, R.H. (1984) Escala de Salud y Vida Cotidiana (Forma B) Traducción y adaptación Ayala Velázquez H; Aduana M AP. Universidad Nacional Autónoma de México – Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa., México.
- National Diabetes Data Group. (1997). The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 20, 1183-1197.
- Oblitas, G L., Becoña I, E. (2000) Psicología de la Salud. México, Plaza y Valdés.
- Organización Mundial de la Salud. (1997) Fortalecimiento de la Adherencia Terapéutica. Módulos de Aprendizaje de Ciencia Conductual. Ginebra. Traducción y Adaptación Mario E Rojas FES Zaragoza, Proyecto Papime.
- Paz Rodríguez, F. (1999) Adherencia Terapéutica o Tratamientos Médicos Mediante una Encuesta de Opinión. Tesis de licenciatura, México. Fac. de Psicología UNAM.
- Pérez –Pasten, E. (1998) Guía para el educador en diabetes. México, Ediciones Gráficas.
- Polaino-Lorente, A., Roales Nieto, J .(1994). Psicología y Diabetes Infante Juvenil, España. Siglo 21.

- Puente- Silva.(1984). En: Paz Rodríguez. (1999) Adherencia Terapéutica o Tratamientos Médicos Mediante una Encuesta de Opinión. Tesis de licenciatura, México. Fac. de Psicología UNAM.
- Rahe., Holmes (1973) En: A Polaino-Lorente., J Roales Nieto. (1994). Psicología y Diabetes Infante Juvenil, España. Siglo 21.
- Reynoso, E.L., Seligson, N.I. (2001) Manual del Estrés, México. UNAM. CONACYT.
- Reynoso, E.L., Seligson, N.I. (2001) Manual de Relajación, México. UNAM. CONACYT.
- Rewers, M., Hamman, RF. (1995) Risk Factors for Non-Insulin-Dependent Diabetes. In Diabetes in America. National Diabetes Data Group, Bethesda, MD, National Institutes of Health,179-220.
- Rimm.C.D., Masters, J. (1987) Terapia de la Conducta Técnicas y Hallazgos Empríricos. México. Trillas.
- Rodríguez-Marín. (1995) Psicología de la Salud. Madrid España, Síntesis, S.A.
- Rodríguez-Marín.,López-Roig y Pastor. (1990). En: Rodríguez-Marín. (1995) Psicología de la Salud. Madrid España, Síntesis, S.A.
- Roth, E,U. (1986) Competencia Social: El Cambio del Comportamiento en la Comunidad, México. Trillas.
- Sánchez-Sosa,J.J.,Ph.D. (2001) Treatment adherence: The role of Behavioral Mechanisms and Some Implications for Health Care Interventions Genova.,World Health Organization.
- Sanders, K. y cols. (1975) Emotional Attitudes in Adult Insulin-dependent Diabetes, J. Ppsychosom. Res, (19), 241-243.
- Secretaría de Salud. (2000). Estadísticas. México.
- Secretaría de salud. (2000) Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes. Rev Med IMSS, 38(6), 447-495.
- Selye.H. (1950) The Physiology and Pathology of exposure to Stress. A Treatise Based on the Concepts of the General-Adaptation-Syndrome and the Diseases of Adaptation. Montreal: Montreal eds.
- Selye. (1982) En: L A Oblitas., E Becoña. (2000) Psicología de la Salud. México, Plaza y Valdés.
- Siegel, S. (1975) Conditioning Insulin Effects, Journal of Comparative and Physiological Psychology, 89, 189-199

- Silva (1984). En: Paz Rodríguez, (1999) Adherencia Terapéutica o Tratamientos Médicos Mediante una Encuesta de Opinión. Tesis de licenciatura, México. Fac. de Psicología UNAM.
- Slawson y cols. (1963).En: A. Polaino-Lorente., J. Roales Nieto. (1994) Psicología y Diabetes Infante Juvenil, España. Siglo 21.
- Sullivan, B. (1978) Self-esteem and Depression in Adolescent Diabetic Girls. *Diabetes Care*, 1, 253:262.
- Testa, A. M., Donald, C y Simonson, MD. (1998) Health Economic Benefits and Quality of Life During Improved Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *JAMA* 280(17), 1490-96.
- Testa, A. M., Simonson, MD y Turner, RR. (1998) Valuing Quality of Life and Improvements in Glycemic Control in People With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 21(3), 44-52.
- Turkington, R.W. (1980) Depresión Masquerading as Diabetic Neuropathy. *JAMA* 243(11), 1147-1150
- Vandenbergh y cols. (1966 y 1967) En: A. Polaino-Lorente.; J. Roales Nieto. (1994). *Psicología y Diabetes Infante Juvenil*, España. Siglo 21.
- Vázquez, E.F y cols. (1994) Aspectos Psicosociales de la Diabetes Mellitus. *Rev. Med. IMSS.(Méx.)*,32(3), 267-270
- Watkins, C.E. (1996) Treating Depression in Diabetes Help Control Blood Sugar. Consulting group inc. [Http://diabetes.miningco.com/msub7.htm](http://diabetes.miningco.com/msub7.htm)
- Watkins, C.E. (1997) Diabetes, Depression and Stress. Northern Country Psychiatric Associates. [Http://diabetes.miningco.com/msub7.htm](http://diabetes.miningco.com/msub7.htm).
- Watkins, K W y cols. (2000) Effect of Adults' Self-Regulation of Diabetes on Quality-Of-Life Outcomes, *Diabetes Care* 23(10), 1511-1515.
- Wing, Rena, R y col. (2001) Behavior Science Research in Diabetes Lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical. *Diabetes Care*, 24, 117-123.
- Wolf. (1953) En: L.A. Oblitas., E. Becoña. (2000) *Psicología de la Salud*. México, Plaza y Valdés.

ANEXO I

NOMBRE _____ EDAD _____

EDO. CIVIL _____

Tiempo de diagnóstico de la Diabetes Mellitus _____

Qué miembro(s) de su familia lo apoya en su tratamiento? _____

¿Qué tipo de apoyo recibe? _____

¿Realiza ejercicio específico para el control de la DM? _____ ¿Cuál? _____

¿Realiza algún tipo de alimentación específico para el control de su DM? _____

Quién se lo prescribió? _____ ¿Lo realiza regularmente? _____

¿Toma algún medicamento para el control de su DM? _____ ¿Cuál? _____

¿Lo toma con regularidad? _____

¿En el último año ha presentado alguna complicación? _____

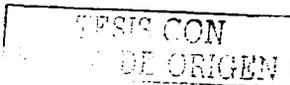
¿Cuál? _____

¿En el último año ha presentado alguna descompensación metabólica? _____

¿En el último año ha presentado niveles de glucosa en sangre por arriba de 110 mg/dl?
_____ valores máximos de glucosa _____

¿Asiste a algún grupo de apoyo para diabéticos? _____ ¿Dónde? _____

¿Recibe apoyo psicológico? _____ ¿De que tipo? _____



ANEXO 2

Cuestionario De Salud y Vida Cotidiana

Este es un cuestionario general de salud. Por favor conteste cada pregunta tan adecuadamente como usted pueda. Todas las respuestas son estrictamente confidenciales.

I. ALGUNOS DATOS ACERCA DE USTED.

1. ¿Cuándo nació? *Día / Mes / Año*

2. Sexo: M F

3. Escolaridad

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1) Ninguna | 6) Estudios técnicos o comerciales |
| 2) Primaria incompleta | 7) Bachillerato |
| 3) Primaria completa | 8) Normal |
| 4) Secundaria incompleta | 9) Profesional |
| 5) Secundaria completa | 10) Postgrado |
| 6) Estudios técnicos o comerciales | |

4. ¿Qué religión practica?

- 1) Católica 2) Judaica J) Protestante 4) Otra 5) Ninguna

5. ¿Qué nacionalidad tiene?

- 1) Mexicana 2) Sudamericana 3) Centroamericana 4) Norteamericana
5) Europea 6) Asiática 7) Otra

6. Estado civil

- 1) Soltero) Casado o unión libre 3) Separado 4) Viudo 5) Divorciado

7. ¿Cuántas veces se ha casado en total?

8. Tiempo de relación (en años)

- 8.1. Tiempo de unión con el actual cónyuge.
8.2. Tiempo que vivió con su cónyuge antes de separarse.
8.3. Tiempo que estuvo casado con su último cónyuge.

9. ¿Trabaja actualmente?

- 1) No 2) Sí, medio tiempo 3) Sí, tiempo completo 4) Sí, más de tiempo completo

Parte II

II. HISTORIA RELACIONADA CON EL EMPLEO

10. ¿Cuántas veces cambió de trabajo en el último año

11. ¿Cuál es su ocupación actual?

12. Si Ud. no está trabajando actualmente ¿cuál es el motivo?

- 1) Temporalmente desempleado
- 2) No está empleado y esta buscando trabajo
- 3) No está empleado y no busca trabajo
- 4) Estudia
- 5) Mala salud.
- 6) Ama de casa
- 7) Jubilado
- 8) Otra razón

13. Si no está empleado, ¿cuánto tiempo ha estado sin trabajo? 1) Menos de 3 meses

- 2) De 3 a 6 meses
- 3) De 7 a 9 meses
- 4) De 10 meses a un año
- 5) Más de un año

14. ¿Cual es su ingreso mensual?

- 1) No tiene ingreso.
- 2) De 1 a 2 salarios mínimos
- 3) De 3 a 4 salarios mínimos
- 4) De 5 a 6 salarios mínimos
- 5) 6 o más salarios mínimos

15. El ingreso mensual de su familia es:

- 1) De 1 a 3 salarios mínimos
- 2) De 4 a 6 salarios mínimos
- 3) De 7 a 9 salarios mínimos
- 4) 10 o más salarios mínimos

Parte III

III. SU SALUD EN LOS ULTIMOS 12 MESES

16. Le voy a leer una lista de enfermedades, ¿ha tenido alguna de ellas en los últimos 12 meses? Conteste "SI" sólo si fue diagnosticado por un médico.

Si = 1 No = 2

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| a) Anemia | h) Problemas serios con la espalda |
| b) Asma | i) Problemas con el corazón |
| c) Artritis o reumatismo | j) Presión alta |
| d) Bronquitis | k) Problemas de riñón |
| e) Cáncer | l) Tuberculosis |
| f) Problema crónico del hígado | m) Úlceras |
| g) Diabetes | n) Embolia |

17. A continuación, se presenta una lista de sin tomas físicos. En los últimos 12 meses, ¿ha padecido frecuentemente alguno de ellos?

SI = 1 NO = 2

- | | |
|--|--|
| a) Ha sentido debilidad | g) Ha sentido acidez estomacal o indigestión |
| b) Ha sentido de repente calor en todo el cuerpo | h) Ha sentido escalofríos |
| c) Ha sentido que el corazón le late fuertemente | i) Ha tenido manos temblorosas |
| d) Ha tenido poco apetito | j) Ha tenido dolor de cabeza |
| e) Se ha sentido nervioso (tenso) | k) Ha tenido estreñimiento |
| f) Se ha sentido inquieto | l) Ha sufrido insomnio |

18. A continuación se enlistan algunas formas de como uno se siente a veces.

SI = 1 NO = 2

En los últimos 12 meses:

- a) ¿Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad?
b) ¿Ha sentido que se preocupa demasiado?
c) ¿Ha sentido que su memoria no está del todo bien?
d) ¿Ha tenido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo?
e) ¿Ha sentido que nada le sale bien?
f) ¿Se ha preguntado si existe algo que todavía valga la pena?

19. ¿Fuma usted cigarros? (si no es así, pase a la pregunta 23).

SI = 1 NO = 2

20. Si contestó que sí, fuma

- 1) más que el año pasado 2) lo mismo que el año pasado 3) menos que el año pasado

21. Por lo general, ¿Cuántos cigarros fuma diario?

22. ¿Ha sentido algún síntoma físico por fumar demasiado? Si es así, ¿qué clase de síntoma (s) ha tenido?

SI = 1 NO = 2

- a) Garganta irritada b) tos c) falta de aire d) otros. Especifique

23. ¿Toma usted alguna bebida alcohólica? (vino de mesa, cerveza, brandy, tequila, pulque, ron, etc.). (Si no es así, pase a la pregunta 27).

SI = 1 NO = 2

24. Si respondió SI. ¿Con que frecuencia tomó usted durante el mes pasado?

- | | | |
|-------------------------|---------------------|-----------|
| 1) -Nunca | a) Cerveza | d) Brandy |
| 2) -Una vez | b) Vino de mesa | o ron |
| 3) -2 ó 3 veces | c) Mezcal o tequila | |
| 4) -4 ó 5 veces | | |
| 5) -Casi todos los días | | |

25. En el último mes, ¿cuánto bebió?

- | | | |
|--------------|------------------|--------------------------|
| a) Cerveza | b) Vino de mesa | c) Brandy, Tequila o ron |
| 1) 1 vaso | 1) 1 Vaso | 1) 1 copa |
| 2) 1-2 vasos | 2) 2-3 botellas | 2) 2-3 copas |
| 3) 1 litro | 3) 4-8 botellas | 3) 1/2 litro |
| 4) 2 litros | 4) 9-12 botellas | 4) 1 litro |
| 5) 3 litros | 5) 15 botellas | 5) 1 1/2 litros |

26. ¿Ha tenido alguna dificultad durante el último año por beber demasiado?

SI = 1 NO = 2

Si contestó SI, ¿Qué clase de dificultades tuvo?

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| a) Su salud | e) Golpeó a alguien |
| b) Su trabajo | f) Dificultades en el vecindario |
| c) Problemas de dinero | g) Dificultades con la policía |
| d) Discusiones familiares | h) Dificultades con amigos |

27. En el siguiente listado se dan algunos adjetivos que las personas usan para describirse así mismas. Para cada adjetivo que le mencione, indique cuál es el que le describe mejor.

- | | | |
|----------------------------|-------------------------|-----------------|
| 1) No me describe nada | a) Agresivo | h) Activo |
| 2) Me describe un poco | b) Ambicioso | i) Feliz |
| 3) Me describe algo | c) Seguro de sí mismo | j) Extrovertido |
| 4) Me describe bien | d) Calmado | k) Exitoso |
| 5) Me describe exactamente | e) Confiado | |
| | f) Dominante | |
| | g) Accesible, tolerante | |

28. Sin contar chequeos médicos (revisiones), ¿cuántas veces vio al doctor durante el último año?

29. ¿Estuvo hospitalizado alguna vez durante el último año?

SI = 1 NO = 2

30. ¿Estuvo incapacitado debido a problemas de salud? Si fue así, ¿cuánto tiempo? (número de días)

31. ¿Ha usado usted frecuentemente algunos de los siguientes medicamentos durante los últimos 12 meses?

SI = 1 NO = 2

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| a) Pastillas para alergias | g) Laxantes |
| b) Anfetaminas | h) Pastillas para el dolor |
| c) Antibióticos | i) Pastillas para dormir |
| d) Antidepresivos | j) Medicamentos para la digestión |
| e) Aspirinas | k) Tranquilizantes |
| f) Pastillas para dieta | l) Vitaminas |

32. Algunas veces, cuando las personas tienen problemas acuden a ciertas personas para solicitar ayuda. En los últimos 12 meses usted recibió ayuda de:

SI = 1 NO = 2

- | | | |
|---|------------------------|-----------|
| a) Sacerdote, consejero espiritual, pastor. | e) Policía | i) Amigos |
| b) Consejero familiar o matrimonial | f) Grupo de auto-ayuda | |
| c) Médico | g) Abogado | |
| d) Psiquiatra o psicólogo | h) Su jefe | |

33. Durante el último año experimentó:

1. Nunca 2. Rara vez 3. En ocasiones 4. Casi siempre 5. Siempre

- | | |
|---|--|
| a) Sentimientos de depresión, tristeza o melancolía | j) Pensamientos acerca de la muerte o el suicidio. |
| b) Poco apetito o pérdida de peso | k) Llanto, |
| c) Problemas para dormir, o dormir demasiado | l) Sentimientos negativos o pesimistas |
| d) Pérdida de energía, fatiga o cansancio | m) Pensamientos frecuentes sobre cosas |
| e) Inquietud | n) Sentimientos de incomodidad |
| f) Lentitud o dificultades para moverse | o) Sentimientos ofensivos, irritabilidad, enojo |
| g) Pérdida de interés o placer en sus actividades cotidianas o en el sexo | p) Necesidad de que lo tranquilicen o ayuden |
| h) Culpaabilidad o se ha sentido sin valor o despreciable | q) Lástima o pena por usted mismo |
| i) Problemas de concentración, al pensar o tomar decisiones | r) Síntomas físicos o enfermedades |

Parte IV

IV. EVENTOS OCURRIDOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES

34. Esta es una lista de eventos que le pueden pasar a cualquiera. ¿Le ha ocurrido alguno de ellos durante los últimos doce meses? En el caso de contestar SI, favor de indicar:

SI = 1 NO = 2

- | | |
|---|--------------------------------------|
| a) hace cuántos meses le ocurrió dicho evento | TESIS CON
FALLA DE ORIGEN |
| b) si tuvo control sobre él | |
| c) si le pasó antes | |
| d) el más positivo | |
| e) el más negativo | |
-
- | | |
|--|---|
| 1) Cambió de casa | 18) Desempleado por un mes o más |
| 2) Se graduó | 19) Aumento considerable en la carga de trabajo |
| 3) Perdió algo con valor sentimental | 20) Fue promovido en el trabajo |
| 4) Muerte de algún amigo cercano | 21) Consiguió mejor trabajo (nuevo) |
| 5) Problemas con amigos o vecinos | 22) Aumento sustancial en el ingreso (20%) |
| 6) Se comprometió sentimentalmente | 23) Decremento sustancial en el ingreso (20%) |
| 7) Se casó | 24) Se endeudó fuertemente |
| 8) Se separó | 25) Su hijo entró a escuela nueva |
| 9) Tuvo una reconciliación marital | 26) Su hijo abandonó la casa |
| 10) Se divorció | 27) Su hijo regresó a casa des pues de una larga ausencia |
| 11) Nacimiento de un niño en su familia inmediata | 28) Un pariente se cambió a su casa |
| 12) Dificultades con suegros o parientes políticos | 29) Tuvo problemas legales |
| 13) Tuvo algún accidente o enfermedad seria | 30) Tuvo problemas de alcohol o drogas |
| 14) Muerte del cónyuge | 31) Fue asaltado o robado |
| 15) Muerte de un miembro de la familia cercana (excento cónyuge) | |

35. Indique por favor, cuál(es) de las siguientes formas de actuar utilizó usted y con qué frecuencia, para tratar de enfrentar el evento.

1. Nunca 2. Rara vez 3. En ocasiones 4. Casi siempre 5. Siempre

- 1) Trató de saber más sobre la situación
- 2) Habló con su cónyuge o con otros parientes, acerca del evento
- 3) Habló con un amigo acerca del problema
- 4) Habló con un profesionista (abogado, cura, médico)
- 5) Rezó para tener una guía o para darse valor
- 6) Se preparó para el peor de los casos
- 7) No se preocupó. Pensó que todo saldrá bien
- 8) Se desquitó con otras personas cuando se sentía enojado o deprimido
- 9) Trató de ver el lado bueno de la situación
- 10) Se ocupó con otras cosas para no pensar en lo sucedido
- 11) Formuló un plan de acción y lo llevó a cabo
- 12) Consideró varias alternativas para manejar la situación
- 13) Se guió por sus experiencias pasadas en situaciones similares
- 14) No expresó sus sentimientos
- 15) Tomó las cosas como venían, paso a paso
- 16) Trató de analizar la situación y de ver las cosas objetivamente
- 17) Pensó sobre la situación para tratar de entenderla mejor
- 18) Intentó no precipitarse actuando impulsivamente
- 19) Se dijo cosas para ayudarse a sentirse mejor
- 20) Se olvidó del problema por un tiempo
- 21) Supo qué había que hacer y se esforzó más para que funcionaran las cosas
- 22) Evitó estar con la gente en general
- 23) Se propuso que la próxima vez las cosas serían diferentes
- 24) Se negó a creer lo que había sucedido
- 25) Lo aceptó, no podía hacer nada
- 26) Trató de permanecer insensible.
- 27) Buscó ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares
- 28) Negoció para rescatar algo positivo de la situación

29. Intentó reducir la tensión

- a) Tomando más
- b) Comiendo más
- c) Fumando más
- d) Haciendo mas ejercicio
- e) Tomando más tranquilizantes

PARTE V

V. ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SU FAMILIA Y AMIGOS

36. Aproximadamente, ¿cuántos amigos tiene, sin incluir los conocidos eventuales?

37. ¿Cuántos amigos cercanos tiene? Personas con quienes usted puede platicar sus problemas personales?

38. ¿A cuántas personas conoce, de las cuales pueda esperar ayuda real en tiempos difíciles?

39. ¿Pertenece usted a un círculo de amigos cercanos que se mantengan en contacto estrecho?

SI = 1 NO = 2

40. Durante los últimos 2 meses, ¿ha asistido usted a algunas de las siguientes actividades?

1) Con la familia o alguno de sus miembros 2) Con uno o mas amigos

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| a)Evento atlético | g)Dio una vuelta caminando |
| b)Juegos de tablero (ajedrez, damas) | h)Reunión de club u organización |
| c)Barajas | i)Fiesta |
| d)Concierto o museo | j)Día de campo |
| e)Platicó un largo tiempo | k)Nadar o jugar fútbol |
| f)Ayudó en algún proyecto | |

41. Durante el último mes ¿qué tan frecuentemente se reunió con uno o más amigos? (número de veces)

- a)Los visitó en su casa b)Se reunió con ellos en otro sitio

42. Durante el último mes, ¿cuántas veces visitó a sus familiares? (número de veces)

- a)Los visitó en su casa b)Se reunió con ellos en otro sitio

43. Las personas llevan a cabo sus tareas domésticas de diferentes formas. Durante el último mes, ¿quién realizó las siguientes tareas en su hogar?

1. Siempre usted
2. Casi siempre usted
3. Ud. y Otro por igual
4. Casi siempre otro
5. Siempre otro
6. No se aplica

- | | |
|---|--------------------------------------|
| a)Compra de comida | h)Manejar los gastos |
| b)Plancar y preparar alimentos | i)Decidir cómo gastar el dinero |
| c)Tirar la basura | j)Levar el coche al taller |
| d)Limpiar la casa | k)Organizar las reuniones familiares |
| e)Hacer los trabajos pesados de la casa | l)Ayudar a los niños con su tarea |
| f)Hacer reparaciones menores en la casa | m)Disciplinar a los niños |
| g)Arreglar el jardín | |

43a). Si usted indicó que "otro" le ayudó, esa persona fue generalmente su:

- 1)cónyuge 2)hijo 3)hermano 4)padres

Parte VI

VI. DISCUSIONES FAMILIARES

44. ¿Algunos de los siguientes temas causa desacuerdo en su familia?

SI = 1 NO = 2

- | | |
|---------------------|----------------------------------|
| a)Amigos | h)Ayudar a las tareas de la casa |
| b)Parientes | i)El sexo |
| c)Hábitos de manejo | j)Las drogas |
| d)La política | k)El alcohol (la bebida) |
| e)El dinero | l)Fumar cigarros |
| f)El uso del carro | m)La disciplina |
| g)Ver televisión | n)Las compras importantes |

45. Dígame ¿cuál es la persona más importante para usted?
 1) cónyuge 2) padres 3) hijo(a) 4) hermano(a) 5) otro
46. ¿Qué tan frecuentemente ustedes dos?
 1) Nunca 2) Rara vez 3) A veces 4) A menudo 5) Siempre
- a) Calmadamente discuten algo juntos
 b) Tienen un intercambio estimulante de ideas
 c) No están de acuerdo acerca de algo importante
 d) Critican y desaprueban algo importante
 e) Pasan un buen rato juntos
 f) Se enojan

PARTE VII

VII. DATOS ACERCA DE SU HOGAR

47. Le voy a mencionar pares de adjetivos que pueden describir su hogar. Por ejemplo, ordenado-desordenado. Si su hogar está muy ordenado, se indicará el número "1"; si está muy desordenado, me señalará el número "5". Por otra parte, si está entre muy ordenado o muy desordenado usted me indicará el "2", el "3" o el "4", según el grado que usted considere que describe mejor su hogar.

- a) Ordenado 1 2 3 4 5 Desordenado
 b) Limpio 1 2 3 4 5 Sucio
 c) Confortable 1 2 3 4 5 No
 d) Tranquilo 1 2 3 4 5 Ruidoso
 e) Iluminado 1 2 3 4 5 Oscuro
 f) De buen tamaño 1 2 3 4 5 Pequeño

48. Durante los últimos dos años ¿cuántas veces se ha cambiado de casa? (número de veces)

49. ¿Cuántos meses ha vivido en su domicilio actual?

50. Su casa es:
 1) propia 2) rentada 3) otra

51. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su casa?

- 1) casa independiente
 2) construcción de dos casa (duplex)
 3) construcción de tres o cuatro casa
 4) construcción de cinco mas casas

52. ¿Qué categoría describe mejor su colonia?

- 1) urbano-comercial o urbano-industrial
 2) unidad habitacional
 3) residencial
 4) popular
 5) rural

53. ¿Cuántos cuartos hay en su casa o departamento (incluye cocina pero no baños)?

54. ¿Cuántas recámaras hay en su casa o departamento?

55. ¿Su casa tiene patio o jardín?
SI = 1 NO = 2

Parte VIII

VIII. DATOS ACERCA DE SUS HIJOS (si no tiene hijos ha terminado su cuestionario)

56. ¿Cuántos hijos viven con usted?

a) niños

b) niñas

57. ¿Cuándo nacieron?

a) Niñas 19__ 19__ 19__ 19__
b) Niños 19__ 19__ 19__ 19__

58. Aquí hay una lista de situaciones. Durante los últimos 12 meses, le han ocurrido alguna de ellas a uno o más de sus hijos.

SI = 1 NO = 2

- | | |
|--|--|
| a) Alergias | j) Problemas de disciplina en la escuela |
| b) Anemia | k) Dolores de cabeza frecuentes |
| c) Ansiedad o tensión | l) Comerse las unas |
| d) Asma | m) Pesadillas |
| e) Sentimientos de tristeza o melancolía | n) Sobrepeso o bajo peso |
| f) Escalofríos o tos | o) Problemas físicos serios |
| g) Problemas físicos internos | p) Problemas mentales o emocionales |
| h) Problemas académicos en la escuela | q) Dolores de estómago frecuentes |
| i) Problemas con otros niños | indigestión |

58a. ¿Alguno de sus hijos fuma?

58b. ¿Alguno de sus hijos usa drogas o medicamentos regularmente?

58c. ¿Alguno de sus hijos toma bebidas alcohólicas regularmente?

Aplicador _____

Instrucciones

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta. **Por favor seleccione sólo una,** la que le parezca más apropiada. Ésta es con frecuencia, la primera respuesta que da a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en **las últimas dos semanas.** Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en el número que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo el número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos, y encierre en un círculo sólo un número, de las opción de respuestas que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a **cuánto** ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tienen un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

Las siguiente preguntas son acerca de qué **tan completamente** ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de **llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	La mayor parte del tiempo	Completamente
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	La mayor parte del tiempo	Completamente
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	La mayor parte del tiempo	Completamente
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar qué tan bien o satisfecho se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5

		Muy satisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a con qué frecuencia usted ha sentido o ha experimentado en las dos últimas semanas.

		Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ayudó alguien a usted a llenar esta forma? _____

¿Cuánto tiempo le tomó completar esta forma? _____

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

ANEXO 4
Síntomas de estrés

Marque con una X si actualmente presenta alguno de los siguientes síntomas:

Usted podría tener estrés cuando siente que:

- El corazón late más aprisa
- El corazón se le dio una vuelta
- El corazón le late más fuerte, hasta puede escuchar sus latidos.
- Sus manos y sus pies están fríos aunque el día no esté frío.
- Le sudan las manos.
- Le tiemblan las manos o las piernas.
- Tiene dolores en algunas partes de su cuerpo, como la espalda o el cuello.
- No tiene buena digestión, o tiene agruras o diarrea.
- Tiene miedo, pánico o ansiedad.
- Se siente irritable.
- Falta de concentración.

Si a usted le acaban de diagnosticar diabetes mellitus, se encuentra en días de enfermedad, descompensado o presenta alguna complicación.

Marque con una X si presenta alguna de las siguientes manifestaciones:

- Puede tener miedo a no saber qué va a pasar con su enfermedad.
- Piensa que la diabetes es un problema muy grave y de difícil curación.
- Siente que es imposible cambiar de forma de vida.
- Cree que ya no va a poder desarrollar su vida como antes.
- Piensa que su vida ya no va a ser igual que antes.
- Cree que no tiene sentido vivir enfermo.
- Piensa que nunca más podrá beber o comer antojitos.
- Cree que su vida sexual está acabada.
- No va a poder trabajar como antes.

ANEXO 5

INVENTARIO DE ESTRES COTIDIANO

Enseguida se enlistan una variedad de situaciones que pueden ser consideradas como estresantes o no placenteras. Lea cada una cuidadosamente y decida si eso le ha ocurrido a usted dentro de las últimas 24 horas. Si no le ha ocurrido, marque el O en el espacio respectivo. Si el evento sí ocurrió, indique qué tanto le molestó mediante un número del 1 al 7 (vea la clasificación mas abajo). Por favor, conteste en la forma más sincera que le sea posible para poder obtener información precisa.

ESCALA:

O = NO OCURRIO EN LAS ULTIMAS 24 HORAS

1 = SI OCURRIO, PERO NO FUE MOLESTO

2 = CAUSO MUY POCA MOLESTIA

3 = CAUSO POCA MOLESTIA

4 = CAUSO CIERTA MOLESTIA

5 = CAUSO MUCHA MOLESTIA

6 = CAUSO UNA GRAN MOLESTIA

7 = ME CAUSO PANICO

1.- Desempeñé pobremente una tarea	0 1 2 3 4 5 6 7
2.- Me desempeñé pobremente debido a otras personas	0 1 2 3 4 5 6 7
3.- He pensado en un trabajo que no he terminado	0 1 2 3 4 5 6 7
4.- Me he apurado para cumplir con un criterio de tiempo	0 1 2 3 4 5 6 7
5.- Se me ha interrumpido durante una tarea o actividad	0 1 2 3 4 5 6 7
6.- Alguien echó a perder mi trabajo ya completado	0 1 2 3 4 5 6 7
7.- Hice algo en lo cual no soy muy hábil	0 1 2 3 4 5 6 7
8.- No fui capaz de terminar una tarea	0 1 2 3 4 5 6 7
9.- He sido desorganizado	0 1 2 3 4 5 6 7
10.- Se me ha atacado o criticado verbalmente	0 1 2 3 4 5 6 7
11.- He sido ignorado por otras personas	0 1 2 3 4 5 6 7
12.- He hablado o actuado en público	0 1 2 3 4 5 6 7
13.- He tratado con un (mesero/dependiente/vendedor) rudo	0 1 2 3 4 5 6 7
14.- Se me ha interrumpido mientras hablo	0 1 2 3 4 5 6 7
15.- Se me forzó a socializar	0 1 2 3 4 5 6 7
16.- Alguien rompió una promesa o una cita	0 1 2 3 4 5 6 7
17.- Competí con alguien	0 1 2 3 4 5 6 7
18.- Me han clavado la vista	0 1 2 3 4 5 6 7
19.- No he oído nada de alguien de quien esperaba oír algo	0 1 2 3 4 5 6 7
20.- He experimentado contacto físico no deseado (tumultos, empujado)	0 1 2 3 4 5 6 7
21.- He sido malentendido	0 1 2 3 4 5 6 7
22.- He estado en una situación embarazosa	0 1 2 3 4 5 6 7
23.- Me despertaron mientras dormía	0 1 2 3 4 5 6 7
24.- He olvidado algo	0 1 2 3 4 5 6 7
25.- He temido estar enfermo (embarazada)	0 1 2 3 4 5 6 7
26.- Me he sentido enfermo (con malestar físico)	0 1 2 3 4 5 6 7

27.- Alguien prestó algo mto sin mi permiso	0 1 2 3 4 5 6 7
28.- Algo de mi propiedad ha sido dañado	0 1 2 3 4 5 6 7
29.- He tenido un accidente menor (he roto algo, rasgar la ropa)	0 1 2 3 4 5 6 7
30.- He pensado en el futuro	0 1 2 3 4 5 6 7
31.- Se me acabó la comida (artículos personales)	0 1 2 3 4 5 6 7
32.- He discutido con mi esposo(a) novio(a)	0 1 2 3 4 5 6 7
33.- He discutido con otra persona	0 1 2 3 4 5 6 7
34.- He esperado más de lo deseado	0 1 2 3 4 5 6 7
35.- Me han interrumpido mientras pensaba (descansaba)	0 1 2 3 4 5 6 7
36.- Alguien se metió en la cola de espera delante de mí	0 1 2 3 4 5 6 7
37.- Me desempeñé mal en el deporte (juego)	0 1 2 3 4 5 6 7
38.- Hice algo que no quería hacer	0 1 2 3 4 5 6 7
39.- He sido incapaz de completar todos los planes del día	0 1 2 3 4 5 6 7
40.- Tuve problemas con el auto	0 1 2 3 4 5 6 7
41.- Tuve problemas con el tránsito	0 1 2 3 4 5 6 7
42.- He tenido problemas de dinero	0 1 2 3 4 5 6 7
43.- En la tienda no encontré algo que quería	0 1 2 3 4 5 6 7
44.- Extravié algo	0 1 2 3 4 5 6 7
45.- Ha habido mal tiempo	0 1 2 3 4 5 6 7
46.- He realizado gastos inesperados (multas, infracciones, etc.)	0 1 2 3 4 5 6 7
47.- Me confronté con una autoridad	0 1 2 3 4 5 6 7
48.- Recibí malas noticias	0 1 2 3 4 5 6 7
49.- Me ha preocupado mi apariencia personal	0 1 2 3 4 5 6 7
50.- He estado expuesto a una situación u objeto de miedo	0 1 2 3 4 5 6 7
51.- Vi un programa de TV, (espectáculo, película, libro) perturbador	0 1 2 3 4 5 6 7
52.- Alguien violó mi privacidad (no tocó la puerta, etc.)	0 1 2 3 4 5 6 7
53.- No he podido entender algo	0 1 2 3 4 5 6 7
54.- Me he preocupado por los problemas de otros	0 1 2 3 4 5 6 7
55.- He sentido pocas posibilidades de escapar a algún daño (peligro)	0 1 2 3 4 5 6 7
56.- Contra mi voluntad he roto un hábito personal (comer mucho, fumar, comerme las uñas, etc.)	0 1 2 3 4 5 6 7
57.- He tenido problemas con mi(s) hijo(s)	0 1 2 3 4 5 6 7
58.- Se me hizo tarde para llegar al trabajo (a un compromiso)	0 1 2 3 4 5 6 7

¿Alguna otra situación que haya faltado? Por favor escríbalas:

59.-

60.-

ANEXO 6

MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Sexo _____ Edad _____ Grado Escolar _____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de conocer qué es lo que hacen las personas como tú, cuando tienen un problema; para esto, te pedimos que recuerdes algún problema que hayas tenido recientemente, y contestes los reactivos siguientes escogiendo una de las cuatro opciones de respuesta; la que más se acerque a tu caso. Recuerda que sólo puedes elegir una de las cuatro opciones, rodando con un círculo o tachando el número de la opción que elegiste y de acuerdo al número del reactivo.

	No. de ninguna manera	En alguna medida	Generalmente, usualmente	Siempre, en gran medida
1. Sólo me concentré en lo que tenía que hacer próximamente	0	1	2	3
2. Traté de analizar el problema para entenderlo mejor	0	1	2	3
3. Me puse a trabajar o a realizar otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo resolvería el problema y lo único que tenía que hacer era esperar	0	1	2	3
5. Me propuse sacar algo positivo del problema	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quede sin hacer nada	0	1	2	3
7. Traté de encontrar al responsable del problema para que cambiara su actitud	0	1	2	3
8. Hablé con alguien para averiguar más sobre el problema	0	1	2	3
9. Me criticé o cuestioné a mí mismo	0	1	2	3
10. No agoté mis posibilidades de solución, sino que deje alguna posibilidad abierta	0	1	2	3
11. Esperé que ocurriera un milagro	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte)	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos	0	1	2	3
15. Busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno	0	1	2	3

	No. de ninguna manera	En alguna medida	General mente, usualmen te	Siempre, en gran medida
16. Dormí más de lo acostumbrado	0	1	2	3
17. Expresé mi enojo a la(s) persona(s) que creí responsable(s) del problema	0	1	2	3
18. Acepté la lastima y comprensión de los demás	0	1	2	3
19. Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor	0	1	2	3
20. Me inspiré para hacer algo creativo	0	1	2	3
21. Traté de olvidarme por completo del problema	0	1	2	3
22. Busqué la ayuda de un profesional	0	1	2	3
23. Cambié y maduré como persona	0	1	2	3
24. Esperé a ver que pasaba antes de hacer algo	0	1	2	3
25. Me disculpé o hice algo para compensar el problema	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan y lo seguí	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad después de la que yo quería	0	1	2	3
28. Hice mis sentimientos a un lado	0	1	2	3
29. Me di cuenta de que yo mismo(a) causé el problema	0	1	2	3
30. Me sentí más fuerte después de resolver el problema, que antes de tenerlo	0	1	2	3
31. Platiqué con alguien que podía hacer algo concreto con el problema	0	1	2	3
32. Me "escapé" por un rato, trate de descansar o tomar vacaciones	0	1	2	3
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado	0	1	2	3
34. Hice algo muy arriesgado	0	1	2	3
35. Intenté no actuar impulsivamente o hacer lo primero que se me ocurriera	0	1	2	3
36. Tuve fe en algo nuevo	0	1	2	3
37. Mantuve mi orgullo y puse "al mal tiempo buena cara"	0	1	2	3
38. Pensé en las cosas buenas de la vida	0	1	2	3
39. Hice cambios para que las cosas volvieran a la normalidad	0	1	2	3
40. Evité estar con la gente	0	1	2	3
41. No permití que el problema me venciera evitando pensar mucho en él	0	1	2	3
42. Le pedí consejo a un amigo o familiar a quien respeto	0	1	2	3
43. Evité que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas	0	1	2	3

	No. de ninguna manera	En alguna medida	Generalmente, usualmente	Siempre, en gran medida
44. Tomé lo positivo del problema y lo demás no lo tomé en cuenta	0	1	2	3
45. Le platicué a alguien cómo me sentía	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y luché por lo que quería	0	1	2	3
47. Me desquité con los demás	0	1	2	3
48. Pensé en experiencias pasadas y me di cuenta de que ya había vivido algo parecido	0	1	2	3
49. Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé más para que las cosas funcionaran	0	1	2	3
50. Me negué a creer lo que estaba pasando	0	1	2	3
51. Me prometí que las cosas serían diferentes la próxima vez	0	1	2	3
52. Pensé en algunas soluciones al problema	0	1	2	3
53. Lo acepté, no había nada que pudiera hacer al respecto	0	1	2	3
54. Traté de que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas	0	1	2	3
55. Deseaba poder cambiar lo que estaba pasando o la forma cómo me sentía	0	1	2	3
56. Cambié algo de mí mismo(a)	0	1	2	3
57. Soñé o imaginé que las cosas eran mejores	0	1	2	3
58. Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara	0	1	2	3
59. Tuve fantasías o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas	0	1	2	3
60. Recé	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor	0	1	2	3
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría	0	1	2	3
63. Pensé lo que haría en mi lugar la persona quien más admiro y lo tomé como modelo	0	1	2	3
64. Traté de ver las cosas desde el punto de otra persona	0	1	2	3
65. Me consolé pensando que las cosas podrían ser peores	0	1	2	3
66. Salí a correr o hice ejercicio	0	1	2	3

**ANEXO 7
INVENTARIO DE BECK (BAI)**

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Ocupación _____ Edo.civil _____ Fecha _____

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADA MENTE	SEVERA MENTE
1. ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEO	_____	_____	_____	_____
2. SENTIR OLEADAS DE CALOR (BOCHORNO)	_____	_____	_____	_____
3. DEBILITAMIENTO DE LAS PIERNAS	_____	_____	_____	_____
4. DIFICULTAD PARA RELAJARSE	_____	_____	_____	_____
5. MIEDO A QUE PASE LO PEOR	_____	_____	_____	_____
6. SENSACIÓN DE MARBO	_____	_____	_____	_____
7. OPRESIÓN EN EL PECHO, O LATIDOS ACELERADOS	_____	_____	_____	_____
8. INSEGURIDAD	_____	_____	_____	_____
9. TERROR	_____	_____	_____	_____
10. NERVIOSISMO	_____	_____	_____	_____
11. SENSACIÓN DE AHOGO	_____	_____	_____	_____
12. MANOS TEMBLOROSAS	_____	_____	_____	_____
13. CUERPO TEMBLOROSO	_____	_____	_____	_____
14. MIEDO A PERDER EL CONTROL	_____	_____	_____	_____
15. DIFICULTAD PARA RESPIRAR	_____	_____	_____	_____
16. MIEDO A MORIR	_____	_____	_____	_____
17. ASUSTADO	_____	_____	_____	_____
18. INDIGESTIÓN O MALESTAR ESTOMACAL	_____	_____	_____	_____
19. DEBILIDAD	_____	_____	_____	_____
20. RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO	_____	_____	_____	_____
21. SUDORACIÓN (NO DEBIDA AL CALOR)	_____	_____	_____	_____

ANEXO 8
INVENTARIO DE BECK BDI*

Fecha _____ Edad: _____ Sexo _____ Edo- Civil _____

Escolaridad _____

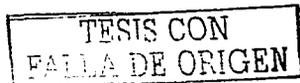
Ocupación _____

Domicilio (Colonia y Delegación) _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 1 O. Yo no me siento triste
1. Me siento triste
2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
- 2 O. En general no me siento descorazonado por el futuro
1. Me siento descorazonado por mi futuro
2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro
3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
- 3 O. Yo no me siento como un fracasado
1. Siento que he fracasado más que las personas en general
2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
3. Siento que soy un completo fracaso como persona
- 4 O. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
1. Yo no disfruté de las cosas de la manera como solía hacerlo
2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada. 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo
- 5 O. En realidad yo no me siento culpable
1. Me siento culpable una gran parte del tiempo
2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
3. Me siento culpable todo el tiempo
- 6 O. Yo no me siento que esté siendo castigado 1. Siento que podría ser castigado
2. Espero ser castigado
3. Siento que he sido castigado
- 7- O. Yo no me siento desilusionado de mí mismo
1. Estoy desilusionado de mí mismo
2. Estoy disgustado conmigo mismo
3. Me odio
- 8 O. Yo no me siento que sea peor que otras personas.
1. Me crítico a mí mismo por mis debilidades o errores
2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
3. Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9 O. Yo no tengo pensamientos suicidas
1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
2. Me gustaría suicidarme
3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 10 O. Yo no lloro más de lo usual
1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2- Actualmente lloro todo el tiempo
3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

Versión estandarizada por Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología. UNAM.



- 11 O. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1. Me enojo o grito más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado todo el tiempo
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
- 12 O. Yo no he perdido el interés en la gente
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 2. He perdido en gran medida el interés a la gente
 3. He perdido todo el interés en la gente
- 13 O. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1. Pospongo tomar decisiones más que antes
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3. Ya no puedo tomar decisiones
- 14 O. Yo no siento que me vea peor de como me veía
1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
 3. Creo que me veo feo (a)
- 15 O. Puedo trabajar tan bien como antes
1. Requiro de más esfuerzo para iniciar algo.
 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
- 16 O. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 17 O. Yo no me canso más de lo habitual
1. Me canso más fácilmente de lo de lo que solía hacerlo
 2. Con cualquier cosa que haga me canso
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.
- 18 O. Mi apetito no es peor de lo habitual
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 2. Mi apetito está muy mal ahora
 3. No tengo apetito de nada
- 19 O. Yo no he perdido mucho peso
1. He perdido más de dos kilogramos
 2. He perdido más de cinco kilogramos
 3. He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
- Si No
- 20 O. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, mal estar estomacal o constipación
 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21 O. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
 3. He perdido completamente el interés por el sexo

ANEXO 9

TAS DE HABILIDAD PARA PEDIR AYUDA

No verbales	Verbales	Definición
Identificar el problema		La persona identificará el problema que le causa conflicto
Reconocer que uno solo no puede solucionar el problema		La persona analizará las causas por las cuáles no puede solucionar por sí sola el problema
Elegir a la persona adecuada que lo pueda ayudar		La persona analizará las razones por las cuales considera que la persona elegida es la más idónea para ayudarlo
Elección del momento y lugar adecuado para pedir la ayuda		Se escogerá la situación en que la persona a la que se le pedirá ayuda esté en disposición de escuchar
	Pedir ayuda	La persona planteará de manera verbal su problema y solicitará ayuda de manera verbal.
	Tono de voz	Voz firme y serena o suplicante y audible a 2.0 m. Dependiendo de la consigna
Proximidad física		Distancia máxima entre 70cm y 1.5 m entre las dos personas dependiendo de la consigna
Postura física		La persona se encontrará relajada frente al otro
Contacto visual		La persona mirará a la otra en un 70% del tiempo que dure la interacción

FORMATO DE REGISTRO

Nombre del evaluador: _____
 Nombre del evaluado: _____
 Habilidad: _____
 Consigna: _____

COMPONENTE	%	NO	SI	COMENTARIO
No verbal				
Identificar el problema	7.5			
Reconocer que no puede solucionar el problema	7.5			
Elección de la persona	7.5			
Contacto visual	7.5			
Proximidad física	6.0			
Postura física	6.5			
Verbal				
Tono de voz	15			
Pedir ayuda	35			

ANEXO 10

TAS de la Habilidad para afrontar el fracaso

Componentes verbales	Componentes no verbales	Definición
Afrontar el fracaso		La persona se enfrentará a sí misma y reconocerá la responsabilidad del fracaso
Identificar lo que ocasiona el fracaso		La persona analizará lo que a su criterio ocasionó el fracaso
Decidir si lo quiere intentar nuevamente		La persona manifestará honestamente se desea continuar o abandonar la empresa sin sentirse culpable
Reconocer sus habilidades		La persona hará conciencia y reconocerá las habilidades que posee
Plantear una alternativa a corto plazo		Realizará un esquema estructurado a seguir para evitar nuevamente el fracaso
Auto animarse		La persona tiene derecho a equivocarse y reintentar con confianza en sí misma

FORMATO DE REGISTRO

Nombre del evaluado: _____

Nombre del evaluador: _____

Habilidad: _____

Consigna: _____

COMPONENTE	%	NO	SI	COMENTARIO
No verbal				
Aceptar el fracaso	20			
Identificar lo que ocasiona el fracaso	20			
Decidir si lo quiere intentar nuevamente	15			
Reconocer sus habilidades	15			
Plantear una alternativa a corto plazo	15			
Auto animarse	15			