



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Evaluación de la efectividad del entrenamiento de habilidades
sociales en pacientes diabéticos tipo II**

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A (N)

Viridiana Rivera Samano

Directora: Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano

Dictaminadores: Dr. Carlos Narciso Nava Quiroz

Mtra. Antonia Rentería Rodríguez



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
1. LA DIABETES	4
<i>1.1. Clasificación de la diabetes mellitus</i>	<i>6</i>
<i>1.2. Determinantes de la salud y factores de riesgo.....</i>	<i>9</i>
<i>1.3. Salud pública en México y diabetes.....</i>	<i>11</i>
<i>1.4. Experiencia como diabético</i>	<i>16</i>
<i>1.5. Educación diabetológica</i>	<i>19</i>
2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DE HABILIDADES SOCIALES	24
<i>2.1. Entrenamiento en habilidades sociales.....</i>	<i>29</i>
<i>2.2. Evaluación de las habilidades sociales.....</i>	<i>32</i>
<i>2.3. Habilidades sociales y salud: importancia del apoyo social.....</i>	<i>33</i>
3. EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA	40
4. EVALUACIÓN DEL ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II	49
<i>4.1. Método</i>	<i>49</i>
RESULTADOS.....	54
DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	65
Anexo I	

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el problema de la Diabetes Mellitus tipo II ha adquirido una singular importancia, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte en el mundo. Se trata de un desorden metabólico crónico asociado a una considerable morbilidad y mortalidad. La diabetes está asociada a múltiples factores como el proceso de envejecimiento, la genética, el ambiente y la cultura, que interactúan de una manera compleja dando como resultado un aumento en el desarrollo de la enfermedad, particularmente en grupos sociales que han cambiado un estilo de vida tradicional al moderno. De manera especial se ha señalado a la obesidad, el sedentarismo y el estrés, como factores que favorecen la aparición de esta enfermedad. Se ha reconocido a la diabetes como un problema de salud pública, en consecuencia profesionales de la salud se suman a un esfuerzo multidisciplinario para dar respuestas proactivas que ayuden a controlar y prevenir esta enfermedad. De ahí que en este trabajo se presenta un estudio que pretende hacer una aportación al tratamiento de este problema.

Con base en una aproximación interconductual y específicamente en el Modelo Psicológico de la Salud Biológica propuesto por Ribes en 1990, se desarrolló un programa de intervención para pacientes diabéticos con la intención de mejorar su adherencia a un plan alimenticio saludable.

El taller se divide en dos bloques, el primero pretende dotar a los pacientes de conocimientos sobre su enfermedad y nutrición; mientras que el segundo incorpora el entrenamiento en diversas técnicas psicológicas. Este segundo bloque se diseñó con el propósito de dotar a los pacientes de habilidades prácticas para que ellos logren alterar la función de elementos que hacen más probable que rompan la dieta que su médico prescribe. Ejemplo de ello son las habilidades sociales que los pacientes deberían usar para alterar el comportamiento de personas que interfieren con el seguimiento de su dieta. Por ello, aquí se presenta un estudio cuyo objetivo es evaluar la estrategia planteada en el programa de intervención para entrenar habilidades sociales en pacientes diabéticos.

Las habilidades sociales son la capacidad de emitir conductas adquiridas por el individuo en un contexto interpersonal que expresan sentimientos, actitudes, deseos,

opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, y apropiadas según el contexto cultural.

Las habilidades sociales son parte del modelo psicológico de salud biológica, cuando se trata de un conjunto de ellas que conforman una capacidad, en la categoría de competencias funcionales presentes; mientras que, cuando se estudia una habilidad específica que se emite en una situación determinada, en la categoría de conductas instrumentales.

Se consideran de gran importancia para la adherencia a la dieta, ya que las habilidades sociales juegan un papel relevante a la hora de realizar de forma correcta y eficaz determinadas conductas relacionadas con el tratamiento del paciente diabético (enfrentarse al rechazo del entorno, soportar la presión del grupo social, negociar una dieta más saludable, etc.). Por esta razón se parte de que el entrenamiento en habilidades sociales proporciona habilidades necesarias para reconocer fuentes potenciales de apoyo social dentro del ambiente al que el paciente pertenece, y pedir apoyo o modificación de éste según su necesidad; ya que el apoyo social proveerá de recursos morales y económicos requeridos para una adecuada adherencia al tratamiento.

Una hipótesis es que la posesión y aplicación de habilidades sociales se relaciona con una mayor adherencia a la dieta; sin embargo, un primer paso en la investigación de dicha hipótesis, es evaluar la estrategia empleada para ello. El trabajo que aquí se presenta se limita a este objetivo.

1. LA DIABETES

La diabetes es una enfermedad crónica asociada a una considerable morbilidad y mortalidad. Se trata de un desorden del metabolismo, es decir, del proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía, los carbohidratos, las grasas y las proteínas. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo, esta glucosa pasa a la sangre. La insulina es el factor más importante en este proceso, ya que es la hormona segregada en el páncreas encargada de hacer que la glucosa que fluye en la sangre sea aprovechada por las células del organismo, la deficiencia relativa o absoluta en la secreción de la insulina o los grados variables de la resistencia a ésta, tienen como consecuencia dicha enfermedad (Islas & Revilla, 2005).

De acuerdo la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sociedad actual vive a la sombra de lo que se ha llamado “la carga mundial de la diabetes”. Debido a que esta enfermedad crónica es la cuarta o quinta causa de muerte entre la mayoría de los países desarrollados y ha llegado a constituir una epidemia. La diabetes se visualiza como uno de los problemas de salud pública más importantes a enfrentar en el presente siglo.

Se calcula que a nivel mundial en el 2025 la población con diabetes aumentará a 333 millones. El aumento esperado para los países latinoamericanos se calcula en 160% (Castro, 2007).

La diabetes se ha asociado a una multiplicidad de condiciones donde el proceso de envejecimiento, la genética, el ambiente y la cultura interactúan de una manera compleja dando como resultado un incremento impresionante de la enfermedad, particularmente en grupos sociales que han mudado rápidamente del estilo de vida tradicional al moderno. De manera especial se ha señalado que la obesidad, el sedentarismo y el estrés pueden favorecer la presentación de ésta y otras enfermedades crónico-degenerativas.

Cada vez más, los profesionales de la salud, psicólogos y autoridades gubernamentales, cooperan para elaborar políticas de salud, y reconocen que la diabetes es un importante problema de salud pública. Las respuestas proactivas a su creciente incidencia son cada vez más frecuentes y comprenden más esfuerzos contra este trastorno común, costoso y de crecimiento acelerado.

Una de las razones por las que la diabetes es un problema de salud pública tan importante se debe más a las complicaciones, es decir, la morbilidad, que a la insuficiente producción de insulina de la cual se deriva la diabetes. La diabetes está relacionada con un engrosamiento de las arterias debido al depósito de sustancias no metabolizadas por el organismo en la sangre. El resultado es que los pacientes diabéticos muestran índices altos de cardiopatía coronaria (sólo una de las tantas complicaciones que pueden llegar a padecer); la diabetes es también la principal causa de ceguera en los adultos y responsable del 50% de todos los pacientes que requieren diálisis por insuficiencia renal. La diabetes también puede estar relacionada con daños al sistema nervioso, como dolor o falta de sensibilidad. En casos severos se requiere la amputación de extremidades, como dedos y pies. Como derivación de estas complicaciones, los diabéticos tienen una menor esperanza de vida que los individuos no diabéticos (Taylor, 2007).

La diabetes también puede exacerbar otras dificultades en el funcionamiento psicosocial, contribuyendo a trastornos de alimentación (Carroll, Tiggemann & Wade, 1999, en: Taylor, 2007) y a disfunción sexual tanto en hombres como en mujeres (Lozada, et. al., 2001; Quesada, 2002), así como a la depresión y el aislamiento social (Siqueira, Franco & Santos, 2008).

La diabetes es uno de los componentes del llamado cuarteto mortal, los otros tres son la obesidad, la hipertensión arterial y lípidos elevados (colesterol malo en la sangre). Este conjunto de afecciones, conocido también como síndrome metabólico, es potencialmente fatal debido a que está fuertemente vinculado a un mayor riesgo de infarto al miocardio y de eventos cerebro-vasculares.

Se ha discutido que la ocurrencia del padecimiento puede deberse a una susceptibilidad diferencial de las poblaciones, tanto desde el punto de vista genético, como por exposición a distintos factores ambientales. A la vez, es un padecimiento con una buena respuesta al tratamiento médico, que repercute en una mayor sobrevivencia. El impacto de la enfermedad provocado por el desarrollo capitalista es mayor en grupos de escasos recursos ya que éstos no tienen las ventajas de otros grupos sociales que cuentan con mejores conocimientos sobre medidas de protección a la salud (Vázquez & Panduro, 2001).

No existe una cura para la diabetes, por lo tanto, el método para cuidar su salud en personas afectadas por este desorden es: *controlar la enfermedad*, mantener los niveles de

glucosa en la sangre lo más cercanos posibles a los normales. Un buen control puede ayudar enormemente a la prevención de complicaciones relacionadas al funcionamiento del corazón y el sistema circulatorio, los ojos o los riñones; un buen control de los niveles de azúcar es posible mediante las siguientes medidas básicas: una dieta planificada, actividad física, toma correcta de medicamentos y chequeos frecuentes del nivel de azúcar en la sangre (Kilo, 2005).

Los diabéticos tipo II suelen no darse cuenta de los riesgos para la salud con los que se enfrentan, es ésta una de las circunstancias por las cuales debe mantenerse y/o incrementarse la investigación multi e interdisciplinaria.

Ahora, y para entrar en materia, cabe mencionar que el reconocimiento de la diabetes de tipo II como una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo y el hecho de que éstas, como se mencionó anteriormente, no son conscientes de los alcances de su enfermedad, ha motivado a la búsqueda de diversos ámbitos de atención a la salud, así como de enfoques y metodologías que favorezcan un acercamiento real al problema (Vázquez & Panduro, 2001; Panduro & Villaseñor, 2001), por ejemplo la investigación sobre el papel que juegan los conocimientos, las percepciones, las actitudes, los temores y las prácticas de los pacientes en el contexto familiar y comunal (Villalobos, Quirós, León & Brenes, 2007).

1.1. Clasificación de la diabetes mellitus

Hay dos tipos principales de diabetes. Al tipo I, dependiente de la insulina, a veces se le llama diabetes juvenil, porque normalmente comienza durante la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos). Se caracteriza por la aparición abrupta de los síntomas, debido a la falta de producción de insulina por el páncreas. Este trastorno puede deberse a una infección viral o a una reacción autoinmune y probablemente tiene también un componente genético. En la diabetes tipo I, el sistema inmune identifica equivocadamente a las células del páncreas como invasoras y por lo tanto las destruye, poniendo en peligro o eliminando su capacidad para producir insulina (Taylor, 2007).

Los síntomas más comunes son: orinar con frecuencia, sed inusual, beber excesiva cantidad de líquidos, pérdida de peso, fatiga, debilidad, alteraciones del estado de ánimo, náuseas, deseo incontrolable de comer (especialmente cosas con alto contenido de azúcar) y

desfallecimiento. Estos síntomas se deben a que el cuerpo trata de encontrar fuentes de energía, lo que lo lleva a consumir sus propias grasas y proteínas. Los productos secundarios de estas grasas se acumulan en el cuerpo, produciendo síntomas; si éste no se trata, puede presentarse un estado de coma, por lo tanto, se pone en riesgo la vida. Principalmente se trata mediante la inyección directa de insulina, de ahí el nombre de diabetes insulino dependiente (American Diabetes Association, 2004).

En el tipo II, el cuerpo sí produce insulina, pero no suficiente, o no puede aprovechar la que produce. La insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células para proporcionarles la energía necesaria para su funcionamiento óptimo. El tipo II suele ocurrir principalmente en personas adultas; aunque datos recientes revelan que ha ido aumentando la aparición de este tipo de diabetes en personas de edades tempranas. Regularmente se presenta el exceso de peso como característica en las personas que desarrollan este tipo de diabetes (Taylor, 2007).

En el metabolismo de la glucosa existe un delicado equilibrio entre la producción de insulina y la respuesta ante ella. Cuando se digiere la comida, ésta se fracciona obteniendo glucosa de ella. La glucosa pasa del intestino a la sangre, donde es transportada al hígado y a otros órganos. La elevación de los niveles de glucosa en la sangre hace que el páncreas segregue insulina hacia el torrente sanguíneo. Cuando este equilibrio se rompe, se establecen las condiciones para la diabetes tipo II. Primero los músculos, la grasa y el hígado pierden parte de su capacidad para responder a la insulina, un trastorno conocido como resistencia a la insulina. Como respuesta a esta resistencia a la insulina, el páncreas aumenta, temporalmente, su producción. En este momento, las células que producen la insulina dejan de trabajar, dando como resultado que la producción de insulina baje, y el equilibrio entre la acción de la insulina y la secreción de insulina se rompa, derivando de este desequilibrio la diabetes tipo II (Arribas & Vallina, 2007).

Evidentemente el defecto de la insulina provoca que la glucosa se concentre en la sangre, de forma que el cuerpo se ve privado de su principal fuente de energía. Además los altos niveles de glucosa en la sangre pueden causar múltiples complicaciones en el organismo, afectando: ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Chiasson, 2005).

El tratamiento puede consistir sólo en un cambio de régimen alimenticio, acompañado por la administración de medicamentos para controlar la concentración de glucosa en la sangre; en ocasiones, incluso inyecciones de insulina.

Otros tipos específicos de diabetes son por a) defectos genéticos, b) defectos genéticos en la acción de la insulina, c) enfermedades del páncreas exocrino, d) endocrinopatías, e) diabetes inducida químicamente o por fármacos, f) infecciones, g) diabetes poco común mediada inmunológicamente, h) otros síndromes genéticos ocasionalmente asociados con diabetes y i) diabetes gestacional (Alpízar, 2001).

- a) Defectos genéticos en la función de las células pancreáticas. Se han identificado una serie de alteraciones genéticas, sobre todo en adolescentes y menores de 30 años, existiendo un defecto en la función de las células pancreáticas con una secreción inapropiada de insulina. Esta forma de diabetes se hereda en forma autosómica dominante.
- b) Defectos genéticos en la acción de la insulina, comprende la resistencia a la insulina tipo A, leprechaunismo, síndrome de Rabson-Mendenhall y diabetes lipoatrófica.
- c) Enfermedades del páncreas exocrino, se trata de cualquier proceso que lesione en forma difusa al páncreas, por ejemplo: pancreatitis, trauma/pancreatectomía, neoplasia, fibrosis quística, hemocromatosis, pancreatopatía fibrocalculosa, entre otras.
- d) Endocrinopatías: acromegalia, síndrome de Cushing, glucagonoma, feocromocitoma, hipertiroidismo, somatostatina, aldosteronoma, etc.
- e) Diabetes inducida químicamente o por fármacos, no se refiere a que los fármacos por sí mismos causen diabetes, sino que, pueden precipitarla, es el caso de: vacor, pentamidina, ácido nicotínico, glucocorticoides, hormonas tiroideas, diazóxido, antagonistas β adrenérgicos, tiazidas, y otros.
- f) Infecciones: rubéola, citomegalovirus y otras.
- g) Diabetes poco común mediada inmunológicamente: síndrome del “hombre rígido”, anticuerpos contra el receptor de insulina y otras.
- h) Otros síndromes genéticos ocasionalmente asociados con diabetes: síndrome de Down, síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner y síndrome de Wolfram.

- i) Diabetes gestacional, ésta 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% (Alpizar, 2001).

1.2. Determinantes de la salud y factores de riesgo

Los factores determinantes de la salud son aquellos factores que establecen las condiciones de salud de una persona o incluso de una comunidad. Las determinantes de la salud según Ashton y Seymour (1990) son:

1. Dotación de genética. Con una visión de promoción de la salud: la prevención de la dotación genética puede prevenir anomalías congénitas, se recomienda el chequeo antes o durante el embarazo; sin embargo, la propensión a enfermedades no es prevenible.
2. Factores ambientales. El entorno también condiciona la salud de los individuos. Se ha demostrado ampliamente que un ambiente nocivo resulta perjudicial para la salud.
3. Factores nutricionales. Alimentarse correctamente es primordial para mantener un óptimo funcionamiento metabólico y por tanto orgánico.
4. Salud laboral. El ámbito laboral constituye una importante fuente de problemas de salud. La promoción de la salud debe comprometer no sólo a los trabajadores, sino también a las instituciones o empresas donde desarrollan su labor.
5. Estilos de vida. Los hábitos de vida, las costumbres sociales, implican a menudo problemas de salud, entre otros el tabaquismo y alcoholismo, accidentes de tráfico en jóvenes.

La influencia en mayor o menor medida de los factores antes mencionados, desencadena diversas enfermedades tanto crónicas como temporales, el estudio de cada uno de estos factores puede ayudar en la prevención de la pérdida de la salud, lo cual ocupa actualmente uno de los temas prioritarios de la salud pública.

Con base en indicadores se puede predecir cuantas personas enfermarán o morirán por diabetes mellitus, pero no se puede saber con la misma seguridad, quienes son los que sufrirán esos daños. Sin embargo, es posible comparar las características de aquellos que

han enfermado, los que padecen complicaciones y los que han fallecido, y así establecer las características que difieren de las personas sanas. En consecuencia, se podrán identificar aquellos factores que arriesgan a la población a padecer diabetes y así anticiparnos disminuyendo los riesgos.

Entonces, los factores de riesgo son un conjunto de prácticas, hábitos de vida o trastornos físicos o psicológicos que predisponen o favorecen la aparición de ciertas enfermedades (Gallar, 2002).

Los factores de riesgo para padecer diabetes mellitus se pueden clasificar en modificables y no modificables. Los factores modificables son los que más preocupan al médico en su práctica diaria, 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 enfermar, retardar su aparición o bien modificar la evolución desfavorable de la misma (Alpizar, 2001).

Alpizar (2001) nos propone una clasificación de factores de riesgo para la población mexicana (ver Tabla 1), señala que en dicho grupo existe una mayor ocurrencia de la enfermedad en comparación con población anglosajona, se estima que los mexicano-americanos poseen tres veces más riesgo de padecer diabetes mellitus.

Tabla 1. Factores de riesgo para diabetes mellitus
Factores No Modificables
<ul style="list-style-type: none"> • Ascendencia hispánica* • Edad igual o mayor a 45 años • Antecedente de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos) • Antecedente de haber tenido un hijo con un peso al nacer ≥ 4 kg
Factores Modificables
<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Sobrepeso • Sedentarismo • Tabaquismo • Manejo inadecuado del estrés • Hábitos inadecuados de alimentación • Estilo de vida contrario a su salud • Índice de masa corporal ≥ 27 kg/m² en hombres y ≥ 25 kg/m² en mujeres • Presión arterial con cifras $\geq 140/90$ mmHg • Triglicéridos ≥ 150 mg/dl • HDL de colesterol ≤ 35 mg/dl
*Este factor será válido sólo en países con comportamiento étnico heterogéneo.

1.3. Salud pública en México y diabetes

En México, las tasas de morbilidad indican un aumento progresivo en la expansión de la población con este padecimiento (ver Tabla 2). En la publicación más reciente de las estadísticas de morbilidad en México se revela que del total de los habitantes, 419,009 están diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, lo que representa una tasa del 383.6; comparando la tasa publicada en el 2009, se ha detectado una disminución, pero, aparentemente no es sustanciosa. El Estado de México ocupa el primer sitio en habitantes con diabetes mellitus no insulino dependiente con 56,860, seguido por el Distrito Federal y Jalisco, con 33,149 y Según la Secretaría de Salud en el 2008 murieron 75,531 personas directamente relacionadas con diabetes, esta cantidad representa el 14% de las defunciones totales en el país (Secretaría de Salud, comunicación personal, 5 de enero, 2012).

Tabla 2. Índices de tasa de morbilidad de diabetes mellitus tipo II										
Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Índice*	287.2	291.3	308.6	365	384	373.3	366.8	384.6	371.6	396.8
* Tasa por cada 10,000 habitantes de la República Mexicana. Indicadores de morbilidad en población mexicana del 2000 al 2009. Anuarios de morbilidad del IMSS, 2000-2009.										

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reporta en sus datos epidemiológicos de la enfermedad fluctuaciones de altas y bajas en la morbilidad; sin embargo, en los datos de mortalidad se mantiene una incidencia más o menos regular (ver Tabla 3).

Las tácticas que ha implementado la Secretaría de Salud para contrarrestar los efectos de la diabetes en la población mexicana son prioritariamente un modelo de promoción y prevención, contrario al modelo que se había estado aplicando que era predominantemente curativo. Se estableció la “Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud”, esto en el 2007 (Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud) que otorgó un paquete garantizado de servicios de promoción y prevención dirigido a las familias mexicanas, a través de la unificación de las intervenciones y mejores prácticas de las instituciones, en donde destaca el uso de la Cartilla Nacional de Salud en diferentes grupos de edad. Específicamente para los pacientes con diabetes en su control y prevención de sus complicaciones, se efectuaron dos

estrategias: “Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas” (83 hasta ahora), que brindan un manejo integral e interdisciplinario, basado en la evidencia científica, las mejores prácticas clínicas y las expectativas del paciente; la segunda estrategia es el componente educativo que se ofrece por medio de los “Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas” que se encuentran en las unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud. Actualmente se cuenta con una red nacional de más de 8,200 grupos que proporcionan programas de educación, donde los participantes mejoran sus niveles de glucosa, reducen peso y obtienen mayor conocimiento de su enfermedad (Secretaría de Salud, comunicación personal, 5 de enero, 2012).

Tabla 3. Diabetes mellitus tipo II						
		2006	2007	2008	2009	2010
Morbilidad	Número	143,015	156,993	145,487	174,847	157,232
	Tasa*	395.7	444.3	408.5	460.1	435.2
Mortalidad	Número	20,857	21,428	22,000	21,686	22,082
	Tasa*	49.7	48.7	61.8	57.1	61.1
*Tasa por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar						
Fuente: Boletines Epidemiológicos Anuales 2006-2010, IMSS.						

Ante los severos efectos en la calidad de vida que la diabetes mellitus causa entre sus víctimas, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuenta con programas permanentes de detección, orientación y control de esta enfermedad.

En el marco de los “Programas de Detección Oportuna de Enfermedades Crónicas y Degenerativas”, el ISSSTE ha incrementado sus acciones permanentes de detección oportuna, conscientes que dicha enfermedad, “si bien no es curable”, se puede controlar con una atención temprana, redundando en una mejor opción de vida para quienes enfrentan esta patología, que en casos extremos es incapacitante.

Existen diversas pruebas para detectar la diabetes, o para darle seguimiento para evaluar su control; la más común es la determinación de glucosa en sangre en ayuno, pero

también pueden hacerse determinaciones dos horas después de comer, es decir llevar a cabo la toma de muestras de sangre capilar por punción a las personas con factores de riesgo, como sobrepeso y obesidad, antecedentes de enfermedades cardiovasculares, trigliceridemia, colesterolemia y/o con antecedentes de familiares con diabetes en mayores de 25 años, existe otra prueba llamada “curva de tolerancia a la glucosa”, que determina la respuesta ante el consumo de azúcar y también permite realizar el diagnóstico de Diabetes; dichas pruebas están formando parte de los programas permanentes ofrecidos por el ISSSTE (ver Tabla 4).

Tabla 4. Concentrado de las acciones realizadas en el programa de “Detección oportuna de Diabetes Mellitus”, ofrecido por el ISSSTE.	
Periodo: Enero a Diciembre de 2011.	
Pruebas Realizadas 1ª vez	1,028,334
Pruebas Realizadas Subsecuentes	1,215,891
Personas Estudiadas	1,748,424
Personas Examinadas	1,301,268
Personas Sospechosas	219,737
Estudios complementarios	142,836
Casos Descubiertos	36,053
Personas con Factores de Riesgos	243,422
Personas Canalizadas a Control	197,946

En el rubro de la prevención el Programa Institucional del ISSSTE 2007-2012 se alinea, tanto al Programa Nacional de Desarrollo (PND) como al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012. Es por ello que con la finalidad de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población y promover la cultura de la prevención, ha impulsado acciones de promoción, protección y prevención de enfermedades a la población derechohabiente y elevar el número de detecciones oportunas en enfermedades crónicas y degenerativas como diabetes, hipertensión, cáncer, entre otras. Desde el año 2010 el ISSSTE planteó el Modelo “PrevenISSSTE cerca de ti” que tiene como entrada al Sistema “PrevenISSSTE cerca de ti” que es una plataforma electrónica educativa, personalizada y

masiva, en materia de difusión de contenidos en salud y acerca la atención preventiva a los derechohabientes a través de una infraestructura electrónica que ofrece información de índole protectora en relación a los factores de riesgo en salud y brinda recomendaciones para modificar hábitos y conductas que se reflejen en una mejora en la salud de los usuarios: www.prevenissste.gob.mx; dicha plataforma cuenta también con un Centro de Atención Telefónica (CAT) en el que los derechohabientes pueden interactuar con los profesionales, médicos, psicólogos, y nutriólogos que apoyan y orientan en el proceso del autocuidado de la salud y de los riesgos detectados en la Encuesta de Evaluación de Riesgos en Salud (ERES) y brindan recomendaciones para mejorar la calidad de vida, prevenir enfermedades y llevar adecuadamente los tratamientos médicos (ISSSTE, 2012).

Respecto al control de la enfermedad, el Programa “Manejo Integral de Diabetes por Etapas” (MIDE) fue implementado en 2008 en hospitales y clínicas del ISSSTE, atendiendo a pacientes derechohabientes que cuentan con diagnóstico de Diabetes, como una estrategia para contrarrestar el panorama epidemiológico de la diabetes en la institución, cuya prevalencia es de 13.4% y representa la principal causa de muerte dentro de la misma. El Programa “Manejo Integral de Diabetes por Etapas” (MIDE), brinda atención con un esquema innovador que garantiza el trabajo en equipo entre el paciente y un equipo multidisciplinario conformado por médico, nutriólogo, psicólogo, trabajadora social, odontólogo y enfermera; obteniendo así, un mejor control de la Diabetes.

Desde que inició el Programa MIDE se han atendido a 50,345 pacientes, de los cuales 18,912 (37.56%) son de sexo masculino y 31,433 (62.44%) del sexo femenino. Del total de pacientes atendidos, el 1.98% (998) tienen Diabetes Tipo 1, 93.87% (47,258) Diabetes Tipo 2 y el 4.15% (2,089) tiene Diabetes Gestacional u otros tipos de diabetes. La tasa de insulinización corresponde al 21% y 58% de los pacientes se encuentran controlados con Hemoglobina glucosilada (HbA1 c) menor a 7%” (ISSSTE, comunicación personal, 2 de febrero, 2012).

Por otro lado en el IMSS no se realizan campañas específicas de prevención de diabetes mellitus, las actividades que se brindan son permanentes y forman parte de los Programas Integrados de Salud PREVENIMSS, implementados desde el 2002, cuyo ámbito de aplicación es en las Unidades de Medicina Familiar, escuelas y empresas (IMSS, comunicación personal, 1 de febrero, 2012).

Las acciones preventivas que se otorgan están relacionadas con los siguientes procesos: a) promoción de la salud, b) nutrición y c) detección de enfermedades, entre otras; en cada proceso se realizan acciones específicas orientadas a prevenir y controlar este padecimiento:

- Promoción de la Salud, actividades dirigidas a toda la población derechohabiente:
 - Entrega de la Guía para el Cuidado de la Salud, según grupo de edad.
 - Sesiones educativas individuales y grupales sobre alimentación correcta, actividad física, prevención de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias.
 - Promoción de estilos de vida saludables y la detección oportuna de diabetes en medios masivos como: TV, periódicos, revistas, carteles, entre otros.
- Nutrición:
 - La evaluación del estado de nutrición de la población derechohabiente se realiza a través de la medición de peso, talla y cintura, excepto en los niños esta última actividad, asimismo se proporcionan recomendaciones para mejorar la nutrición, favorecer la actividad física y calidad de vida.
- Detección de enfermedades:
 - La detección oportuna de la diabetes mellitus se realiza a los derechohabientes sin diagnóstico de padecer la enfermedad, mediante la medición de glucemia capilar con glucómetro, cada tres años:
 - A partir de los 20 años si tiene sobrepeso u obesidad y padres o hermanos con diabetes mellitus.
 - A partir de los 45 años a todos.
 - Si el resultado es normal, se orienta al derechohabiente para que continúe o adopte una alimentación correcta, consuma agua simple potable y realice actividad física. Se le cita para nueva detección de acuerdo a normatividad vigente.
 - Ante un resultado anormal se informa de manera inmediata al derechohabiente, se orienta al derechohabiente para que adopte una

alimentación correcta, consuma agua simple potable y realice actividad física, asimismo se deriva al médico familiar para su tratamiento oportuno y seguimiento (IMSS, comunicación personal, 1 de febrero, 2012).

1.4. Experiencia como diabético

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere para su control un cambio en los hábitos de vida de quien la sufre. La experiencia de vivir con una enfermedad que precisa restricciones en la alimentación, control de la glucosa en sangre, y cambios generales en los estilos de vida; exige al enfermo una actitud disciplinada y un esfuerzo para el autocontrol que puede originar estrés psicológico y psicosocial añadido, lo cual incide desfavorablemente en los pacientes con esta enfermedad. Las actividades y hábitos que hasta el momento caracterizaban su vida cotidiana, deben ser variadas en función de las demandas de la enfermedad. Esto trae hermanado al estrés o tensión, reacciones de inadaptación psicológica y social (más o menos duraderas) que deberían estar sujetas a una atención especializada ya que pueden afectar el control metabólico; por esta razón requieren atención psicológica (Tébar & Escobar, 2009).

Las reacciones psicológicas a la diabetes mellitus han sido objeto de interés desde principios del siglo XX. Las primeras investigaciones intentaban encontrar características específicas en quien padece la enfermedad. Surge entonces el mito de la "personalidad del diabético", con la esperanza de encontrar una personalidad específica que implicara un alto riesgo de padecer diabetes y que ofreciera por tanto la posibilidad de prevenirla modificando dichas características (Portillo, Romero & Román, 1991).

A pesar de la falta de evidencias de una respuesta psicológica generalizada, no hay duda de que el padecer la diabetes genera reacciones emocionales que se reflejan en todas las esferas de la vida del que la padece y pueden incidir negativamente en la adhesión (adherencia) al tratamiento y por tanto en su control metabólico. Es por esto que las investigaciones más recientes se centran más en el funcionamiento dinámico de las reacciones psicológicas de la diabetes (Portillo, Romero & Roman, 1991).

La investigación de Robles (1999) con base en la "Teoría fundamentada", la "Fenomenología" y la "Teoría crítica", aborda y explica el término "enfermedad" y "padecimiento". Mientras que "enfermedad" se entiende como patología, y refiere a un

conjunto de signos y síntomas de apreciación física y clínica, diagnosticados y tratados por la medicina; el “padecimiento”, atañe al significado de “estar enfermo” en la vida diaria, y se refiere a los aspectos subjetivos, a la experiencia de los propios sujetos que viven una enfermedad. Éste es un ejemplo de los intentos que se han realizado para abordar las enfermedades biológicas desde la perspectiva psicológica.

En dicho afán de abordar las enfermedades crónicas en términos no médicos y entender los problemas sociales y psicológicos que el enfermo crónico y las personas de su entorno encuentran cotidianamente, Corbin y Strauss (1985, en: Castro, 2008) aportan una estructura teórica sobre el manejo de la enfermedad crónica en el hogar: 1) trabajo del padecimiento o manejo del régimen prescrito, así como la prevención y el manejo de las crisis, de los síntomas y el diagnóstico; 2) trabajo de la vida diaria, que se refiere a las tareas cotidianas que mantienen el funcionamiento doméstico, conyugal y familiar; 3) trabajo biográfico, que concierne a la identidad y biografía del paciente y consta básicamente del análisis de la experiencia. El trabajo del padecimiento, de la vida diaria y el biográfico se desarrollan en un contexto de diferentes niveles en desde el más general o externo, el de las condiciones políticas y socioeconómicas, hasta el más particular, las condiciones psicológicas individuales.

En suma, el estudio de la experiencia del padecimiento remite a la comprensión de lo que vive, siente, piensa, hace y enfrenta un sujeto enfermo hacia sí mismo y su entorno. Pero, el padecimiento no se da en el vacío sino en el centro de una realidad multidimensional a la vez personal, social, económica y política, por lo cual los estudios psicológicos de esta enfermedad, colocan la experiencia del sujeto en el punto central situado en el contexto donde se ubican las personas con sus padecimientos.

Y si, como observamos más arriba, el concepto de experiencia del padecimiento puede presentar una multiplicidad de términos o elementos para abordarla y entenderla, existen dimensiones claramente identificadas que la componen. De esta forma podemos decir que la experiencia del padecimiento: es un fenómeno de naturaleza subjetiva que incluye la percepción y organización que hacen los individuos en torno a tres aspectos íntimamente vinculados entre sí: a) los estados emocionales, los sentimientos, los estados de ánimo, las sensaciones, los estados corporales, los cambios físicos y las alteraciones o trastornos corporales vinculados a la presencia de un padecimiento; b) los efectos o

consecuencias ocasionadas en la vida diaria de quienes sufren tanto por el padecimiento como por algunas de sus manifestaciones; c) las formas de enfrentar el padecimiento y/o sus efectos en su vida diarias y su red social más cercana (Castro, 2007).

Los puntos anteriores nos hablan de las diferentes vicisitudes que deben sortear las personas que padecen diabetes y que evidentemente exige de ellos esfuerzos conductuales para "manejar" las demandas de su enfermedad tanto en lo médico, como en lo personal y en lo social; que exceden en muchos casos los recursos adaptativos que poseía el individuo hasta el momento en que se diagnosticó la enfermedad. Dichos esfuerzos conductuales o factor regulador se consideran parte del proceso del desarrollo habilidades sociales que es el motivo del presente reporte, y de lo cual se ampliará información en próximos capítulos.

Otro factor que se ha estudiado y se asume como regulador de las manifestaciones psicosociales de la enfermedad lo constituyen los sistemas de apoyo social, entendiéndose como tales las relaciones que proveen a las personas de un apoyo material y/o moral y que le confieren una identidad social positiva. Potencialmente son fuentes de apoyo: la familia, la pareja, los compañeros de trabajo o estudios, el personal de salud (especialmente para personas internas en un sanatorio) y las relaciones sociales en general (incluidas distintas instituciones) (Taylor, 2007).

Entonces bien, se ha encontrado que el apoyo psicológico al paciente es uno de los instrumentos que puede hacer más eficaz el afrontamiento de la enfermedad y la recuperación de la salud funcional o mejoramiento de la calidad de vida, en el caso de las enfermedades crónicas, como la que nos ocupa en esta investigación (Castro, 2007).

Por todo lo anterior, la diabetes sin duda es una de las enfermedades crónicas que requiere más diálogo entre el paciente y los profesionales de la salud, al contrario que en otras enfermedades, los pacientes pueden tomar decisiones importantes relativas al tratamiento de su enfermedad. La experiencia del equipo médico es importante, pero el conocimiento del paciente, su dedicación y su iniciativa para pedir ayuda cuando lo considere necesario serán los factores más significativos y decisivos para manejar de forma óptima su diabetes, impidiendo que pequeños problemas se conviertan en situaciones graves, a través de la investigación e intervención desde la perspectiva psicológica.

1.5. Educación diabetológica

La ciencia y la tecnología han proporcionado gran cantidad de herramientas para atender de forma adecuada a los pacientes con diabetes, detección de la enfermedad, detección y mantenimiento de niveles de glucosa adecuados, así como, estudios que ayudan al manejo intensivo de los pacientes; pero todo ello no se aprovecha adecuadamente y es prácticamente inexistente la prevención de las complicaciones, para ello es vital que los profesionales de la salud que están en contacto con personas diabéticas, sean también, educadores diabetológicos, y que formen equipos de trabajo multidisciplinarios (Bocanegra, Acosta, Bocanegra & Flores, 2008).

Los diabéticos tipo II precisan recibir una formación sobre su enfermedad, lo que es llamado educación en diabetes o diabetología, por ejemplo, Lozano et. al. (1996, en Gallar 2002) han llevado a cabo una experiencia educativa con 103 diabéticos, de la que obtuvieron una conclusión muy positiva: que al impartirles una educación directa en este sentido, los diabéticos se muestran más receptivos, están mejor informados y consiguen un mejor control metabólico.

El educador en diabetes es un profesional de la salud con conocimientos suficientes sobre la enfermedad; con habilidades para comunicarse y aplicar sus conocimientos ante situaciones diversas. Debe saber motivar al paciente para incorporar a su vida las técnicas de automonitoreo, autoexamen y autocontrol, que le permitirán aspirar y beneficiarse de una mejor calidad de vida. Dichos profesionales asumirán un gran compromiso con la excelencia de la educación en diabetes y serán sensibles a los aspectos psicosociales que implica vivir con diabetes (Flores, 2008 en: Bocanegra, Acosta, Bocanegra & Flores, 2008), por ello la labor del educador en diabetes es importante, provechosa y de gran aporte al tratamiento integral de los pacientes diabéticos.

El paciente y su familia deberán llevar a cabo un proceso significativo de adaptación poner en marcha una serie de mecanismos psicológicos compensadores para afrontar la nueva situación de salud. El paciente debe entender que el tratamiento de su diabetes estará basado en un enfoque interdisciplinario. Su motivación y capacidad para cuidarse, acompañado de una línea de comunicación óptima, serán factores decisivos de cara a desarrollar un plan terapéutico eficaz (Tébar & Escobar, 2009).

La reorientación del paciente partiendo de nuevas metas resulta indispensable para sensibilizar al mismo con la necesidad de hacer reajustes en su vida hacia un estilo mediante el cual pueda continuar siendo una persona útil, realizada socialmente, sin que esto conspira contra la atención y cuidado de su enfermedad, para ello se requiere educar al paciente en relación a su enfermedad y padecimiento.

Ahora bien, para contribuir al proceso de mejorar la calidad de vida de pacientes diabéticos y comprender de forma íntegra el proceso de enfermedad en ellos, es necesario evaluar de forma más o menos continuada los cambios que se producen, corrigiendo las desviaciones con los alimentos, fármacos o cambios en el estilo de vida; procedimientos que requieren un conocimiento y ciertas habilidades que se han de adquirir, y sí además existen complicaciones evolutivas, hay que compensarlas con técnicas que requieren una participación directa del paciente y/o de los familiares (Tébar & Escobar, 2009).

El diabético se ve envuelto, por tanto, en el manejo de dispositivos para analizar la glucosa, obtener muestras de sangre, inyectarse insulina (si llega a ser necesario), modificar su alimentación y ejercicio, analizar la situación y tomar decisiones para mantener o buscar su bienestar, prever lo que va a suceder, y tomar determinaciones respecto al tratamiento; y si además tuviese dificultades con la vista, pie o manos; usar alternativas. Estos conocimientos, habilidades y decisiones no son innatas, requieren un aprendizaje y adaptación que son el fundamento de la educación diabetológica.

La educación constituye un recurso terapéutico, en la misma línea de la dieta, insulina y ejercicio. Es el instrumento que aplica y ejecuta la teoría, llevando a término todo el proceso de tratamiento. En ocasiones, el saber y poder hacerlo uno mismo puede ser la única forma de realizarlo, precisando para ello, preparación, habilidad, ayuda familiar y profesional.

Para que un diabético alcance el éxito en su tratamiento deberá tener un conjunto de habilidades que le permitan, entre otras cosas, controlar su comportamiento de comer, tendrá que estar bien informado para saber hasta qué punto puede serle perjudicial determinado alimento, bebida, trabajo, ayuno, etc. En un restaurante él mismo deberá seleccionar sus alimentos, con la opción de escoger exquisitos platillos que no le serán perjudiciales aunque en muchas ocasiones llamará la atención de sus acompañantes. La paciente ama de casa tiene la ventaja de poder organizar mejor su régimen de alimentación,

pero si el esposo es el enfermo y come fuera del hogar se verá obligado a aceptar cualquier tipo de alimento (Tébar & Escobar, 2009).

El enfermo diabético se encuentra en la misma situación que el adicto, en el sentido de que ambos tienen que luchar cotidianamente contra las tentaciones que a cada paso se les presentan.

Instruir dentro de la educación para la salud se trata de procurar todas las instrucciones necesarias para corregir los hábitos insalubres y sustituirlos por los salubres. Para ello es necesaria una tecnología educativa precisa y bien empleada, ya que, de lo contrario podría resultar contraproducente para la salud del individuo; una forma de articular o transmitir un mensaje de salud puede provocar un rechazo y la perpetuación de los hábitos anti-salubres (Gallar, 2002).

Un programa de intervención educativa consiste en elaborar objetivos destinados a estimular conductas de salud en detrimento de los hábitos insalubres en un colectivo social determinado.

Según Gallar (2002) aplicar un programa de intervención educativa significa desarrollar las tres fases elementales de la educación para la salud: detectar, motivar e instruir. Diseñando objetivos para cada una de ellas, y finalmente se realizando una evaluación para valorar la idoneidad del procedimiento y los resultados obtenidos.

Toda estrategia de intervención en educación para la salud debe partir de elementos básicos, que según Salazar & Rodríguez (1997, en: Gallar, 2002) son:

1. Elemento racional, basado en el conocimiento.
2. Elemento emocional, basado en la intensidad de las emociones o los sentimientos.
3. Elemento práctico, basado en la habilidad personal necesaria para el nuevo comportamiento que proponemos.
4. Elemento interpersonal, o la red social
5. Elemento estructural o el contexto cultural, económico, jurídico y tecnológico en el cual tiene lugar la conducta.

Tébar y Escobar (2009) proponen los objetivos que deben tomarse en cuenta para establecer un plan de educación diabetológica:

- a) Un control metabólico adecuado de la glucemia lo más normal posible y de los demás parámetros como: presión arterial, tabaquismo, obesidad, etc.
- b) Prevención y resolución de las complicaciones agudas: hipoglucemias, descompensaciones, cetosis.
- c) Disminución de la incidencia de las complicaciones crónicas: retinopatía, neuropatía, entre otras.
- d) Lograr una calidad de vida similar a la de las personas que no tienen diabetes lo cual implica:
 1. Incrementar los conocimientos acerca de la diabetes, consecuencias y tratamiento, motivándolo hacia una participación activa con soluciones concretas en relación con la adaptación a su enfermedad y entorno socio-laboral.
 2. Bienestar psicológico como resultado de un control en el tratamiento y por tanto bienestar físico, con mayor capacidad funcional y fortaleza.
 3. Mejor calidad asistencial, personalizada y humanizada.
 4. Disponibilidad de los medios adecuados; humanos, técnicos y científicos.
 5. Incidir en la salud pública.

Y como se ha mencionado anteriormente, los individuos con diabetes requieren de especial apoyo social, dichas grandes ayudas del diabético son, por un lado, sus familiares y allegados, y por otro, el médico y personal de enfermería, quienes deberán proporcionarle el conjunto de recomendaciones médicas y psicosociales necesarias para saber convivir con su trastorno metabólico. Según Gallar (2002) los principales objetivos de la educación diabetológica son:

1. Conocer las características de la enfermedad
2. Aprender a administrarse el tratamiento médico
3. Aprender a controlar la glucemia

4. Aprender a controlar la dieta
5. Prevenir y tratar las complicaciones
6. Prevenir y tratar disfunciones psicológicas y familiares.

Separado del apoyo social inmediato (familia, amigos, profesionales de la salud que llevan el caso del diabético), las personas afectadas por esta enfermedad han organizado asociaciones que constituyen una gran ayuda, pues aportan una completa educación diabetológica, que debe ir dirigida también a familiares y cuidadores, y es transmitida de muy diversas formas para tener acceso a diferentes grupos y niveles sociales, es el caso de la Federación Mexicana de Diabetes A.C. (www.fmdiabetes.org) cuyo propósito es brindar atención y apoyo a pacientes diabéticos y personas involucradas, cuyo ámbito de acción central es la educación en diabetes.

Finalmente se dice que los obstáculos que enfrenta un paciente con diabetes son mayúsculos, gran parte de éstos están relacionados con sus vínculos interpersonales, por ello en este trabajo se ha propuesto la intervención en el área de las habilidades sociales.

2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DE HABILIDADES SOCIALES

Es preciso saber que no existe un concepto de habilidad social universalmente aceptado. Si bien es cierto que a través del sentido común se puede deducir a qué hacen referencia las habilidades sociales, esta concepción se ve influida por la edad, el género, la cultura y hasta por la experiencia misma. Es claramente reconocido que los orígenes del concepto tienen un enfoque distinto tanto por época como por ubicación geográfica.

La concepción de la psicología clínica y de la psicología social, son las dos ramas principales desde las que se ha hecho investigación sobre las habilidades sociales, y divergen en su postura central mientras que la psicología clínica hace énfasis en la conducta asertiva, el contexto de intervención es principalmente la consideración de variables situacionales; en los aportes hechos por la psicología social se observa el énfasis en la formación de amistades y atracción interpersonal, dentro de ámbitos sociales; estos abordajes han derivado, a su vez, en la utilización de diversas terminologías para referirse a las habilidades sociales como “inteligencia social”, “asertividad” y “competencia social”, esta diversidad marcó importantes diferencias en cuanto al desarrollo del concepto, lo cual hasta tiempos actuales sigue causando confusión entre los profesionales, ya que existen lagunas de información que sería prioritario llenar para la investigación, entrenamiento y evaluación de las habilidades sociales (García & Gil, 1995, en: Gil, León & Jarana, 1995).

Se sabe que la habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural y situacional determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas, incluso dentro de la misma, a lo que se le suma considerar que una conducta creída como apropiada en una situación puede ser inapropiada en otra.

Así como existen numerosas interpretaciones de habilidad social debido a la diversidad cultural, también las hay para diferenciar conceptos que están asociados o que podrían pertenecer al constructo “habilidades sociales”. Algunos conceptos claves dentro de este tema son la asertividad y competencia social, ambos conceptos proporcionan puntos de referencia para la delimitación del área de habilidades sociales, aunque también promueven controversia (Del Prette & Del Prette, 2002).

La palabra asertivo, proviene del latín *assertus* y quiere decir "afirmación de la certeza de una cosa", de aquí se puede ver que es un concepto relacionado con la firmeza y la certeza o veracidad, se puede deducir entonces que una persona asertiva es aquella que afirma con certeza. La asertividad fue en un principio un concepto esgrimido y definido por Wolpe y Lazarus (1966, en Caballo, 1983). Estos autores plantean que la asertividad involucra la afirmación de los propios derechos y expresión de pensamientos, sentimientos y creencias de una manera directa, honesta y apropiada que no viole el derecho de otras personas. Este planteamiento es tomado en cuenta para la definición de habilidades sociales que se plantea más adelante, lo cual puede hacer pensar que la asertividad es un elemento abrigado dentro del concepto de habilidades sociales.

Lange y Jakubowski (1976, en: Del Prette & Del Prette, 2002) identifican cinco tipos de asertividad:

- a) Básica: afirmar derechos personales, creencias, sentimientos y opiniones.
- b) Empática: antes de la afirmación asertiva se coloca el reconocimiento de la situación o sentimiento del otro.
- c) Creciente: al inicio se busca la respuesta asertiva mínima y se aumenta el grado de asertividad cuando las anteriores no funcionan.
- d) De confrontación: hacer explícito que el otro se está comportando de manera contradictoria con lo que se había estipulado.
- e) En el uso del "yo" y de "nosotros": la persona describe el propio comportamiento y sentimientos con relación al comportamiento de su oyente o usa el "nosotros", para indicar la necesidad de alterar conjuntamente la situación que afecta a ambos.

Sin embargo, y a pesar de lo escrito acerca del concepto de asertividad, no existe una definición universalmente aceptada. En los años 70's este constructo era sustituido por otros términos como "competencia conductual" y "efectividad conductual", entre otros (Caballo, 1983). Es evidente la variabilidad que llegaban a tener las definiciones de los términos y que aún no han sido esclarecidas, por lo que hoy en día estos conceptos siguen siendo confusos.

Existen coincidencias al describir el comportamiento asertivo (Caballo, 1983; Carrasco, Clemente & Llanova, 1989; Shelton & Burton, 2004), se dice que comportase

con asertividad dentro de un contexto interpersonal permite expresar necesidades, pensamientos, sentimientos, actitudes, deseos, creencias y opiniones; con firmeza, sinceridad y sin ambigüedad; y se hace énfasis en no violar los derechos de los demás, pero defender los nuestros. En estas descripciones se incluyen una gran gama de emociones tanto positivas como negativas: alegría, afecto, ternura, esperanza; también, ira, miedo, desesperanza, desprecio, indignación, etc.

En cuanto a los términos “habilidades sociales” y “competencia social”, poseen definiciones diversas, enfatizando la funcionalidad del comportamiento o su contenido verbal o no verbal.

En consecuencia, se han elaborado numerosas definiciones, siendo que ninguna ha sido globalmente aceptada, se muestran algunas que fueron destacadas por Caballo (2005):

- “La habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo” (Rich & Schroeder, 1976, p. 1082, en: Caballo, 2005).
- “La conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás” (Alberti & Emmons, 1978, p. 2, en: Caballo, 2005).
- “El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos, etc., con los demás en un intercambio libre y abierto” (Phillips, 1978, p. 13, en: Caballo, 2005).
- “La capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada (eficacia en los objetivos) mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (eficacia en la relación) y mantiene la propia integridad y sensación de dominio (eficacia en el respeto a uno mismo)” (Linehan, 1984, p. 153, en Caballo, 2005).

En estas definiciones se puede apreciar que algunas únicamente hacen énfasis en la expresión de los sentimientos, opiniones o deseos, mientras que otras sólo se limitan a hablar de las consecuencias, es decir, del reforzamiento social; finalmente existen varias que abarcan tanto la expresión de sí mismo como el refuerzo social, dando peso significativo a recibir refuerzo social positivo. Ahora se presenta la definición expuesta por Caballo (1986, en: Caballo, 2005), donde finalmente se puede encontrar la conjugación de los dos factores: la expresión del individuo y las consecuencias, admitiendo que puede existir tanto refuerzo positivo, negativo y castigo; ya que la reacción del interlocutor no se basa totalmente en la conducta manifestada por el sujeto con el que interactúa.

“La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (p. 6).

En cuanto a las características de la conducta socialmente habilidosa según Van Hasselt (1979, en: Caballo, 2005):

- a. Las habilidades sociales son específicas a las situaciones. El significado de una determinada conducta variará dependiendo de la situación que tenga lugar.
- b. La efectividad interpersonal se juzga según las conductas verbales y no verbales mostradas por el individuo. Además, estas respuestas se aprenden.
- c. El papel de la otra persona es importante y la eficacia interpersonal debería suponer la capacidad de comportarse sin causar daño (verbal o físico) a los demás.

Teniendo claro el concepto de habilidades sociales que se manejará en este trabajo y las características de las conductas consideradas como hábiles en el contexto social, se da

paso a la descripción, de acuerdo con Caballo (2005), de conductas específicas que implican habilidad social:

1. Hacer cumplidos
2. Aceptar cumplidos
3. Hacer peticiones
4. Expresar amor, agrada y afecto
5. Iniciar y mantener conversaciones
6. Defender los propios derechos
7. Rechazar peticiones
8. Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo
9. Expresar justificadamente molestia, desagrado o enfado
10. Pedir cambio de conducta de otro
11. Disculparse o admitir ignorancia
12. Afrontar las críticas

El proceso de una conducta socialmente habilidosa, según Curran (1985, en: Caballo, 2005), alude a cuando una respuesta socialmente habilidosa se da como resultado final de una cadena de conductas, que empezaría con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para generar y evaluar la posibles opciones de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor, y terminaría con la emisión apropiada o expresión manifiesta de la opción escogida. Las dificultades encontradas en dicho proceso dan pie al diseño de paquetes de técnicas conductuales para conferir las herramientas necesarias en la interacción social, es decir, entrenar a los individuos para adquirir o corregir habilidades sociales.

2.1. Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales se presenta como un método de intervención, cuyo refinamiento conceptual depende, en gran parte, de los resultados prácticos y teóricos de su aplicación en la superación del déficit y dificultades interpersonales, así como en la maximización de repertorios de comportamientos sociales (Del Prette & Del Prette, 2002).

Existe un acuerdo desde las distintas corrientes en psicología, y es respecto a la importancia que tiene el estudio de las interacciones sociales, o más concretamente, de los problemas que surgen en y con las interacciones sociales. La divergencia ocurre al buscar la causa y el efecto (las patologías psicológicas generan el déficit en habilidades sociales o éste provoca los trastornos psicológicos). Lo que se reconoce como un hecho es que estén o no relacionados los trastornos con un déficit en habilidades sociales, los déficit incomodan a quienes lo padecen y es necesario desarrollar en ellos las habilidades necesarias para desempeñarse adecuadamente en sociedad (Gentil & Laá, 2000).

Hay dos vertientes explicativas para las dificultades de desempeño social. La primera se ubica en el paradigma del condicionamiento respondiente, cuya base son las investigaciones de Wolpe sobre neurosis experimental con gatos. Este autor enfoca el aprendizaje de la ansiedad a través de la asociación del desempeño social con estímulos aversivos y su papel inhibitorio en la emisión de las respuestas asertivas, destacando su importancia en la intervención terapéutica sobre comportamientos emocionales. La segunda vertiente, está cimentada en los experimentos sobre condicionamiento operante, éste considera las dificultades del desempeño social como consecuencia del control inadecuado de estímulos en el encadenamiento de respuestas sociales, entendiendo que las personas se comportan de forma no asertiva debido a que no son adecuadamente reforzadas, por ser castigadas en sus desempeños asertivos o incluso por ser recompensadas al emitir comportamientos no asertivos (Del Prette & Del Prette, 2002). Este modelo también llega a ser llamado “Modelo de inhibición por ansiedad” y “Déficit en el repertorio” (Gallego, 2009).

Esto es en el rubro teórico explicativo, mientras que en el área práctica, se afirma que el entrenamiento en habilidades sociales se trata de un grupo de técnicas eficaces para el tratamiento de problemas psicológicos, para mejorar la efectividad en las relaciones

interpersonales y en general, optimizar la calidad de vida ya que incrementa la competencia de la actuación ante situaciones de crisis (Caballo, 2005).

Según Curran (1985, en Caballo, 2005, p.181) las premisas en las que se instituye el entrenamiento en habilidades sociales son:

1. “Las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y el funcionamiento psicológico”.
2. “La falta de armonía interpersonal puede contribuir o coincidir a disfunciones y perturbaciones psicológicas”.
3. “Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativos que otros estilos y estrategias para clases específicas de encuentros sociales”.
4. “Esos estilos y estrategias interpersonales pueden especificarse y enseñarse”.
5. “Una vez aprendidos esos estilos y estrategias mejorarán la competencia en situaciones específicas”.
6. “La mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico”.

En todos los casos en los que se aplique el entrenamiento en habilidades sociales el interés primordial es el cambio en la conducta social, dicho cambio consiste en permitir a la gente que haga elecciones sobre sus vidas y su acciones.

El entrenamiento en habilidades sociales también aportaría, destrezas para cuidar de sí mismos, a pedir lo que deseen de otras personas, a liberarse de peticiones poco razonables o desagradables y de críticas, a ser capaces de compartir de sí con los demás. En resumen, el entrenamiento en habilidades sociales residiría en proporcionar la oportunidad de incrementar la conducta adaptativa y prosocial, dotando de las habilidades necesarias para una interacción social exitosa y satisfactoria (Caballo, 2005; Gallego, 2009).

Existe una gran variedad de entrenamientos en habilidades sociales, enfocados hacia determinados grupos sociales como: profesionales de la educación, de la salud, adolescentes, infantes, pacientes con problemas psicológicos o psicopatológicos, empleados de alguna empresa, etc. También los hay diseñados para problemas determinados: depresión, esquizofrenia, ansiedad, fobia social, abuso de sustancias, problemas de pareja, discapacidades físicas, etc. El motivo por el cual se plantean programas específicos es porque se intenta proporcionar habilidades y técnicas para funcionar en una situación

concreta, con sus dificultades particulares, por lo tanto, se requieren habilidades particulares (Gentil & Laá, 2000).

Entre los procedimientos mayormente utilizados en dichos programas se encuentran (Caballo, 2005):

1. Ensayo de conducta o *Role Playing*
2. Modelamiento
3. Retroalimentación o feedback
4. Solución de problemas
5. Relajación
6. Desensibilización
7. Autoevaluación
8. Autocontrol

Aunque los programas de entrenamiento en habilidades sociales inicialmente fueron diseñados en formato individual se han ido aplicando cada vez más de forma grupal. Cada modalidad tiene sus ventajas e inconvenientes, aunque los procedimientos componentes en ambos casos son básicamente los mismos.

El formato de nuestro interés es el grupal, del cual Caballo (2005) describe sus ventajas de la siguiente forma:

- a) El grupo ofrece una situación social instaurada en la que al recibir el entrenamiento pueden poner en práctica lo aprendido. Existe mayores recursos para implementar procedimientos como el *role playing* y a su vez se suministra retroalimentación copiosa.
- b) El grupo proporciona una red social en la cual apoyarse, en la cual se sienten incluidos e identificados.
- c) La situación social prescrita dentro del grupo tiene la ventaja de ser real y no simulada y aumenta la probabilidad de generalizar en menor tiempo las conductas recién adquiridas.
- d) El entrenamiento grupal economiza tiempo para el terapeuta, a su vez suele reflejarse en el costo de la sesión para el interesado.

2.2. Evaluación de las habilidades sociales

La evaluación de las habilidades sociales constituye, en gran medida, un requisito indispensable para la investigación y/o la intervención clínica en el terreno de la inadecuación social, aunque se ha prestado considerable atención a las pruebas de representación de papeles o de *role-playing*, como procedimientos de evaluación directa de las habilidades sociales, se ha manifestado la necesidad que se tiene de seguir investigando sobre los procedimientos de evaluación basados en instrumentos de auto-informe (Caballo, 1993b). No obstante, existen varias formas de evaluación de las habilidades sociales, entre ellas se pueden mencionar: las entrevistas, evaluación por los demás, el autorregistro, jueces evaluadores, observación de la vida real, pruebas estructuradas de interacción breve y semiextensa (*role playing*) e instrumentos de autoinforme.

Los dos tipos de técnicas de evaluación más utilizados son las medidas de autoinforme y las medidas conductuales; sin embargo, aún no existe una correlación entre las mencionadas técnicas (Caballo, 1993a).

Con base en los objetivos del presente reporte, hablaremos únicamente de las medidas de autoinforme. Según Caballo (2005) las medidas de autoinforme en cualquiera de sus formatos: cuestionarios, inventarios o escalas; pueden ser de gran ayuda en cualquier escenario donde se les utilice. En el ámbito de la investigación brindan el acceso a evaluar una gran cantidad de sujetos en tiempo breve y de esta forma administrar el tiempo, así, el esfuerzo que demanda la recolección de datos es mucho más fácil. También tiene como ventaja explorar un amplio repertorio de conductas, de las cuales muchas son de difícil acceso en comparación a una observación directa; se trata de instrumentos que pueden completarse sin grandes dificultades. Otra ventaja muy importante es su gran utilidad para utilizarse de manera repetida dentro de una misma investigación, es decir, en su aplicación como pre y post-tratamiento.

El objetivo primordial de esta técnica de evaluación es conseguir una muestra representativa de las respuestas de un sujeto a un conjunto de temas seleccionadas a partir de un área común de situaciones interpersonales. Por lo tanto, se obtiene una puntuación total única procedente de la sumatoria del puntaje de cada una de las respuestas del sujeto a todos los ítems redactados en el instrumento, entonces bien, la obtención de una única puntuación lleva implícita la suposición de que las respuestas del individuo a los reactivos

son influidas por un factor común y que es el objeto de interés para la investigación, se trata de el “nivel general de habilidad social” (Caballo, 2005).

Las dificultades que presenta esta técnica como estrategia de evaluación, recaen en:

1. Lo que una persona percibe sobre su propia conducta puede estar en discordancia con su conducta real.
2. Puede existir variación de la conducta por causa de las situaciones y/o con las personas, entre otros factores.
3. Cada ítem es un estímulo estándar que pretende provocar el mismo tipo de datos en diferentes sujetos; sin embargo, las interpretaciones del estímulo pueden ser muy variadas.

A pesar de todo esto las medidas de autoinforme arrojan datos sobre las autopercepciones del paciente que no están disponibles a partir de la evaluación por medio de la observación, es entonces una técnica productiva si se desea aprovechar al sujeto como fuente de información, pues no existe mejor reporte de un sujeto que el que puede proporcionar él mismo (Caballo, 2005).

2.3. Habilidades sociales y salud: importancia del apoyo social

El bienestar de las personas afectadas por la diabetes depende sobre todo de su comportamiento (adherencia al tratamiento terapéutico) y apoyo social. La responsabilidad del paciente frente a su enfermedad es primordial, y para que una persona asuma responsabilidades es muy importante que sea ella misma la que toma las decisiones. En nuestra cultura; sin embargo, la tradición lleva a creer que el papel de los profesionales es dar instrucciones y, por lo tanto, el papel que se otorga a los pacientes es el de hacer, obedientemente, lo que se le indica (Bimbela & Gorrotxategi, 2001).

Los pacientes diabéticos suelen experimentar con frecuencia intenso malestar y/o frustración, al tener que controlar constantemente su comportamiento (a la hora de comer, de hacer ejercicio, de hacer autoanálisis, de tomar medicación, etc.) y al ser conscientes, sí es que sea recibido dicha información, de las graves consecuencias que puede sufrir su estado de salud sin un control adecuado. Si no se tienen las habilidades de autocontrol tanto

conductual, como emocional suficientes, existe el riesgo de tratar de evitar el malestar huyendo de la responsabilidad que se tiene sobre la propia salud, por tanto descuidarla, lo cual puede ocasionar estrés. Además, hoy en día existen evidencias que muestran cómo el estrés eleva los niveles de glucosa en sangre y dificulta la metabolización de la misma (Méndez & Beléndez, 1994; Surwit, 2002). A la luz de estos datos, sería necesario incluir en los programas de educación diabetológica conocimiento y habilidades para que los pacientes pudiesen manejar sus reacciones emocionales (Bimbela & Gorrotxategi, 2001).

Una vez identificados los factores sobre los que sí pueden influir los profesionales de la salud, se abren distintas posibilidades de intervención para incidir, lo más inmediatamente posible, en los factores predisponentes (todo aquello que los pacientes saben, ignoran, piensan, conocen, creen, opinan y valoran), y también para incidir en los factores facilitadores (las habilidades y destrezas necesarias para llevar a cabo las diversas conductas implicadas en el tratamiento de la diabetes).

Las habilidades en este sentido juegan un papel muy relevante a la hora de realizar de forma correcta y eficaz determinadas conductas relacionadas con el tratamiento diabético (enfrentarse al rechazo del entorno, soportar la presión del grupo social, negociar la dieta más saludable, etc.), todo esto relacionado con el propio repertorio de habilidades para enfrentar la correcta adherencia al tratamiento, específicamente las habilidades sociales.

La adherencia al tratamiento es la respuesta a la atención médica, cuya magnitud poco se conoce y a menudo se sobrestima. Se puede definir como la medida en que los pacientes siguen el tratamiento indicado por el médico o profesional de la salud que lo atiende. Malacara (2008, en: Bocanegra, Acosta, Bocanegra & Flores, 2008) menciona que la falta de adherencia al tratamiento puede estar relacionada a diversos factores tanto conductuales como materiales, puede ser un signo de frustración personal o social, el poco apoyo social que recibe, especialmente de la familia y elementos como la economía también llegan a afectar dicha adherencia.

Tanto el diabético como su familia deben conocer la importancia de la adherencia al tratamiento, de los medicamentos, de la dieta y del ejercicio, así como los cuidados personales para evitar comorbilidades. A falta de información dirigida al diabético y su familia, es usual que el diabético trate de controlar su enfermedad por sí solo, aisladamente,

luchando a brazo partido contra la corriente de la sociedad y la familia. Por esto es importante que la gente que lo rodea conozca su problema, para hacerle más fácil la adherencia.

Es de importancia sobresaliente que el cónyuge y los hijos comprendan los riesgos y consecuencias de ser diabéticos, a fin primeramente de evitarla y brindar apoyo al familiar diabético. El enfermo diabético tiene que vivir controlando su padecimiento durante los siete días de la semana y por todos los años de su vida; debe conocer su enfermedad mejor que nadie para poder tomar decisiones en un momento dado, debido a que es imposible tener a su disposición al médico (Tébar & Escobar, 2009).

Es común observar el fenómeno de segregación del diabético dentro de su familia, predomina la ruptura de vínculos. El diabético puede ser visto y tratado diferente, como el enfermo y anormal. Con frecuencia el paciente no comparte las horas de comida con el resto de los miembros o si lo hace llega a resultar estresante y/o frustrante para el diabético, lo que deriva en la evitación de la vida familiar y/o social, como asistir a fiestas o convivios (García, 1997).

Los alimentos pueden llegar a ser preparados de forma separada: la “comida diferente” para el diabético. Según los patrones alimentarios, la dieta que suele ser recomendada para los diabéticos, sale de la norma, por lo tanto, de la pertenencia al grupo social (González, 2011), lo que evidentemente aleja al diabético de la red social que tanto necesita, o bien, el diabético opta por abandonar el estilo de vida recomendado por los profesionales de la salud para su condición.

Es probable que los familiares lleguen a no mostrar empatía y no consideren el factor hereditario de la diabetes, es decir, no creen que ellos también puedan padecerla en el futuro y por lo tanto tampoco ponen en práctica medidas preventivas. Suele ser diferente cuando se trata de ama de casa con diabetes, son ellas quienes tienen mayor probabilidad de romper con dicha segregación, puesto que regularmente llevan el control de la adquisición de la despensa y preparación de los alimentos (García, 1997).

Las relaciones sociales en general pueden contribuir a que el diabético logre una mejor adaptación a la enfermedad y por tanto al tratamiento de la misma, la comprensión, apoyo y aceptación que provenga de los demás puede conferir al diabético seguridad y confianza (Islas & Revilla, 2005). El apoyo familiar es particularmente importante en el

paciente diabético, no sólo porque puede ayudar a garantizar las bases materiales y morales del tratamiento, sino porque la implicación de la familia en el régimen diario de tratamiento refuerza la adhesión al mismo por parte del paciente.

El apoyo social ha sido definido como la información que se recibe a partir de otras personas, las cuales son queridas o reconocidas como importantes, estimadas, valoradas, que forman parte de la red de comunicación y obligaciones mutuas y que pueden ser padres, la pareja, los parientes, la familia, contactos sociales o comunitarios. Las personas con altos niveles de apoyo social pueden experimentar menos estrés cuando confrontan una experiencia estresante y pueden afrontarla de forma más exitosa, como es el caso de los diabéticos (Taylor, 2007).

El apoyo social consiste básicamente en el proceso por el cual la estructura social satisface las necesidades de sus miembros tanto en situaciones cotidianas como en crisis.

García (1997) logró relacionar la carencia de apoyo social y el aislamiento con la mortalidad. En particular destaca lo siguiente:

- 1) Existe una relación positiva entre apoyo social y la salud física.
- 2) El apoyo social se asocia con el bienestar psicológico y la ausencia de depresión.
- 3) El apoyo social modera los efectos negativos del estrés laboral y el desempleo.
- 4) El apoyo social sería un predictor del éxito en la integración comunitaria de una persona con algún padecimiento.
- 5) El apoyo social sería particularmente importante en el caso de las personas de la tercera edad, ya que al estar desvinculadas de una red informal de apoyo, utilizarían con mayor frecuencia los servicios formales, gozando de mayor bienestar y teniendo menos probabilidades de hospitalización.

El apoyo social desempeña funciones tales como proporcionar soporte emocional, apoyo material, ayuda práctica, apoyo informativo (consejos, orientación y guía); el apoyo social es proporcionado por una red social, que es una característica estructural de las relaciones sociales (García, 1997), que desempeña funciones de apoyo. Las fuentes de apoyo social indican vínculos entre los individuos, se pueden encontrar en distintos escenarios: en la familia, en instituciones, en grupos laborales, grupos religiosos, etc.

Los investigadores han sugerido que el apoyo social tiene varias formas; asistencia tangible, la cual involucra el proveer de soporte material, como son servicios, asistencia financiera y bienes (Taylor, 2007).

La familia y los amigos proveen entre otros tipos de apoyo, el apoyo informativo acerca de eventos estresantes. La información puede ayudar a las personas a entender mejor el evento y con ello determinar qué recursos de afrontamiento utilizarán, planeando estrategias. Con información, la persona que enfrenta un evento estresante puede determinar qué tan amenazante le resulta éste y puede beneficiarse de las sugerencias de cómo manejarlo.

Los psicólogos de la salud necesitan concebir el apoyo social como un recurso importante para la prevención primaria. Encontrar formas para aumentar la efectividad en el apoyo existente o potencial brindado por la familia y los amigos debiera ser una prioridad en las investigaciones (Taylor, 2007).

Los recursos del apoyo social pueden verse amenazados por afrontamiento de la diabetes. En consecuencia, las intervenciones alrededor de tal variable son necesarias para manejar los aspectos involucrados en el establecimiento, mantenimiento y mejoramiento de las redes sociales de apoyo que estén alrededor del paciente, ellos necesitan reconocer las fuentes potenciales de apoyo social en su ambiente y aprender cómo apoyarse en estos recursos en forma efectiva.

Las pacientes también necesitan ser capacitados para reconocer sus fuentes potenciales de apoyo social dentro del ambiente al que pertenecen, pedir apoyo o modificación de éste según su necesidad. También podrían aprender a desarrollar recursos de apoyo social al unirse a grupos comunitarios, grupos de interés o a grupos informales donde se reúnan con regularidad. Los psicólogos pueden contribuir al desarrollo de mecanismos de apoyo social, explorar formas para crear lazos sociales y desarrollar formas para identificar y ayudar a individuos socialmente marginados que no pueden por sí mismos proveerse de estos recursos tan valiosos (Taylor, 2007).

A lo largo de la enfermedad, los pacientes necesitarán de diferentes tipos de apoyo. La ayuda tangible, como ser llevados a algún lugar de atención médica llega a ser muy importante, sin embargo, el apoyo moral puede llegar a ser mucho más importante.

El apoyo familiar para el paciente diabético es especialmente importante, no sólo porque puede aumentar el afrontamiento del paciente ante la enfermedad, sino también porque puede promover la adherencia al tratamiento (González, 2011). Los miembros de la familia no sólo recordarán al paciente las actividades que necesita realizar, también relacionarán el tratamiento con las actividades familiares ya existentes para que la adherencia sea aún mayor.

En ocasiones, los miembros de la familia también necesitan guía profesional para saber brindar el apoyo al diabético (Martínez & Torres, 2007), aunque bien intencionadas algunas acciones en lugar de beneficiar al paciente pueden llegar a empeorar su condición. Por ejemplo, al no tener un conocimiento fehaciente de los alimentos y cantidades que pueden consumir personas diabéticas, llegan a creer que le están dando algo sano y ello afecta el control glucémico del paciente.

Algunos miembros de la familia empiezan a aceptar ciertos productos saludables de los cuales poseían prejuicios, pero sin abandonar o transformar totalmente los hábitos alimentarios de pertenencia: es un ir y venir entre prácticas de la cultura de la alimentación y prácticas de la cultura de la nutrición. Aspiran al ideal de alimentación, que sigue siendo la “comida normal”. El paciente diabético realiza algunos cambios; sin embargo, la inconstancia promueve una cierta añoranza por los hábitos alimenticios anteriores (Castro, 2007).

Sí los familiares empiezan a conocer más sobre la diabetes y algunos a tomar conciencia del factor hereditario, hay mayor oportunidad de que el paciente diabético reciba una mayor comprensión y apoyo, lo cual lleva a la familia en su conjunto a modificar hábitos o prácticas alimentarias poco saludables, lo que implica abandonar definitivamente o modificar de fondo una práctica común heredada por generaciones, para adoptar una alimentación basada en las recomendaciones de los profesionales de la salud y la nutrición. Los cambios pueden ser graduales o no y conllevan rupturas y acomodación de la estructura de relaciones sociales. Los nuevos hábitos afectan no sólo al paciente diabético, sino a todos los miembros de la familia, quienes han superado la transición de la segregación del paciente diabético a la transformación hacia un estilo de vida más saludable (Castro, 2007).

Finalmente Brito, Aguilar, Rull y Gómez (2004) realizaron una lista de recomendaciones dirigidas al diabético y su familia:

- No comprar ni tener a la vista los alimentos cuya ingestión se esté tratando de controlar, ya que de lo contrario, será aún más difícil abstenerse de consumirlos.
- No preparar menús específicos o comida por separado para el diabético y el resto de la familia.
- No consumir alimentos ricos en azúcares simples o grasas, los cuales son ricos en energía.
- Hacer lo posible porque su dieta mantenga las buenas costumbres alimentarias de la familia y sus tradiciones.
- Adaptar el costo de su alimentación al presupuesto familiar.
- Evitar que la alimentación se convierta en tema de discusión y disgustos entre la familia.
- No ceder a presiones de su familia para comer cuando el diabético ha decidido no hacerlo.
- En los momentos de convivencia familiar o especial para el diabético y su familia, evitar “premiarse” con excesos en las comidas.
- De ser posible, acostumbrarse a comer en compañía de las personas que saben que sus intentos por alimentarse correctamente, y que el diabético siente que lo apoyan para ello.
- Que el diabético asuma la responsabilidad del peso que debe mantener, ya que si bien es cierto que en ocasiones la familia puede influir es éste, finalmente quien debe decidir sobre lo que come o no, es el diabético.
- Disfrutar y compartir con la familia una alimentación saludable.

3. EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

Para comenzar a describir el Modelo Psicológico de la Salud, es preciso esclarecer el concepto de salud, el de enfermedad, y la dinámica entre estos.

Sobre el concepto de salud debemos entender que no sólo es la ausencia de enfermedad y que no sólo es protagonista la posición científico-académica sino también los agentes psicológicos y sociales, entonces bien, el concepto de salud está conformado de modo más integral, muy diferente a lo tradicionalmente establecido.

La ampliación del concepto, hasta el punto de incluir en ella la dimensión social se ha visto motivado por:

- El desarrollo del conocimiento biomédico.
- El fracaso de sistemas sanitarios descontextualizados que no han resultado socialmente satisfactorios al no cubrir demandas y expectativas de la población.
- Por último se han abierto caminos al hecho de comprender que en los problemas de salud subyacen variables psicológicas y sociales.

Comenzando por establecer que los problemas de salud comprenden un deterioro progresivo en la sociedad, y la importancia que tienen determinados estilos de vida y comportamiento en la etiología y desarrollo de las enfermedades.

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se establece el siguiente concepto de salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, y entró en vigor el 7 de abril de 1948 (OMS, 2005, <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>).

De este modo la salud se convierte en algo que afecta a todas las clases sociales y repercute sobre todos, y donde es necesario reconocer la importancia de las variables biológicas, psicológicas y sociales en la determinación y explicación de las mismas, y por consiguiente en el tratamiento de las enfermedades.

Teniendo en cuenta la aportación de Salleras (1985, en: Gil, León & Jarana, 1995) al concepto de salud, se percibe de forma dinámica, como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad” (p. 18).Entonces se entiende

que la salud no es un estado únicamente sino también un proceso, el cual en su desarrollo positivo se convierte en un recurso de plenitud personal, grupal y comunitaria.

La necesidad de plantear un modelo que exponga claramente el proceso salud-enfermedad surge de las carencias de modelos antecedentes, que explican los factores comportamentales y su vínculo con la salud pero de forma dualista (mente y cuerpo, como elementos recíprocamente excluyentes) y explicados mediante relaciones “causales”; el primero es el modelo biomédico, el cual establece que la “salud” se trata de la ausencia de enfermedad, que es un estado intrínseco aún cuando se reconocen factores genéticos y factores externos; mientras que el modelo sociocultural atañe el término al estado de bienestar, es decir, una correlación entre la ausencia de enfermedad y las condiciones prácticas de vida (medio físico, costumbres, ingresos económicos, etc.).

El modelo psicológico de la salud biológica, propuesto por Ribes en 1990, explica evidentemente la dimensión psicológica constituida por el comportamiento individual. Éste es el vínculo entre los dos modelos antes mencionados. El comportamiento individual debe ser entendido como la “práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales” (Ribes, 1990, p. 17), lo que se convierte en la base del modelo psicológico, entonces bien, el modelo psicológico expone que el ser humano es un todo biopsicosocial, lo cual lleva a decir que el análisis psicológico es un componente integral para entender el estado de salud-enfermedad.

Se exponen tres planteamientos fundamentales para entender el proceso psicológico de la salud propuesto en el modelo de nuestro interés, dichos planteamientos son los siguientes:

- I. La manera en que las conductas individuales modulan los estados biológicos personales y la magnitud en la que regulan la exposición del organismo con las variables funcionales del entorno.
- II. El estado de salud se ve afectado directa o indirectamente, por la efectividad de las competencias que posee un individuo para interactuar con la variedad de situaciones que enfrenta.
- III. Los estilos interactivos, es decir, las maneras consistentes de relacionarse con las diversas situaciones de su entorno, lo cual puede alterar potencialmente su equilibrio biológico.

Estos tres planteamientos abarcan distintos y variados procesos psicológicos cuyas intrincadas relaciones determinan, en forma biológica en mayor o menor medida, el estado salud-enfermedad de una persona. Entonces bien dicha determinación marca la presencia o ausencia de enfermedad, este efecto dentro del modelo psicológico de la salud es visto como un complejo equilibrio entre tres tipos de comportamiento, que son las acciones auspiciadoras o propiciadoras de la presencia de enfermedad, las acciones preventivas, acciones correlativas que son necesarias para el retorno a un estado de salud, también llamadas, acciones rehabilitativas.

Con el planteamiento propuesto por Ribes, queda puntualizado el proceso salud-enfermedad de forma integral, es decir, contemplados factores biológicos, culturales y, por supuesto, psicológicos; también queda precisado el campo de aplicación de la psicología dentro del ámbito de la salud; significa que, el modelo es útil para guiar la acción e intervención del profesional de la psicología en pro de la salud, ya sea en la prevención, curación y rehabilitación de los individuos enfermos; marcando pautas y momentos de intervención. La estructura del modelo se plantea primeramente dividida en proceso y resultado; dentro del proceso tenemos pauta para la intervención preventiva primaria, mientras que en los resultados se hablaría de prevención secundaria y terciaria (ver figura 1).

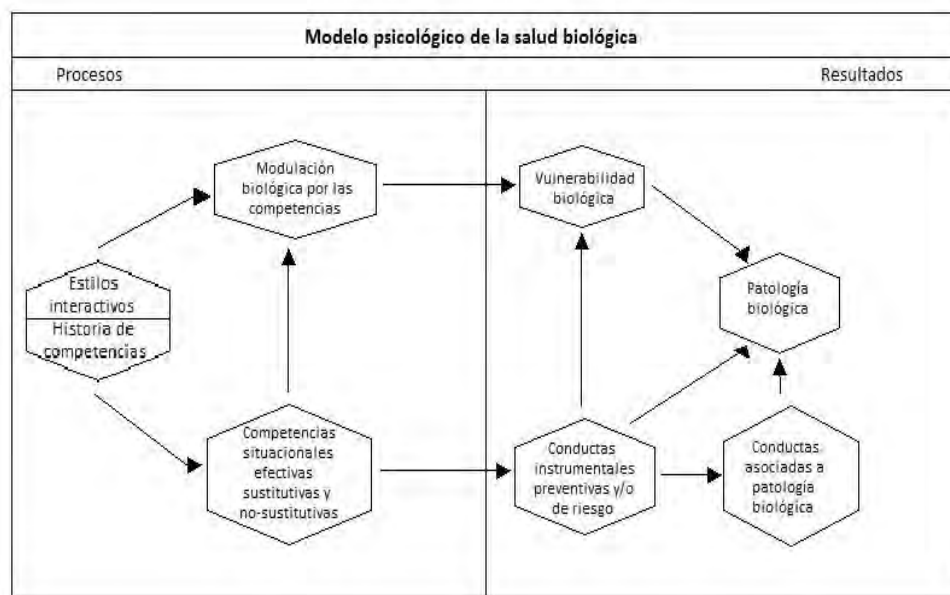


Fig. 1. Representación gráfica del proceso de salud enfermedad propuesto por el modelo psicológico de salud para guiar la intervención para la prevención, curación y rehabilitación.

La categoría de historia interactiva del individuo se refiere a la disposición con la que cuenta una persona para interactuar con una situación presente, con base en las morfologías de interacción antecedentes, es decir, es un factor que facilita u obstruye la ejecución de determinadas conductas. Dicha historia se analiza en dos elementos: los estilos interactivos y la disponibilidad de competencias funcionales o historia de competencias.

Los estilos interactivos no son otra cosa más que los modos de actuar consistentes que distinguen a un individuo de otro, es decir, la forma consistente en la que enfrenta el individuo situaciones tipificadas con arreglos contingenciales específicos. Dichos estilos modulan la oportunidad, velocidad y precisión de las conductas efectivas ante las circunstancias presentes.

Ribes (1990) explica que el organismo puede sufrir alteraciones biológicas en función del tipo de conducta que se emite y de los parámetros que delimitan la contingencia de la situación, a esto se le llama *Modulación Biológica por las Contingencias*; el individuo no actúa separado de su cuerpo, el comportamiento es la dimensión funcional del cuerpo en su interacción con el ambiente, es lógico afirmar entonces que la dimensión biológica modula la dimensión conductual y viceversa, las formas de comportamiento regulan las variables del ambiente.

La inscripción de competencias situacionales hace referencia a la disponibilidad de competencias funcionales; lo que dicho de otra forma es la capacidad conductual de un individuo. Una competencia engloba cuatro aspectos: 1) el comportamiento, 2) la situación, 3) las exigencias de la situación y 4) las consecuencias que tiene el comportamiento en relación con las exigencias de la situación percibida.

El proceso psicológico de salud advierte un doble nivel resultante, en el primer nivel se observan consecuencias en su faceta de: a) grado de vulnerabilidad biológica y b) la disponibilidad y emisión de conductas instrumentas preventiva y/o de riesgo para contraer una enfermedad biológica, ambos factores desembocan en el grado de probabilidad de que se produzca la enfermedad y de que se aprecien las conductas correlativas a la misma. Esto pertenece a la sección de resultantes.

Entonces bien, tenemos la vulnerabilidad biológica en el primer nivel, ésta se explica a través de la interacción de una serie de condiciones orgánicas que incrementan el

riesgo de que un individuo desarrolle una enfermedad. Se trata de manifestaciones exclusivamente biológicas y/u orgánicas.

Las conductas instrumentales preventivas y/o de riesgo, consisten en las acciones de los individuos que de forma directa o indirecta, incrementan o decrecientan la probabilidad de desarrollar una enfermedad.

Como resultante de la vulnerabilidad biológica y las conductas instrumentales preventivas y/o de riesgo se produce la patología biológica, de la cual a su vez se desprenden las conductas asociadas a dicha patología, donde se encuentran tres factores cardinales que son:

1. Factores vinculados al seguimiento y adherencia a un tratamiento terapéutico efectivo.
2. Comportamiento demandado en los aspectos rehabilitativos de enfermedades crónico-degenerativas.
3. Aparición de conductas asociadas a la patología biológica.

Las conductas asociadas son los comportamientos directamente relacionados con el estado patológico de una persona. Ribes (1990) diferencia tres tipos de conductas asociadas a la enfermedad, la primera está directamente relacionada con el estado patológico, es decir, estas conductas son efecto directo de una alteración biológica; el segundo tipo, son las conductas que se derivan del tratamiento terapéutico correspondiente a la patología padecida; por último las conductas que están vinculadas indirectamente, son los comportamientos que surgen como reacción exclusivamente psicológica con base en una patología.

Las conductas instrumentales que posee el paciente juegan un papel importante en relación con las conductas asociadas a la patología, porque el nivel de competencia del individuo regula las alteraciones conductuales que se relacionan al estado patológico, así como la forma en que reacciona al tratamiento terapéutico y también modula los comportamientos que surgen como respuesta a la enfermedad.

Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo nos lleva a profundizar sobre la categoría de competencias funcionales. Esta categoría designa a una colección de ocurrencias y se trata de un término disposicional. Hablar de que una persona es competente significa que, dado el momento o la circunstancia apropiada, se comportará de

modo tal que solucione un problema, produzca un resultado o satisfaga una demanda. Ser competente es tener la capacidad para enfrentar las demandas de las circunstancias y dicha capacidad no equivale a una respuesta o a alguna ocurrencia, sino a un conjunto de habilidades en potencia.

Para saber si alguien es competente o no para hacer algo, por ejemplo, para cuidar su salud, se analizan un conjunto de conductas instrumentales, éstas son indicadoras de competencia, esto es, son competencia hecha acto. Por supuesto el análisis de estos indicadores de competencia o, conductas instrumentales preventivas, en el contexto de la salud, requiere de la identificación de las situaciones que dan contexto a las acciones preventivas, las morfologías de conducta o formas en que se dan dichas acciones, el papel funcional de personas significativas al individuo, cuya conducta se analiza, y los efectos de sus acciones.

Ribes (1990) delimita cuatro niveles funcionales en que se pueden clasificar las competencias efectivas en una situación:

1. Interacciones situacionales no instrumentales: el individuo reacciona diferencialmente ante alguno(s) de los elementos presentes en una situación sin que su reacción altere las características funcionales del contexto. Son ejemplo de este tipo de interacciones: las reacciones emocionales, el seguimiento de instrucciones o las conductas adaptativas. Para este caso, un ejemplo concreto sería, cuando vemos un alimento que nos gusta, aunque no sea saludable, guiados por el antojo lo consumimos.
2. Interacciones situacionales instrumentales: se refieren a cuando el individuo se comporta de manera efectiva dentro de una situación, modificando las particularidades de ésta, ya sea de forma satisfactoria o no; y produciendo o no cambios en la propia conducta del individuo. Un sujeto que tiene frente a él una variedad de platillos diferentes, actúa sirviéndose del platillo que más le apetece.
3. Interacciones extrasituacionales: el nivel de participación del individuo en esta interacción es mayor, aquí el sujeto actúa en la situación presente *como sí* poseyera las peculiaridades de otros elementos o contingencias, es decir, responde a la situación con base en su experiencia, en su información o en sus conocimientos, e incluso en la opinión o recomendación de alguien que conozca

del tema en discusión. Por ejemplo, una persona que cambia su alimentación por haber escuchado en algún medio de comunicación que el consumo de determinados alimentos disminuye la probabilidad de desarrollar cáncer, se estaría comportando de forma extrasituacional, se incluyen en esta categoría la mayoría de los comportamientos que implican apegarse a un régimen saludable.

4. Interacciones transituacionales: este nivel involucra la abstracción de condiciones con las que se enfrenta el individuo. El individuo se comporta en la situación presente con base en la forma en que responde lingüísticamente, no enfrenta la situación basándose en lo que ocurre en ella, sino en términos de cómo la conceptualiza. El sujeto en esta clase de interacción altera las propiedades de la situación, pero no con base en ellas, sino con la interpretación de las mismas, es decir, con la conceptualización que hizo respecto a éstas, y dicha conceptualización está fundamentada en la historia del individuo, su experiencia o en un sistema de creencias. En el caso de una persona que ingiere únicamente alimentos que están permitidos por su religión, o que por sus creencias ecologistas se convierte en vegano (ética que consiste en abstenerse del consumo o uso de productos de origen animal), se trata de una interacción transituacional.

Habiendo expuesto la clasificación funcional de las competencias, hablaremos de las conductas instrumentales de riesgo y prevención. Éstas, como se mencionó, son la manifestación práctica y concreta del nivel de competencia de un individuo, basada en su historia de interacciones, en la cultura que reglamenta las características, convencionalidades y contingencias adecuadas en sus prácticas (Ribes, 1990).

Dentro de la intrincada complejidad de la conversión de elementos moduladores de las conductas instrumentales, el factor crucial es la capacidad del individuo, entendida como el saber hacer en distintos escenarios y dimensiones de un sujeto inmerso en una sociedad.

Ribes (1990, p. 58) concibe la capacidad instrumental de la siguiente forma:

- a) Como la disponibilidad de las conductas requeridas en tanto morfologías efectivas de comportamiento.

- b) Como la disponibilidad de información sobre por qué se tienen que realizar o no ciertas conductas, es decir, información sobre los motivos.
- c) Como la disponibilidad de información respecto a las ocasiones en qué y oportunidad con qué deben realizarse determinados comportamientos.
- d) Como la disponibilidad de formas de interacción alternativas, distintas a las conductas que tienen ciertos efectos instrumentales.

Una de las premisas no explícitas del Modelo de Salud de Ribes es que, a mayor capacidad de los individuos para relacionarse con su medio, mayor probabilidad de tener salud.

Para el caso de la diabetes hay un conjunto de conductas instrumentales, que a nivel preventivo, deben ser implementadas si la meta es la prevención secundaria o terciaria. Esto incluye, por un lado, a todas aquellas conductas que conforman la adherencia terapéutica (apego a un régimen de alimentación saludable, práctica de actividad física, revisión de niveles de azúcar en sangre, entre otros), y, por otro lado, a las que permiten al paciente controlar aspectos del medio que interfieren con su adherencia. En este segundo tipo se encuentra la competencia social que, desglosada en conductas concretas, tiene que ver con habilidades para regular el comportamiento de personas que interfieren con el apego a un tratamiento y esto no es otra cosa que, habilidades sociales.

Las principales clases de respuesta o dimensiones conductuales de las habilidades sociales son:

1. La capacidad de decir “no”.
2. La capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
3. La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
4. La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones. (Caballo, 2005)

La habilidad de decir “no” se aprecia directamente relacionada con las conductas instrumentales de prevención, por ejemplo, al poseer la capacidad de negarse a situaciones y/o peticiones para mantener bajo control un régimen alimenticio, estaríamos observando una conducta instrumental de prevención de comorbilidades asociadas a una baja adherencia al tratamiento, en el caso de un paciente diabético cuyo objetivo es bajar o mantener su peso.

La habilidad de pedir favores y hacer peticiones, indispensable para mejorar la adherencia ya que, como se ha expuesto en capítulos anteriores, se requiere para lograr el apoyo social.

Las habilidades mencionadas conforman la competencia social para el cuidado de la salud. El modelo psicológico de salud nos guía al identificar los factores psicológicos involucrados en el proceso de la enfermedad, también permite entender que las habilidades sociales son importantes para poner en práctica conductas preventivas.

En México, hablando del contexto cultural, una de las formas en que la gente se relaciona socialmente es a través de eventos en los que la comida tiene el papel principal; las personas toman como ofensa cuando alguien rechaza los alimentos que se ofrecen, se toma como un acto muy descortés no comer los alimentos que los anfitriones prepararon para sus invitados, así como rechazar una segunda ronda de alimentos, ya que su principal objetivo es complacer y deleitar el paladar de sus comensales, caso similar es rechazar bebidas alcohólicas que es tradición servir en fiestas y reuniones, evidentemente no aceptan que sus invitados se nieguen a beber. Se carece generalmente del conocimiento para entender las ventajas de una alimentación saludable o los riesgos de una no saludable, así como de la moderación en alimentos y/o bebidas que están restringidos para los pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes. El diabético no solamente debe lidiar con la modificación de sus hábitos, sino, con el comportamiento de otras personas; por esto es que preciso que desarrolle habilidades sociales.

Tomando en consideración lo anterior, y como parte de una línea de investigación, se diseñó un programa de intervención para mejorar los hábitos alimenticios de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Como parte de este programa, se les dio a los pacientes un entrenamiento en habilidades sociales, para que sean competentes para modificar el comportamiento de personas que interfieren con su dieta. El estudio que a continuación se presenta parte del hecho de que, en un primer momento, se debe evaluar el efecto del entrenamiento en términos de la adquisición de las habilidades meta. De ahí que el objetivo del estudio fue evaluar el efecto de las técnicas empleadas en las habilidades sociales.

4. EVALUACIÓN DEL ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II

A continuación se presenta un estudio cuyo objetivo fue evaluar una estrategia para entrenar habilidades sociales en pacientes diabéticos.

4.1. Método

Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra intencional voluntaria de 100 pacientes diabéticos captados en distintos centros de salud, básicamente de la Secretaría de Salud del Estado de México y de la ciudad de México. Dichos participantes tenían diagnóstico de diabetes mellitus II, 18 eran hombres y 82 fueron mujeres, sus edades fluctuaron entre los 36 y los 86 años, con un promedio de 60.4, su escolaridad iba desde estudios nulos hasta estudios profesionales; sin embargo, el 60.8% reportó tener estudios de primaria o menos.

Reclutamiento: Se acudió a diversos centros de salud convocando a pacientes diabéticos a participar en un taller para mejorar su forma de comer y evitar complicaciones de su enfermedad. En cada centro se formaron grupos de entre 10 y 12 pacientes. El taller estuvo constituido por dos bloques: el primero de ellos educativo y el segundo se enfoca en el entrenamiento de diversas habilidades. El estudio que aquí se presenta forma parte de este programa y se llevó a cabo en el segundo bloque.

Tipo de estudio: Se empleó un diseño longitudinal, utilizando la forma pretest-postest (Campbell & Stanley, 2001).

Variables

Variable independiente: Un programa de entrenamiento en habilidades sociales

Variable dependiente: Algunas habilidades sociales medidas con el instrumento que se describe más abajo.

Variable de comparación: Género

Instrumento

El instrumento que se utilizó fue la Escala Multidimensional de Expresión Social-PARTE MOTORA (EMES-M) (Caballo, 2005) que consta de 64 reactivos y cubre varias de las

dimensiones de las habilidades sociales, a partir de este instrumento se realizaron algunas modificaciones para que pudiera medir estas habilidades en relación con la adherencia terapéutica.

El instrumento original es una medida de autoinforme de la habilidad social, donde las respuestas se distribuyen en una escala tipo Likert, donde cada ítem puede puntuar desde 4 (siempre) hasta 0 (nunca). Con la suma de los valores de las respuestas se obtiene finalmente un resultado de las habilidades sociales globales del sujeto, a mayor puntuación mayor habilidad social. Este instrumento fue aplicado a una muestra de 673 sujetos de diferentes universidades españolas, obteniendo una media de 140.57 y una desviación típica de 29.77. Para fines de confiabilidad Caballo (2005) aplicó el coeficiente alfa de Cronbach, donde obtuvo una consistencia interna de 0.92 y fiabilidad test-retest de 0.92.

A continuación se enlistan los reactivos originales incluidos en la presente escala, clasificados por factor y se muestran las modificaciones que sufrieron algunos de ellos, para fines de cotejo con la escala redactada por Caballo (2005) se muestran con su numeración original:

Ítems que comprende cada factor de la EMES-M:

1. Iniciación de interacciones: 4, 23, 36, 40, 60, 63.
2. Hablar en público/enfrentarse con superiores: 20, 27, 56, 58.
3. Defensa de los derechos: 6, 30.
4. Expresión de molestia, desagrado, enfado: 14, 15, 24, 33, 34, 49, 57, 64.
5. Rechazo de peticiones, decir “no”: 3, 5, 13, 19.
6. Ítems que no están definidos en algún factor: 10.

Ítems originales y su modificación:

3. Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos, me resulta difícil decir que “no”.
 - Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos, me resulta fácil decir que “no”.
4. Evito hacer preguntas a personas que no conozco.
 - Me atrevo a hacer preguntas a personas que no conozco.
5. Soy incapaz de negarme cuando mi pareja me pide algo.

- Soy capaz de negarme cuando mi pareja o un familiar muy importante para mí me pide algo que no debo hacer.
6. Si un amigo(a) me interrumpe en medio de una importante conversación, le pido que espere hasta que haya acabado. (No se hicieron modificaciones)
10. Me aparto de mi camino para evitar problemas con otras personas.
- Me aparto de situaciones de tentación para evitar problemas con otras personas.
13. Cuando un atractivo miembro del sexo opuesto me pide algo, soy incapaz de decirle que “no”.
- Cuando un atractivo miembro del sexo opuesto me pide algo, soy capaz de decirle que “no”.
14. Cuando me siento enojado con alguien lo oculto.
- Cuando me siento enojado con alguien se lo hago saber.
15. Me reservo mis opiniones.
- Expreso mis opiniones.
19. Soy incapaz de expresar desacuerdo a mi pareja.
- Soy capaz de expresar desacuerdo a mi pareja cuando se trata de mi salud.
20. Evito hacer preguntas en clase o en el trabajo por miedo o timidez.
- Me siento con valor y confianza al hacer preguntas a mi médico respecto de mi salud.
23. Me resulta difícil hacer nuevos amigos(as).
- Me resulta fácil hacer nuevos amigos(as).
24. Si un amigo(a) traiciona mi confianza, expreso claramente mi disgusto a esa persona.
- Si un amigo(a) me induce a descuidar mi salud, le expreso claramente mi disgusto.
30. Si en un restaurante me sirven comida que no está a mí gusto, me quejo de ello al camarero. (No se hicieron modificaciones)
33. Si estoy enfadado con mis padres se lo hago saber claramente.
- Si estoy enfadado con un familiar que es importante para mí se lo hago saber claramente.
34. Expreso mi punto de vista aunque sea impopular.
- Expreso mi punto de vista aunque no les guste a los demás.
36. Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño.
- Me resulta fácil iniciar una conversación con un extraño.

40. Dudo para solicitar citas médicas por timidez.
- Me siento seguro al solicitar citas médicas.
49. Si un familiar me critica injustamente, expreso mi enojo espontánea y fácilmente. (No se hicieron modificaciones)
56. Evito pedir algo a una persona cuando ésta se trata de un superior.
- Pido favores a las personas aunque se trate de un superior.
57. Si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar. (No se hicieron modificaciones)
58. Cuando un dependiente en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí, llamo su atención al respecto.
- Cuando el centro de salud atienden a alguien a quien no corresponde su turno pido que respeten el orden en el que debemos ser atendidos.
60. Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar.
- Cuando estoy en un grupo, no tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar.
63. Soy una persona tímida.
- Soy una persona decidida.
64. Me resulta fácil mostrar mi enfado cuando alguien hace algo que me molesta. (No se hicieron modificaciones)

Procedimiento

Como se señaló antes, el programa en el que se inserta la presente investigación constó de fase de pre-evaluación, fase de intervención y fase de post-evaluación. La fase de intervención fue dividida en dos bloques, el presente estudio se insertó en el segundo de ellos. El procedimiento específico de este estudio constó de tres fases que se describen a continuación

Fase 1. Pre-evaluación: En esta fase los investigadores explicaron los objetivos de las mediciones que se llevarían a cabo, dieron las instrucciones pertinentes, solicitaron el consentimiento de los pacientes y aplicaron el instrumento descrito para evaluar habilidades sociales a cada uno de los participantes del programa, en distintas fechas, en los diversos centros de salud. La aplicación se llevó a cabo en una sola sesión y los investigadores

estuvieron presentes para resolver dudas y supervisar el llenado correcto de los instrumentos. Esta fase tuvo una duración aproximada de dos horas.

Fase 2. Intervención: En esta fase se trabajó en la modalidad de club de diabéticos, promoviendo una participación muy activa por parte de los pacientes. Así se entrenó a los participantes en el manejo de algunas técnicas asertivas; primeramente se explicó el concepto de “asertividad”, después, se emplearon las técnicas de modelamiento, juego de roles y ensayo conductual, para entrenar habilidades específicas. Los participantes exponían las problemáticas que impedían que se apegaran a la dieta recomendada por su médico, la forma en la que las enfrentaban y si fueron fructíferas o no. Posteriormente se modelaban las conductas asertivas, los pacientes voluntarios hacían ensayos y el grupo los retroalimentaba. Se asignaban tareas relativas a la práctica de las habilidades entrenadas y se comentaban en la siguiente sesión. Si había dudas o los resultados no eran los esperados, se insistía en el procedimiento. Esta fase tuvo una duración aproximada de tres sesiones de 2 horas cada una.

Fase 3. Post-evaluación: En esta fase los investigadores aplicaron nuevamente el instrumento a cada uno de los participantes del programa, del mismo modo que lo hicieron en la fase de pre-evaluación.

RESULTADOS

En un primer momento para saber si el instrumento empleado es confiable, se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach, donde se obtuvo una correlación ítem total positiva y con valor superior a 0.20, excepto en el reactivo 5 donde resultó un valor negativo e inferior a 0.20, que fue de -0.075 (ver Tabla 5), por lo cual fue suprimido de la escala para el análisis de resultados.

Tabla 5. Índice de confiabilidad por reactivo

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
hs1pre ev	75.36	188.116	.361	.861
hs2 pre ev	75.05	194.445	.206	.865
hs3pre ev	75.44	191.261	.315	.862
hs4pre ev	75.36	191.598	.353	.860
hs5pre ev	76.19	204.459	-.075	.870
hs6pre ev	75.24	191.410	.353	.860
hs7pre ev	75.22	185.609	.507	.856
hs8pre ev	75.31	191.747	.325	.861
hs9pre ev	75.30	184.543	.530	.855
hs10pre ev	75.42	193.493	.297	.862
hs11pre ev	75.06	187.679	.459	.857
hs12pre ev	75.38	183.910	.486	.856
hs13pre ev	75.57	185.001	.505	.856
hs14pre ev	75.29	184.632	.583	.854
hs15pre ev	75.20	182.890	.534	.855
hs16pre ev	75.24	188.140	.406	.859
hs17pre ev	75.43	178.648	.617	.851
hs18pre ev	75.28	184.604	.537	.855
hs19pre ev	75.23	189.945	.350	.861
hs20pre ev	75.49	179.618	.624	.851
hs21pre ev	75.27	189.069	.393	.859
hs22pre ev	75.30	186.119	.439	.858
hs23pre ev	75.38	186.192	.446	.858
hs24pre ev	75.69	185.418	.501	.856

Posterior a la eliminación del reactivo 5, que como se mencionó antes obtenía valor negativo, la confiabilidad del resto de los reactivos se muestra a continuación (ver Tabla 6), es evidente que el resto de los reactivos obtienen según el coeficiente Alfa de Cronbach, valores superiores a 0.20.

Tabla 6. Índice de confiabilidad por ítem después de eliminado el ítem no. 5.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
posths1	49.55	177.272	.206	.882
posths2	49.16	175.745	.209	.883
posths3	49.14	171.709	.361	.879
posths4	49.47	167.513	.514	.874
posths6	49.52	173.231	.284	.881
posths7	49.38	167.716	.454	.876
posths8	49.60	169.351	.470	.876
posths9	49.87	168.809	.527	.874
posths10	49.90	172.175	.446	.877
posths11	49.35	166.210	.478	.876
posths12	49.48	166.144	.549	.873
posths13	49.52	168.383	.509	.875
posths14	49.43	163.856	.577	.872
posths15	49.31	162.478	.607	.871
posths16	49.11	165.488	.503	.875
posths17	49.85	175.151	.302	.880
posths18	49.44	163.836	.633	.871
posths19	49.47	165.035	.551	.873
posths20	49.75	166.514	.583	.873
posths21	49.66	168.098	.505	.875
posths22	49.29	167.230	.463	.876
posths23	49.63	169.974	.468	.876
posths24	49.67	169.877	.423	.877

La confiabilidad final obtenida del análisis de la escala de evaluación aplicada tuvo un valor de 0.881, se deduce fiabilidad en el instrumento utilizado para evaluar las habilidades sociales en la muestra.

Debido a datos perdidos la muestra se redujo de 100 casos a 79. Cabe aclarar que la categorización de la escala es negativa, es decir, a menor puntaje obtenido en la prueba se infiere mayor habilidad social; el valor de la media obtenida antes de la intervención fue de 76.1519 y la media post-intervención fue de 52.5316 (ver Tabla 7); es importante destacar el valor obtenido en la desviación, en la etapa previa fue de 13.63920 y en la etapa posterior fue de 13.49153 (ver Tabla 7), lo que sugiere que se trató de un grupo homogéneo y que la variabilidad fue mínima.

Tabla 7. Medidas de tendencia central

Estadísticos			
		Total Pre-test	Total Post-test
N	Válidos	79	80
	Perdidos	1	0
Media		76.1519	52.4500
Mediana		77.0000	51.5000
Moda		78.00 ^a	49.00
Desv. típ.		13.63920	13.42575

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Posteriormente y con el propósito de explorar diferencias entre los puntajes obtenidos en el pre-test y los obtenidos en el post-test, se aplicó una prueba t de Student para muestras relacionadas, donde se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa $t=11.24$ ($p= 0.0001$). Tal diferencia entre los puntajes obtenidos previamente y posteriormente al entrenamiento es muy clara al observar los valores de las medias obtenidas, lo que sugiere que el entrenamiento en habilidades sociales proporcionado dentro del taller fue efectivo para esta muestra.

Con el fin de identificar las habilidades que obtuvieron mayores y menores puntajes antes de la intervención y posterior a ésta, se calculó la moda, frecuencia y porcentaje (ver Tabla 8). Se observa que el factor “iniciación de interacciones” (ítems pertenecientes a dicho factor: 2, 16 y 22) obtuvo, tanto en pre-test como en post-test, puntajes bajos; por otro lado los puntajes altos en el pre-test se obtuvieron para los factores “rechazo de peticiones” (ítem 3), “defensa de derechos” (ítem 13), “expresión de molestia, desagrado, enfado” (ítem 20), mientras que en post-test los factores fueron “hablar en público/enfrentarse con superiores” (ítem 10) y “expresión de molestia, desagrado, enfado”

(ítem 20 y 24); el ítem 20 puntuó alto tanto en pre-test como en post-test, subiendo su moda de 2 a 1, debe tomarse en cuenta que la categorización de la escala es negativa. Los puntajes aquí expuestos apoyan la diferencia estadísticamente significativa que evidenció el resultado de la prueba t de Student. Entonces bien, con base en análisis anterior se elaboró una tabla descriptiva donde se observan las habilidades sociales que tuvieron mayor y menor desarrollo en los participantes después de la aplicación del entrenamiento en habilidades sociales (ver Tabla 8).

Tabla 8. Análisis de puntajes por ítem

	Puntaje mayor			Puntaje menor		
	Reactivo	Moda*	%	Reactivo	Moda*	%
Pre-test	Soy capaz de negarme cuando mi pareja o un familiar muy importante para mí me piden algo que no debo hacer.	2	31.3	Me atrevo a hacer preguntas a personas que no conozco.	5	32.5
	Si en un restaurante me sirven comida que no está a mí gusto, me quejo de ello al camarero.	2	32.5	Me resulta fácil hacer nuevos amigos(as).	5	30.0
	Si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar.	2	28.8	Expreso mi punto de vista aunque no les guste a los demás.	5	28.8
Post-test	Me siento con valor y confianza al hacer preguntas a mi médico respecto de mi salud.	1	41.3	Me resulta fácil iniciar una conversación con un extraño.	3 y 4	25.0
	Si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar.	1	38.8	Cuando estoy en un grupo, no tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar.	1 y 3	27.5
	Me resulta fácil mostrar mi enfado cuando alguien hace algo que me molesta.	1	40.0			

*Los valores de dicha columna son los valores definidos en la escala (1=siempre, 2=seguido, 3=de vez en cuando, 4=raramente, 5=nunca)

También se aplicó la prueba t de Student para averiguar si existían diferencias significativas en los resultados de la escala de habilidades sociales antes y después de la intervención entre hombres y mujeres que conformaron la muestra de estudio, la t tuvo un valor de -.221 para el pre-test y -1.335 para el post-test, con una significancia de .512 para el pre-test y de .201 para el post-test, que demuestra no existen diferencias significativas entre el desarrollo de la habilidades sociales de hombres y mujeres después de la aplicación del entrenamiento en habilidades sociales.

DISCUSIÓN

Las enfermedades crónicas como la diabetes alteran no sólo el ámbito biomédico de la vida de quien la padece, sino que sus efectos turban la esfera psicológica (Delgado, Hidalgo & Villalobos, 2011). Enfrentar a diario las demandas de la enfermedad trasciende el cuidado clínico y demanda a la disciplina psicológica proporcionar la comprensión de las exigencias terapéuticas, educativas y sociales, que aporte estrategias para dar al paciente la oportunidad de desarrollar la capacidad para asumir con destreza y responsabilidad su cuidado diario (García, Suárez, Agramonte & Mendoza, 2011).

Es admisible decir que el diabético se enfrenta a grandes dificultades que se traducen en un día a día agobiante, el fin común de las ciencias y el prioritario en esta investigación es aportar lo necesario para mejorar la existencia humana (Stefano, et. al., 2006). La amplitud de problemas abordados sobre la perspectiva del entrenamiento de habilidades sociales es considerada por Mcfall (1982, en: Del Prette & Del Prette, 2002), como una fuente disponible para su explotación, esa amplitud refleja la potencialidad de sus aplicaciones a relevantes cuestiones sociales, como lo es el fenómeno epidémico de enfermedades crónicas como la diabetes.

Para una adaptación de la vida cotidiana a las exigencias de la enfermedad es imprescindible el apoyo familiar. Malacara (2008, en: Bocanegra, Acosta, Bocanegra & Flores, 2008) menciona que la falta de adherencia al tratamiento puede estar relacionada a diversos factores tanto psicológicos como materiales, puede ser un signo de frustración personal o social, el apoyo social que recibe es muy importante, especialmente de la familia. Lo anterior suscita la necesidad de implementar intervenciones en las cuales no sólo se tenga en cuenta el tratamiento médico, sino que se incluyan intervenciones psicológicas que indaguen y pongan en práctica modelos y estrategias para mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes.

Los fenómenos sociales y culturales urbanos globales han tenido impacto en México y han determinado cambios en el estilo de vida incluso en zonas rurales, dichos fenómenos fomentan prácticas poco saludables (alimentación insana y falta de actividad física) y hacen más probable la adquisición de enfermedades crónico-degenerativas (Olaiz-Fernández, Rojas, Aguilar, Rauda & Villalpando, 2007), en ello radica la importancia de contar con

habilidades para comportarse de forma alternativa sin separarse de los círculos sociales y romper con las tradiciones culturales.

Con base en dicha necesidad la presente investigación tuvo como propósito evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales perteneciente al “Taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos tipo II”. Se evaluó la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales comparando las mediciones post-test respecto a las evaluaciones pre-test. Los resultados arrojaron una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes obtenidos en el pre-test y los obtenidos en el pos-test, diferencia que sugiere que los participantes de este estudio desarrollaron habilidades sociales como efecto del entrenamiento impartido, tales como: aprender a decir que “no”, solicitar apoyo social, asertividad y resolución de problemas de relación interpersonal. Podemos pensar que las estrategias utilizadas para entrenar las habilidades asertivas mencionadas antes, en la modalidad de “Club de diabetes”, fueron eficaces y lograron su propósito. Los participantes reportaron el uso de habilidades asertivas relacionadas con la adherencia a la dieta, como efecto de la intervención.

Lo encontrado en este estudio apoya lo señalado por otros reportes acerca de la eficacia de las intervenciones psicológicas en el tratamiento integral de los pacientes diabéticos, Pantoja, Domínguez, Moncada, Reguera, Pérez y Mandujano (2011) aplicaron un programa de educación diabetológica, con base en estrategias de autocontrol y solución de problemas para lograr la mejora en los hábitos alimenticios, obtuvieron resultados que impactaron en la disminución de índices glucémicos, disminución de peso y mejora en el consumo de alimentos saludables; sin embargo, durante el mes de diciembre que abarcó el programa que aplicaron hubo únicamente mantenimiento y en algunos casos leve aumento de índices glucémicos y peso con respecto a meses anteriores, los autores infieren que probablemente dicho fenómeno se asocie a la influencia de costumbres alimenticias en las fiestas propias de ese mes. Comentan que de haber proporcionado un entrenamiento en habilidades sociales más completo, en el que se incluyera aprender a decir que “no” y asertividad, la “tentación” en ese mes, hubiera sido manejada de modo que no afectara la adherencia al tratamiento de los diabéticos.

La presente investigación sustenta la importancia de un modelo integral en el tratamiento de la enfermedad, tal es el caso del Modelo Psicológico de Salud Biológica

expuesto por Ribes (1990), que nos dota de un marco conceptual apropiado para la intervención en el área de la salud que incorpora los elementos concernientes a la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad, dando lugar e importancia a la intervención multidisciplinaria.

Se hace evidente la importancia de estudios sustentados en modelos teóricos sólidos que expliquen la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad, ya que ello nos permite comprender que el establecimiento de competencias específicas para el paciente a través de la alteración de conductas instrumentales de riesgo y preventivas, es la base para atender la enfermedad. El entrenar dichas competencias tiene como fin que el paciente logre manejar las situaciones de riesgo y que cuente con comportamientos asertivos que le permitan relacionarse de forma alternativa con las personas que sean importantes en su forma de comer, ya que de no existir dichas competencias se afectaría la adherencia al tratamiento (Rodríguez & García, 2011).

En general, el desarrollo y posesión de competencia social (teniendo en cuenta las prácticas culturales, en donde comer y beber alcohol establecen y reafirman vínculos familiares y de amistad), forman parte de competencias generales en el cuidado de la salud y la posesión de dichas competencias idealmente debe traducirse en conductas instrumentales preventivas, como pueden ser: identificar situaciones sociales de riesgo para la salud, solicitar apoyo social, rechazar ofertas de alimentos y bebidas poco saludables, agradecer el apoyo social; entre otras.

Con base en los resultados obtenidos en esta investigación se demuestra la viable aplicación del Modelo Psicológico de Salud Biológica en el área de la salud y específicamente en el tratamiento de enfermedades crónicas como lo es la diabetes mellitus tipo II. De acuerdo con Rodríguez y García (2011), se demuestra la conveniencia y aplicabilidad del modelo en el cual tuvo base el presente reporte. Por supuesto, el propio modelo indica la necesidad de implementar otras habilidades además de las que componen la competencia social; sin embargo, y dado que el estudio que aquí se presentó, forma parte de una línea de investigación mayor, resulta básico evaluar la efectividad de las estrategias implementadas para el establecimiento de habilidades sociales.

Es importante también considerar las limitaciones de este estudio, una de ellas fue la muerte experimental, se prescindió de muchos casos porque los pacientes dejaban de asistir

al taller y evidentemente no completaban la intervención ni las medidas del pos-test. Otra fue que no existió seguimiento de los pacientes diabéticos que participaron en el taller, después de finalizado éste, esto tiene que ver, en general, con la poca cultura de cuidado de salud que existe en nuestro país y con la falta de apoyo institucional para la realización de seguimientos. No se puede dejar de mencionar que en el estudio se empleó una medida de autoinforme, con todos los problemas que ello implica; sin embargo, también hay que decir que es la medida más utilizada por su facilidad de aplicación y el amplio repertorio de conductas que pueden medirse. Por otro lado, puede percibirse como limitante el tipo de muestra, que fue intencional voluntaria y que no permite generalizar los resultados encontrados.

En un segundo momento y con una muestra mayor, se tiene pensado correlacionar resultados de entrenamiento en habilidades sociales con resultados de adherencia al tratamiento.

A la luz de estos datos, sería necesario incluir en los programas de educación diabetológica, conocimiento y habilidades para que los pacientes pudiesen manejar sus reacciones conductuales y su entorno, para disponer de los recursos sociales pertinentes para su adaptación a la enfermedad crónica y mejorar la calidad de vida, puesto que el sistema familiar y social en general juegan un papel relevante en la aceptación del padecimiento, curso clínico del mismo, uso de las facilidades clínicas y adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES

Es evidente que el cambio en la vida del diabético impacta en las relaciones interpersonales y que gracias a la guía del Modelo psicológico de la salud biológica presente en esta investigación, se deduce, que el puente que vincula eficientemente las dificultades experimentadas por los pacientes con diabetes con una vida saludable y socialmente equilibrada, es decir, con un aprovechamiento pleno del apoyo social (principalmente el familiar), es a través del entrenamiento de las habilidades sociales; del desarrollo de la capacidad instrumental del individuo, bajo la premisa del Modelo de Salud de Ribes, que de forma implícita sugiere que, a mayor capacidad de los individuos para relacionarse con su medio, mayor probabilidad de tener salud.

Los psicólogos necesitamos concebir el apoyo social como un recurso importante para la prevención y tratamiento de enfermedades. Encontrar formas para aumentar la efectividad en el apoyo existente o potencial brindado por la familia y los amigos, actualmente el campo de investigación de la psicología clínica, se encuentra en vías de encontrar estrategias idóneas y viables para cumplir con la demanda social, como se halló en la presente investigación, los resultados obtenidos demostraron que el programa de entrenamiento de habilidades sociales propuesto por el “Taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo II”, es un programa eficiente y bien estructurado.

Específicamente los pacientes que participaron en este estudio desarrollaron habilidades sociales como efecto del entrenamiento impartido, capacidades instrumentales pertenecientes a dimensiones como: decir que “no”, solicitar apoyo social, asertividad y resolución de problemas, lo cual reportaron los pacientes dentro de la modalidad “Club de diabetes”, que tuvo repercusiones favorables en su calidad de vida, es decir, lograron vínculos más estrechos con sus familiares, y en cuanto a que éstos, según los participantes fueron más empáticos con la situación que como enfermo crónico debían enfrentar, y ello les proporcionó a los diabéticos un mayor y mejor apoyo; sin embargo, se sugiere a investigaciones futuras un estudio más profundo del impacto del entrenamiento de las habilidades sociales en la adherencia a la dieta, que dará una visión clara de los alcances de intervenciones similares a la presente.

Esta investigación ayuda a comprender que el establecimiento de competencias específicas para el paciente a través de la modificación de conductas instrumentales de riesgo y preventivas, es un factor importante para atender al paciente diabético desde la psicología, dotándole de las herramientas necesarias para vivir con la enfermedad, dentro de un programa completo como lo fue el taller antes mencionado.

Se concluye que para asumir la responsabilidad de su bienestar físico, psicológico y social es necesario que las intervenciones dirigidas a personas con enfermedades crónicas como la diabetes sean multidisciplinarias, en donde la intervención psicológica contemple el entrenamiento de habilidades sociales y tenga sustento teórico sólido como el proporcionado por el Modelo psicológico de salud biológica.

BIBLIOGRAFÍA

- Alpizar, S. M. (2001). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: El Manual Moderno.
- American Diabetes Association (2004). Diabetes tipo 1. *Diabetes de la A a la Z*. Barcelona: Paidós. Pp. 91-94.
- Arribas, C. J. & Vallina, A. E. (2007). Metabolismo: Diabetes. *Endocrinología médica y metabolismo: Temas de patología médica*. España: Ediuono. Pp. 227-342.
- Ashton, J. y Seymour, H. (1990) *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson.
- Bimbela, P. J. y Gorrotxategi, L. M. (2001). *Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente: El caso de la diabetes*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Bocanegra, A., Acosta, R., Bocanegra, V. y Flores, G. (2008). *Diabetes: Temas relevantes y trabajos de investigación*. México: Plaza y Valdez
- Brito, C. G., Aguilar, S. C., Rull, R. J. y Gómez, P. F. (2004). Importancia de la alimentación en la diabetes. Participación de la familia. *Alimentación en la diabetes*. México: Mc Graw Hill.
- Caballo, V. E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología* (13), 52-62.
- Caballo, V. E. (1993a). Relación entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Revista de psicología conductual*. 1 (1), 73-99.
- Caballo, V. E. (1993b). La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: propiedades psicométricas de una medida de auto-informe, la EMES-M. *Revista de psicología conductual*. 1 (2), 221-231.
- Caballo, V. E. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

- Campbell, D. y Stanley, J. (2001). *Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortu editores.
- Carrasco, I., Clemente, M. y Llanova, L. (1989). Análisis del inventario de aserción de Grambrill y Richey. *Estudios de Psicología*, (37), 63-74.
- Castro, S. A. (2007). La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en salud*; 10 (1). Recuperado el 28/05/2011 en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14290105>
- Castro, S. A. (2008). *Diabetes y política de salud: la experiencia de los actores sociales implicados*. Universidad Autónoma de Nuevo León. México: Plaza y Valdez.
- Chiasson, J. L. (2005). Generalidades sobre la diabetes. *Convivir con la diabetes: todo lo que necesita saber para hacerse cargo de su salud y vivir mejor*. México: Pax.
- Delgado, L., Hidalgo, G. y Villalobos, F. (2011). Efectos de un programa cognitivo comportamental sobre los niveles de estrés y glucemia en pacientes con DM T II. *Revista Universidad y Salud*, (2), 14, 31-42.
- Del Prette, Z. A. P. y Del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. México: Manual Moderno.
- Gallar, M. (2002). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. España: Thomson Paraninfo.
- Gallego, V. O. (2009). Diseño y pilotaje de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para estudiantes de psicología en una universidad privada de Bogotá. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 3 (2). Recuperado el 23/02/2012 en: http://www.usbbog.edu.co/Nuestra_Universidad/Publicaciones/Psychologia/Volumen3N2_2009/Diseno.pdf
- García, E. (1997). Tercera edad: grupos y programas de apoyo. *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

- Gil, F., León, R. J. y Jarana, E. L. (1995). Conceptos, supuestos y modelo explicativo de las habilidades sociales. *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Biblioteca Eudema.
- García, G. R., Suárez, P. R., Agramonte, M. A. y Mendoza, T. M. (2011). El proceso educativo en la etapa prediabética. *Rev. Cubana Endocrinol*, 22 (1). Recuperado el 24/05/2012 en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol22_1_11/end050111.htm
- Gentil, M. C. y Laá, V. V. (2000). ¿Qué son las habilidades sociales? *La astucia social*. Madrid: Alianza.
- González, C. P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 3, 2 (5). Recuperado el 24/05/2012 en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2012). Comunicación personal.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2012). Comunicación personal.
- Islas, A. S. y Revilla, M. C. (2005). Educación del paciente con diabetes mellitus. *Diabetes Mellitus*. México: Mc Graw Hill.
- Kilo, C. (2005). La verdad sin rodeos. *Controle su diabetes*. México: Editorial Limusa.
- Lozada, F., Lezama, Y., Arias, F., Chacín, L., Contreras, F., Celis, S., Medina, C. y Hernández, A. (2001). Función sexual de las mujeres con diabetes mellitus tipo 2: Unidad de diabetes del Hospital Vargas de Caracas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 24 (2). Recuperado el 27/05/2012 en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07980469200100020008&lng=es&nrm=iso
- Martínez, M. B. y Torres, V. L. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y Salud*, 17 (002). Recuperado el 20/05/2012 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29117207.pdf>

- Méndez, F. y Meléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 10 (2). Recuperado el 24/10/2012 en: http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/09-10_2.pdf
- Olaiz-Fernández, G., Rojas, R., Aguilar-Salinas, C., Rauda, J. y Villalpando, S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Pública de México*, 49 (3), 331-337.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 14/08/2011 en: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>
- Panduro, C. A. y Villaseñor, B. S. (2001). La diabetes mellitus tipo 2: una aproximación inter y multidisciplinaria. *Investigación en salud*; 3. Recuperado el 16/03/2011 en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14239901&iCveNum=5544>
- Pantoja, C., Domínguez, M., Moncada, E., Reguera, M., Pérez, M. y Mandujano, M. (2011). Programa de entrenamiento en habilidades de autocontrol alimenticio en personas diabéticas e hipertensas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (1) 98-115.
- Portillo, L., Romero, M. y Román, J. (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista latinoamericana de psicología*, 23 (02), 199-205.
- Quesada, V. A. (2002). Trastornos del funcionamiento sexual en pacientes diabéticos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18 (4). Recuperado el 27/05/2012 en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000400005
- Ribes, I. E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Robles, L. (1999). ¿Cómo explicar el sufrimiento de las personas a causa de la enfermedad? Tres posibilidades a partir de la experiencia del padecimiento. Universidad de Guadalajara. *Investigación en salud*, 1 (3), 205-212.

- Rodríguez, M. L. y García, J. C. (2011). El Modelo Psicológico de la Salud y la diabetes. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14 (2). Recuperado el 05/06/2013 en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num2/Vol14No2Art12.pdf>
- Secretaria de Salud (2012). Comunicación Personal.
- Shelton, N. y Burton, S. (2004). ¿Qué es la asertividad y porqué es importante? *Asertividad: Haga oír su voz sin gritar*. Madrid: FC.
- Siqueira, P., Franco, L. y Santos, M. (2008). Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latino-americana de Enfermagen*, 16 (1). Recuperado el 27/05/2012 en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000100016&script=sci_arttext&tIng=es
- Surwit, R. (2002). Diabetes tipo 2 y estrés. *Diabetes Voice*, 47 (4). Recuperado el 05/11/2012 en: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_108_es.pdf
- Stefano, V., Hamilton, S., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I., Contreras, F. y Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13 (1), 15-31.
- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana. Sexta edición.
- Tébar, F. J. y Escobar, J. F. (2009). *La diabetes mellitus en la práctica clínica*. México: Panamericana.
- Vázquez, C. J. y Panduro, C. A. (2001) Diabetes mellitus tipo 2: un problema epidemiológico y de emergencia en México. *Investigación en salud*; 3. Recuperado el 29/03/2011 en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14239904&iCveNum=5544>
- Villalobos, P. A., Quirós, M. D., León, S. G. y Brenes, S. J. (2007). Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de

pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: Un estudio psicométrico. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*; 3 (1). Recuperado el 29/03/2011 en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67930102&iCveNum=72>

24

Anexo I

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre: _____

Edad: _____

Taller impartido en: _____

Los siguientes enunciados han sido diseñados para proporcionar información sobre la forma como actúas normalmente. Por favor, contesta lo más acercado a la realidad.

Instrucciones: marca con una "X" la casilla que responde a cada enunciado según lo que acostumbras hacer cuando alguna situación como la que se indica se te presenta. A continuación se presenta un ejemplo: de todas las ocasiones en las que me invitan a comer o beber algo que está fuera de mi dieta y sé que me hace daño, me niego a la invitación la mitad de esas ocasiones; entonces debo marcar la casilla que indica "DE VEZ EN CUANDO".

Enunciado	Siempre	Seguido	De vez en cuando	Raramente	Nunca
Si me invitan a beber o comer algo que daña mi salud, soy capaz de negarme y mantenerme firme.			X		

Enunciado	Siempre	Seguido	De vez en cuando	Raramente	Nunca
1. Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos, me resulta fácil decir que "no".					
2. Me atrevo a hacer preguntas a personas que no conozco.					
3. Soy capaz de negarme cuando mi pareja o un familiar muy importante para mí me piden algo que no debo hacer.					
4. Si un amigo(a) me interrumpe en medio de una importante conversación, le pido que espere hasta que haya acabado.					
5. Me aparto de situaciones de tentación para evitar problemas con otras personas.					
6. Cuando un atractivo miembro del sexo opuesto me pide algo, soy capaz de decirle que "no".					
7. Cuando me siento enojado con alguien se lo hago saber.					
8. Expreso mis opiniones.					

9. Soy capaz de expresar desacuerdo a mi pareja cuando se trata de mi salud.					
10. Me siento con valor y confianza al hacer preguntas a mi médico respecto de mi salud.					
11. Me resulta fácil hacer nuevos amigos(as).					
12. Si un amigo(a) me induce a descuidar mi salud, le expreso claramente mi disgusto.					
13. Si en un restaurante me sirven comida que no está a mí gusto, me quejo de ello al camarero.					
14. Si estoy enfadado con un familiar que es importante para mí se lo hago saber claramente.					
15. Expreso mi punto de vista aunque no les guste a los demás.					
16. Me resulta fácil iniciar una conversación con un extraño.					
17. Me siento seguro al solicitar citas médicas.					
18. Si un familiar me critica injustamente, expreso mi enojo espontánea y fácilmente.					
19. Pido favores a las personas aunque se trate de un superior.					
20. Si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar.					
21. Cuando el centro de salud atienden a alguien a quien no corresponde su turno pido que respeten el orden en el que debemos ser atendidos.					
22. Cuando estoy en un grupo, no tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar.					
23. Soy una persona decidida.					
24. Me resulta fácil mostrar mi enfado cuando alguien hace algo que me molesta.					