



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN TALLER DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA PARA FOMENTAR ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
FREDY SANTANA CAUDILLO**

**DIRECTOR DE LA TESINA:
MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ**

COMITÉ DE TESIS:

**MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ
MTRA. LILIA JOYA LAUREANO
MTRA. MARIA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ**



Ciudad Universitaria, D.F.

Enero, 2015.



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.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de culminar esta etapa profesional.

A mi profesor y amigo Mtro. Jorge Álvarez Martínez su voz incesante que me motivo a culminar este proyecto.

Lic. Juan Manuel Gálvez gracias por todo tu apoyo y paciencia.

A la Dirección de Educación Continua por ser el vehículo que me llevo hasta aquí

A mis revisores que me dieron mucho de ellos para pulir este trabajo

A todos y cada uno de mis maestros que forman parte de mi preparaci^onacademica

DEDICATORIA

A mi Padre por ser ejemplo de vida,

mi apoyo incondicional y mi fiel amigo

A mi madre por sus consejos,

a veces duros pero siempre tiene la razón

A mi hermana por su honestidad ante todo,

su madurez y su tranquilidad

A mi amiga Nidia y Mitzu por todas esas palabras de aliento

las risas y las platicas en el departamento, son una bendición.

A dios por darme la vida, la salud y sus bendiciones, siempre ha estado conmigo.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
CAPITULO I: Diabetes Mellitus	4
1.1 La diabetes a través de los tiempos	4
1.2 Diabetes Mellitus	6
1.3 Clasificación de la Diabetes Mellitus	7
1.3.1 Diabetes mellitus tipo 1	7
1.3.2 Diabetes mellitus tipo 2	7
1.3.3 Otros tipos específicos	9
1.3.4 Diabetes Mellitus Gestacional	9
1.4 Diferencias entre la DM tipo 1 y la DM tipo 2	10
1.5 Causas que originan la Diabetes	11
1.6 Criterios para diagnosticar Diabetes Mellitus	12
1.6.1 Hemoglobina Glucosilada	13
1.7 Tratamiento de la Diabetes Mellitus	14
1.7.1 Tratamiento no medico	15
1.7.1.1 Dieta	15
1.7.1.2 Ejercicio o actividad física	16
1.7.1.3 Abandono de hábitos nocivos	16
1.7.2 Tratamiento médico farmacológico	16
1.7.3 Autocontrol	18
1.7.3.1 Prueba visual	19
1.7.3.2 Prueba con el medidor (Glucómetro)	20
1.8 Complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus	21
1.8.1 Complicaciones agudas	21
1.8.1.1 La cetoacidosis diabética	21
1.8.1.2 Coma hiperosmolar	22
1.8.1.3 Hipoglucemia	22

1.8.2 Complicaciones crónicas	22
1.9 Tendencia de la Diabetes Mellitus	23
CAPITULO II: Adherencia Terapéutica	25
2.1 Definición	25
2.2 Etapas del duelo de Kübler-Ross	26
2.2.1 Negación y aislamiento	26
2.2.2 Rabia o ira	27
2.2.3 Negociación	27
2.2.4 Depresión	27
2.2.5 Aceptación y reorganización	27
2.3 Factores que intervienen en la no adherencia	29
2.3.1 Características del paciente	30
2.3.2 Características del tratamiento	30
2.3.3 Características de la enfermedad	32
2.3.4 Características de la relación médico-paciente	32
2.4 Consecuencias de la no adherencia	33
2.5 Diferentes formas para medir la adherencia terapéutica	34
CAPITULO III: Terapia cognitivo-conductual	37
3.1 Definición	37
3.2 Modelo cognitivo-conductual	38
3.3 Intervención conductual en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	39
3.4 Estrategias de intervención	41
3.4.1 Relajación	41
3.4.2 Imaginación guiada	42
3.4.3 Entrenamiento asertivo	42
3.4.4 Restructuración cognitiva	43
3.4.5 Solución de problemas	44
3.4.6 Inoculación del estrés	45
3.4.7 Intervención en crisis	46

CAPITULO IV: Taller de intervención psicológica para fomentar adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2	48
4.1 Justificación	48
4.2 Objetivo general	49
4.2.1 Objetivos particulares	49
4.3 Participantes	50
4.4 Duración	50
4.5 Equipo multidisciplinario	50
4.6 Materiales	51
4.7 Carta descriptiva	52
4.7.1 Sesión 1	52
4.7.2 Sesión 2	56
4.7.3 Sesión 3	59
4.7.4 Sesión 4	62
4.7.5 Sesión 5	65
Alcances y Limitaciones	67
Referencias	70

Resumen

La presente investigación documental esta enfocada a realizar una revisión teórica de la diabetes mellitus tipo 2 en los que se analizan antecedentes históricos, definición de conceptos, la clasificación, los criterios de diagnostico, las alternativas de tratamiento, las medidas de control, las complicaciones de la enfermedad, así como un análisis de la tendencia del padecimiento a nivel nacional e internacional.

La falta de un compromiso a seguir las indicaciones medicas y psicológicas repercute directamente en la calidad de vida que el paciente presenta a partir de que se sabe con el padecimiento.

Por este motivo surge la necesidad de implementar un taller de intervención psicológica en donde el paciente conozca que es la adherencia terapéutica y la importancia que tiene en el tratamiento transdisciplinario de la diabetes mellitus tipo 2 que sin duda alguna será de beneficio para el buen manejo de su padecimiento durante los próximos años de vida.

Abstract

This documentary research is focused to make a theoretical review of diabetes mellitus type 2 in which analyzes historical background, definition of concepts, classification, criteria for diagnosis, treatment alternatives, control measures, complications of the disease as well as an analysis of the trend of the disease at national and international level.

The lack of a commitment to follow the medical and psychological indications directly affects the quality of life that the patient has a known from the condition.

For this reason there is a need to implement a psychological intervention workshop where the patient is known to adherence and the importance of the transdisciplinary treatment of type 2 diabetes mellitus will undoubtedly be of benefit to the good management of his condition in the coming years.

INTRODUCCIÓN

Para muchas personas sentirse enfermo es sinónimo de malestar y de no rendir bien en las actividades diarias durante el día. Un resfriado, un dolor de garganta, una comezón que inicia por una parte del cuerpo en específico el antebrazo, la muñeca, o el lado derecho de la cara y termina avanzando paulatinamente hacia otros lugares mas, son manifestaciones fisiológicas que el mismo organismo comunica cuando algo no se encuentra bien. La mayoría de las personas le damos un mínimo de importancia a estas situaciones pensando que al día siguiente desaparecerán las molestias, tomamos algún medicamento que en ocasiones anteriores nos ayudo a aliviar ese malestar o bien recurrimos a un remedio casero que nos han dicho que es buenísimo para eso y que además de todo recordamos que la abuela acostumbraba hacerlo cuando se sentía mal. Pero, ¿que pasa cuando la molestia persiste y nos damos cuenta que va en aumento?, la situación toma interés para cada uno de nosotros y decidimos hacer algo para remediarla.

“Diabetes mellitus” es una palabra con la que hoy en día nos topamos de manera frecuente en medios de comunicación masiva a nivel nacional, en anuncios dentro de medios de transporte, en la etiqueta de un sinnfín de sustitutos alimenticios donde anuncia que es apto para el consumo de personas que viven con este padecimiento y en hospitales plasmados en un cartel anunciando factores de riesgo y campañas de prevención. Cabe mencionar que todo esto tiene una razón medular y es debido a las estadísticas.

La diabetes mellitus continúa ascendiendo en todo el mundo. En el año 1985 se estimaba en 30 millones el numero de personas que la padecían; para 1995 esta cifra ascendió a 135 millones; para el año 2000 ya eran 171 millones y, para el año 2013 son ya 382 millones aproximadamente.

Hoy en día en muchos países es la principal causa de hospitalizaciones debido a las complicaciones propias de la enfermedad y en muchos de los casos estos

ingresos se presentan debido a una deficiente atención de sus síntomas por parte del paciente.

En nuestra sociedad muchas personas viven con el padecimiento y lo desconocen y lo más alarmante de todo es que no existe una educación en diabetes como tal, por esta razón surge la necesidad de plantear alternativas de tratamiento y apoyo psicológico a las personas que viven día a día con la enfermedad.

El objetivo de esta tesina consiste en implementar un taller de intervención psicológica para fomentar la adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2.

El capítulo I esta dedicado a la diabetes mellitus, se analizan los antecedentes históricos, la definición y clasificación, se hace una diferenciación entre la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, además, se mencionan los factores de riesgo, los criterios de diagnóstico, las formas de tratamiento y las herramientas para su monitoreo y control, las complicaciones que se presentan y por ultimo se analiza la tendencia de la enfermedad.

Para el capítulo II se describe el concepto de adherencia terapéutica, se hace un apartado particular para mencionar las etapas del proceso de duelo de Kübler-Ross, también se analizan cuales son aquellos factores que intervienen en la no adherencia y las consecuencias de la misma y para finalizar se describen diferentes formas para medir la adherencia terapéutica.

El capítulo III se revisa la terapia cognitivo-conductual. Analizando la definición del modelo cognitivo-conductual, se describe como es el proceso de intervención conductual en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las diferentes estrategias de intervención.

En el capítulo IV se hace el desarrollo de la propuesta de esta tesina, el objetivo principal de este taller es lograr que las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 se adhieran a su tratamiento o en su caso refuercen la idea de continuar apegados al mismo, todo esto sustentado con el apoyo de técnicas cognitivo- conductuales.

Capitulo I. DIABETES MELLITUS

La diabetes a través de los tiempos

Se tiene registro que la primera mención de la enfermedad se encuentra en el papiro de Ebers (1550 A.C.). El término "Diabetes" se atribuye a Demetrius de Apamaia (Siglo II A.C.). La palabra deriva del griego "diabeinen" que significa "pasar a través de". Fue Areteo de Capadocia quien realizó la primera descripción exhaustiva de los síntomas donde menciona: "misteriosa, rara enfermedad en humanos en la cual las carnes se funden por la orina, los pacientes no paran de beber, su vida es corta y dolorosa, padecen náuseas, inquietud y sed ardiente y no tardan mucho en expirar".

Por su parte Galeno consideraba a la diabetes como una enfermedad renal, idea que generalmente perduró hasta hace pocos centenares de años.

Avicena quien fue un médico árabe en los años 980 a 1037 menciona alguna de las complicaciones como la gangrena, Abs Al-latíf Al-Bagdadi publicó un auténtico tratado de terapéutica, recogiendo entre otras recomendaciones de Rhazes (850-930) enfocadas a la necesidad de ejercicios físicos. Paracelso en los años 1493 a 1541 destacó el carácter sistémico de la enfermedad e inició el estudio de la química de la orina de los diabéticos.

Fue hasta 1674 que Thomas Willis describió a la orina: "es como si estuviera impregnada de miel o de azúcar", cabe señalar que esta propiedad la descubrió usando su paladar. Químicamente quien comprobó que la orina contenía azúcar fue Dobson en 1776; este descubrimiento dio pie a plantear el tratamiento dietético de la enfermedad con carácter científico.

Claude Bernard en 1859 fue el primero en determinar la glucosa en sangre, en su famoso escrito *piquîre diabétique* demostró la conexión entre el Sistema Nervioso Central y la Diabetes. En 1869 Paul Langerhans (1847-1888) descubrió los islotes pancreáticos que posteriormente recibieron su nombre.

En 1889, Minkowsky logró inducir la diabetes experimental en perros mediante la pancreatectomía total. Con este experimento demostraba que el páncreas era capaz de producir una sustancia cuya carencia era responsable de la diabetes.

Frederik Madison Allen y Elliot P. Joslin en 1910 surgieron como dos especialistas importantes en el estudio de la diabetes en los Estados Unidos. En 1913 Allen publico un libro titulado “Estudios concernientes a la glucosuria y diabetes”, en aquellos tiempos este libro revolucionaria la forma en la que se le daba tratamiento a la diabetes.

La insulina inicialmente recibió el nombre de “isletina” una vez que pudo ser descubierta y aislada en 1921 por Frederick Banting (1891-1941) y Charles Best (1899-1978) en Toronto y fue en 1922 que comenzó a utilizarse para su aplicación en humanos (Figuerola y Reynals, 2000).

En 1922 el canadiense Leonard Thompson, un adolescente de 14 años, fue el primer humano que recibió tratamiento con insulina teniendo un resultado exitoso. En ese mismo año la universidad de Toronto y Eli Lilly firmaron un acuerdo para la producción en masa de insulina en Norte America.

Para el año de 1950 los medicamentos orales entraron al mercado con el propósito de disminuir los niveles de glucosa en sangre.

Fue en 1959 cuando se describen dos tipos de diabetes: el tipo 1 llamada en aquel tiempo insulino-dependiente y el tipo 2 denominada no-insulinodependiente.

Posteriormente en 1970 llegaron al mercado los medidores de glucosa portátiles y las bombas de insulina. En 1990 surgieron los diferentes tipos de insulina que se utilizan para el control de la enfermedad. En 1997 las tiazolidinedionas se presentaron como una nueva clase de medicamentos que ayudan a la insulina a trabajar mejor en los músculos y los tejidos adiposos.

Poco a poco es como continúan las investigaciones y los avances médicos para mejorar el manejo y tratamiento de la diabetes, ayudando a quien la padece para vivir con la enfermedad de una forma sana.

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad de curso crónico degenerativo, manifestada por un trastorno del metabolismo de las proteínas, lípidos y carbohidratos, donde el organismo se muestra incapaz de transformar la glucosa en energía útil debido a una alteración en la producción de insulina de las células del páncreas. Lo que resulta en una anormal elevación de la glucosa en sangre (GS) o hiperglucemia (Zimmerman, 1998).

La insulina es una hormona producida por las células beta del páncreas, su función, entre otras, es ser la “llave” que permita que la glucosa que circula en el torrente sanguíneo “entre” y sea absorbida por las células de los músculos, tejido adiposo e hígado. Manteniendo así niveles óptimos de glucosa en la sangre (Polaino y Lorente A. 1990)

La glucosa es la principal fuente de energía de las células; gracias a ella el cuerpo puede realizar funciones como pensar, caminar, respirar, dormir, etc. El origen de esta glucosa proviene de los alimentos que ingerimos diariamente e ingresa a la sangre mediante la digestión.

Los niveles de GS normales son de 70 a 100 mg/dl en ayunas, o 70 a 125 dos horas después de haber ingerido algún alimento. El diagnóstico de DM se realiza cuando se encuentran niveles de GS mayores a 140 mg/dl o más de 200 mg/dl en una lectura casual. Ahora bien para establecer este diagnóstico se necesita confirmar estas cifras con otros estudios y detectar en la persona la manifestación de los síntomas característicos de la DM:

- Polidipsia: Aumento en la necesidad de sed.
- Polifagia: Incremento del apetito.
- Poliuria: Aumento en el número de micciones durante el día.

Clasificación de la Diabetes Mellitus

Con el objetivo de diagnosticar y dar tratamiento a la DM la Secretaria de Salud (2004) utiliza la clasificación descrita en la Norma Oficial Mexicana NOM 015SSA2 1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, que clasifica los diferentes tipos de DM :

A) Diabetes mellitus tipo 1: Su origen proviene de procesos genéticos y autoinmunes que finalizan en la destrucción de las células beta del páncreas. Por tal motivo las personas con DM tipo 1 tienen una deficiencia absoluta de insulina (The expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus; ECDCDM, 1997), es decir no existe insulina circulante, por lo que se requiere la aplicación de dosis variables de esta hormona a lo largo del día con el propósito de reducir los niveles de GS, por esta razón es que anteriormente solía llamársele “DM insulino dependiente” o “Diabetes Juvenil”. Hace algunos años se creía que este tipo de DM afectaba solo a jóvenes, pero hoy se sabe que ataca con mayor frecuencia a niños y adultos. Suele aparecer antes de los 30 años en el rango de edad de 10 a 14 años y su inicio por lo general es brusco y severo.(Rivera A., 2001). Los síntomas que en este tipo de Diabetes se pueden presentar sin ninguna causa que los explique son:

- Polifagia,
- Polidipsia,
- Poliuria,
- Adelgazamiento,
- Fatiga.

B) Diabetes mellitus tipo 2: Antes denominada DM no dependiente de insulina o diabetes del adulto, es la forma de DM de mayor prevalencia en nuestro país, la padecen entre el 98 a 99 % de los pacientes con diabetes (Condit & Deakins, 1993). Aproximadamente, de 80 a 90 % de las personas que la desarrollan están por encima de su peso ideal cuando reciben la noticia de este padecimiento. Se presenta debido a la combinación de dos alteraciones:

la resistencia a la insulina y la disminución en la producción de la misma. Los mecanismos por los cuales se presenta esta resistencia a la insulina son muy variados. En la mayor parte se deben a una combinación de factores genéticos asociados con factores de estilo de vida como obesidad y hábitos dietéticos inapropiados. Se han identificado varios factores de riesgo asociados a la DM tipo 2; el sedentarismo y el sobrepeso son factores desencadenantes de este padecimiento pero al mismo tiempo son susceptibles de ser modificados. Otros factores de riesgo son: el envejecimiento, historia familiar de DM, historia de DM gestacional, intolerancia a la glucosa y origen racial/ étnico. Los afroamericanos, los hispanolatino americanos, los indios pima americanos y algunos americanos de origen asiático e isleños del pacífico tienen una alta predisposición a desarrollar DM tipo 2. (Durán, Bravo, Hernandez, y Becerra, 1997).

Lo más usual es que este tipo de DM inicie cuando el paciente pasa de los 40 años y presenta sobrepeso (SSA, 1995). Se ha encontrado que el nivel de GS puede ser controlado en muchos casos de DM tipo 2 simplemente con el regreso del sujeto a un índice de masa corporal (IMC) cercano a 25. La cifra de IMC de 25 es el límite entre el peso normal y el sobrepeso. En este tipo de diabetes no se requiere de inyecciones de insulina para controlar los niveles elevados de GS (Hiperglucemia) debido a que el páncreas aún la produce. En algunos casos a los pacientes con DM tipo 2 se les inyecta insulina debido a que sus cifras de glucosa no están controladas como consecuencia de factores como estrés, depresión y/o ansiedad, alimentación o falta de ejercicio.

El paciente con DM tipo 2 presenta síntomas parecidos a los de la DM tipo 1 tales como:

- Polidipsia
- Polifagia
- Poliuria

Pero además también presenta:

- Vista borrosa
- Cansancio
- Infecciones frecuentes
- Adormecimiento de manos y pies
- Cortaduras o heridas que tardan en sanar
- Impotencia (Problemas sexuales).

C) Otros tipos específicos:

Otros tipos de diabetes resultan como consecuencia de síndromes genéticos específicos (síndrome de Dawn, Klinefelter o Turner), endocrinológico (enfermedad de Cushing, Acromegalia, Hipertiroidismo, etc.), mediados inmunológicamente (Stiffman, por ejemplo), o inducidos quirúrgicamente, por drogas, malnutrición, infecciones y otras enfermedades (ECDCM, 1997). Se calcula que estos tipos de DM forman entre el 1% y 2% de todos los casos diagnosticados de diabetes.

D) Diabetes Mellitus Gestacional: Su inicio se presenta durante el embarazo debido a una intolerancia a los carbohidratos. Se desarrolla entre un 2% a un 5% de todos los embarazos. La DM Gestacional se presenta con mayor frecuencia en afroamericanas, latinoamericanas, indias americanas y las mujeres con historia familiar de diabetes. Generalmente ésta condición desaparece con el nacimiento, pero se debe continuar alerta ya que las mujeres que han presentado este padecimiento tienen un riesgo mayor de desarrollar diabetes tipo 2 en un futuro.

Cuadro 1
Diferencias entre la DM tipo 1 y la DM tipo 2

Características	Diabetes tipo 1	Diabetes tipo 2
Edad	Niños y jóvenes	Generalmente adultos
Inicio	agudo	insidioso
Necesidad de insulina	permanente	En algún momento
Secreción de insulina	nula	Baja
Historia familiar	5 %	75 – 100 %
Resistencia a la insulina	No	Si
Etnia	Todos los grupos	Latinos y afroamericanos
Autoinmunidad	Sí	No
Cetosis	Si	no
Obesidad	Raro	Frecuente

(Roszler.,Polonsky. y Edelman., 2004).

Causas que originan la Diabetes.

La etiología de este padecimiento tiene un importante componente hereditario así como desencadenantes ambientales que se relacionan con un estilo de vida no saludable. En la DM tipo1 el páncreas no produce insulina debido a un proceso autoinmune. Mientras que en la DM tipo 2 la insulina no se produce en cantidades y calidad suficientes para controlar los niveles de glucosa.

Vázquez, (2002) considera que cuentan con mayores probabilidades de desarrollar DM aquellas personas que presentan alguna de las siguientes características:

- Antecedentes familiares en primer grado con DM (Padres biológicos)
- Sobrepeso u Obesidad
- Hipertensión arterial
- Niveles de colesterol mayor a 200 mg/dl
- Triglicéridos mayor a 150 mg/dl
- Una prueba de tamizaje como la glucosa capilar mayor a 126 mg/dl

En el caso de las mujeres en particular:

- Mujeres que cursaron con embarazos macrosómicos; (producto un peso al nacer mayor de 4 kg.)
- Haber cursado con Diabetes Gestacional.
- Embarazo en edad avanzada.

La resistencia a la insulina también se debe a causa de malos hábitos alimentarios y sedentarismo aunque estos dos últimos factores como ya se mencionaba anteriormente son los de mayor eficacia para su control antes de pasar a otro tipo de tratamientos.

Criterios para diagnosticar Diabetes Mellitus

Los métodos de diagnóstico para la DM se basan principalmente en la identificación de los síntomas característicos de la enfermedad y por pruebas de laboratorio; en algunos casos la enfermedad es frecuentemente identificada cuando las complicaciones ya están presentes.

Por su aceptabilidad, bajo costo y sencillez la prueba de glucosa en sangre es una de las herramientas de diagnóstico de DM de mayor aplicación para este fin (American Diabetes Association ADA, 2000)

Existen personas que cuentan con niveles de GS no tan altos como para hacer el diagnóstico de DM. A esta condición se le conoce como Intolerancia a la Glucosa e Intolerancia a la Glucosa en Ayuno. La Intolerancia a la Glucosa se define en valores de GS igual o mayor a 140 mg/dl, pero menor a 200 mg/dl dos horas después de haber ingerido algún alimento. La Intolerancia a la Glucosa en “Ayuno” se diagnostica con niveles de GS mayores a 110 mg/dl, pero menores a 126 mg/dl. Entiéndase por “Ayuno” como el lapso de tiempo de por lo menos 8 horas en donde la persona no ha consumido ningún tipo de alimento.

Es importante considerar a estas dos condiciones como estados intermedios entre los niveles normales de la glucosa y la DM (Pérez-Pastén, 1996)

Los criterios para el diagnóstico de la DM son los siguientes:

1. La persona presenta los síntomas característicos de la DM: Poliuria, Polidipsia y Polifagia, entre otros.
2. Niveles de GS igual o mayor a 200mg/dl en una prueba casual de Glucosa plasmática a cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.
3. Glucosa plasmática en ayunas igual o mayor de 126mg/dl en dos oportunidades.
4. Glucemia de dos horas después de la comida (Postprandial) igual o mayor de 200 mg/dl durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral.

Hemoglobina Glucosilada

La Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) es una prueba de laboratorio que proporciona datos sobre los niveles de glucosa en el organismo, de esta manera, aporta evidencia sobre como ha sido el promedio de glucosa durante los últimos tres meses anteriores al momento de aplicarse.

Esta prueba fue descubierta por Allen en 1958. La hemoglobina es la proteína encargada de transportar oxígeno a través de la sangre para llevarla a las células que lo requieren, al viajar por la sangre está en contacto con todo lo que en ella se encuentra, hay una fracción de hemoglobina (1c) que es afín con la glucosa, normalmente esta fracción es del 6% y cuando los niveles de glucosa se encuentran elevados por encima de lo normal esta fracción aumenta.

De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes (ADA), los valores de la HbA1c son:

- Optimo: menor al 6%
- Aceptable: de 6% a 7%
- Deficiente: mayor a 7%

Una vez que la DM es diagnosticada, los pacientes por lo regular admiten que durante mucho tiempo pero difícil de precisar sentían la boca mas seca, necesitaban orinar con mayor frecuencia, su visión se había tornado borrosa, notaban que a pesar de comer en exceso no aumentaban de peso y en el caso de las mujeres presentaban con mayor frecuencia infecciones vaginales. Los pacientes mencionan que han logrado habituarse a este tipo de situaciones sin saber que estos síntomas se relacionan con la Diabetes Mellitus (Lerman, 1994).

Tratamiento de la Diabetes Mellitus

Los objetivos generales de tratamiento para ambos tipos de diabetes están dirigidos en prevenir complicaciones crónicas y mantener el equilibrio metabólico (Levobitz, 1991). La realidad del paciente con DM es que afronta un padecimiento crónico, cuyo tratamiento requiere de tiempo, dedicación y paciencia. Principalmente el paciente deberá aceptar que su padecimiento no tiene curación y por lo tanto mantener un control óptimo sería uno de sus principales objetivos, ya que tratándose de una enfermedad crónica necesitará de muchas herramientas para el mantenimiento de su salud, por lo que la información práctica y entendible acerca de su padecimiento se vuelve indispensable, posteriormente esta información deberá ser ampliada para que de forma paulatina y progresiva aprenda el manejo de su enfermedad y así contribuir a su adecuado control. Es importante mencionar que el buen control de la DM se basa en la integración de un equipo interdisciplinario donde el actor más importante es el paciente.

Hablando de la relación médico paciente es indispensable la disposición y colaboración activa del paciente para favorecer su tratamiento y control. Si el paciente ofrece resistencia a tomar este rol será necesario implementar diversas formas de atención que lo complementen, con el fin de aumentar su confianza tanto personal como el de su equipo de salud, permitirle la libre expresión de todas sus dudas, proporcionarle el apoyo en las actividades de autocontrol para lograr que el paciente se sienta capaz de cuidarse a sí mismo (Vázquez, 2002).

Los objetivos fundamentales del tratamiento de la DM son:

1. Mantener con la menor aparición de síntomas al paciente
2. Mejorar el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas
3. Mantener los niveles adecuados de GS de forma permanente
4. Retrasar o evitar complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad.

Para lograr cada uno de los puntos mencionados anteriormente se deben de seguir una serie de medidas terapéuticas, Mc Phee, (2003) menciona dos aspectos básicos del tratamiento: el médico y el no médico.

Tratamiento no médico:

DIETA

Es la base fundamental del tratamiento de la DM tipo 2, e indispensable en el tipo 1, esta enfocada en lograr dos objetivos:

- Alcanzar y/o obtener el peso ideal normal
- Obtener niveles de GS normales
- Controlar signos y síntomas

La pérdida de peso mejora de manera notable el estado de resistencia a la insulina, y su secreción, al disminuir los niveles de GS se retrasa la aparición de las complicaciones de la DM (Frans, Horton & Bantle, 1994), es por ello que la dieta es una herramienta sumamente importante.

Se debe tomar en consideración la necesidad de fomentar la cultura del autocuidado en la alimentación, la capacitación para que cada persona con diabetes conozca que hacer ante cambios inesperados e inevitables de la alimentación durante sus actividades diarias, es importante reconocerle su autonomía en torno a sus hábitos alimentarios, los cuales deben ser creativos y adaptados a las circunstancias, en otras palabras que le resulte atractivo llevar a cabo estos cambios. Para finalizar el plan alimentario no debe ser indicado de manera individual sino de forma familiar y cultural, esto debido a que las sugerencias individuales favorecen la exclusión familiar y el desapego al tratamiento.

Una vez que la persona con diabetes afianza o acepta el nuevo plan alimentario este no debe implicar comidas especiales ni formas de preparación diferentes a las habituales, por lo que se recomienda evitar desacuerdos y fricciones con los demás miembros de la familia a fin de contrarrestar los efectos emocionales que puedan contribuir al mal manejo de la persona con diabetes.

El nuevo plan alimentario deberá tomar en cuenta aspectos como: edad, sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en el hogar (Asociación Latinoamericana de la Diabetes, 1998).

Ejercicio o actividad física:

El ejercicio físico es un recurso auxiliar importante en la atención de la persona con diabetes, se obtendrá un mayor beneficio cuando el programa se diseñe tomando en cuenta la condición física previa, motivación e interés de cada persona, el ejercicio debe ser aeróbico (caminar, trotar, nadar, etc.), la intensidad con la que se practique deberá ser moderada y de igual duración o mayor a 30 minutos (Schneider, Borgardus & Horton, 1990; ADA, 2001). Esta actividad traerá consigo importantes beneficios metabólicos ya que mejorara la sensibilidad a la insulina y favorecerá que los músculos utilicen en forma adecuada la glucosa. Aparte de todos estos beneficios metabólicos, el paciente con diabetes tendrá la sensación de bienestar y su calidad de vida será mejor.

Abandono de hábitos nocivos

Dejar aun lado hábitos nocivos como el tabaquismo, alcoholismo y el estrés emocional repercutirán de manera positiva en la salud de la persona con diabetes.

Tratamiento médico farmacológico:

Además de incluir la dieta, el ejercicio y el abandono de hábitos nocivos por parte de la persona, otra forma de dar tratamiento actualmente a la DM comprende diferentes opciones de medicamentos orales para el control de los niveles de GS en ayuno y después de la comida (postprandial).

Este tipo de tratamiento se debe considerar solo cuando no se pueden lograr niveles plasmáticos de glucosa cercanos a las cifras normales a pesar de la dieta y el ejercicio, por lo tanto el médico tomará la decisión para proporcionar la mejor alternativa farmacológica tomando en cuenta:

- Severidad de la enfermedad
- Presencia de manifestaciones clínicas y enfermedades en conjunto
- Grado de responsabilidad y motivación del paciente en su propio control
- Colaboración de la familia
- Edad e índice de masa corporal (IMC)

Los fármacos poseen dos mecanismos de acción antidiabética: promover una mayor producción de insulina pancreática y mejorar la sensibilidad del organismo a la acción de la insulina. Estos resultados pueden obtenerse con el empleo de un solo medicamento o una mezcla de varios fármacos con el objetivo de potencializar su acción en el organismo (Harold & Lebovits, 1995)

Los fármacos se dividen básicamente en los siguientes grupos:

Hipoglucemiantes orales	Sensibilizadores a la insulina
Glibenclamida	Metformina
Acarbosa	Pioglitazonas

La insulina es el medicamento de elección cuando se presenta una reacción no favorable de las dosis máximas de hipoglucemiantes orales.

En lo que corresponde a los efectos colaterales adversos que pueden presentarse en la persona que lleva un tratamiento de este tipo van desde malestar gastrointestinal, náuseas, sabor metálico en la lengua, hasta un descenso repentino de glucosa en sangre (Luna & Feinglos, 2001).

Autocontrol

Los niveles de glucosa en una persona con diabetes deben mantenerse más cercanos a lo normal (70-110 mg/dl). Con el propósito de disminuir el riesgo de padecer complicaciones serias a largo plazo, lograr un control adecuado de la glucosa es indispensable un adecuado automonitoreo o autocontrol de la glucosa. Todas las personas con diabetes deben medirse con frecuencia la glucosa sanguínea, los resultados de este autocontrol proporciona al paciente un mejor conocimiento de su diabetes y le mostrara como algunas actividades, enfermedades, situaciones de estrés y alimentos elevan sus niveles de glucosa, además de permitirle identificar con mayor rapidez las complicaciones agudas como niveles de glucosa altos y bajos (Hiperglucemia e hipoglucemia) para solucionarlos a tiempo.

La frecuencia con la que se realicen estas pruebas dependen de muchos factores, el médico será quien determine que tan frecuente se deben realizar. Las personas con diabetes que necesitan realizar frecuentemente las pruebas de automonitoreo son:

- Aquellas que utilizan insulina
- Mujeres que se encuentran embarazadas
- Personas enfermas o que fueron sometidas a una cirugía
- Pacientes que tienen dificultad para mantener controlados sus niveles de glucosa
- Cuando no tienen síntomas y sus niveles de glucosa están bajos.

Estas pruebas deben aplicarse durante el día:

- Antes de tomar alimentos
- Una o dos horas posteriores a la ingesta de alimento
- Antes de acostarse

Dicho lo anterior no significa que se necesiten tantas mediciones durante el día, sino que la persona con diabetes debe elegir las horas que mejor le acomoden para realizarse las pruebas.

En el caso de que el paciente este bajo un tratamiento farmacológico como por ejemplo tomando medicamentos orales o se aplique insulina, puede requerir de más pruebas como:

- Antes de manejar un automóvil
- Antes, durante y después de realizar alguna actividad física
- Cuando presente síntomas de que sus niveles de glucosa esten bajando
- En el caso de comenzar a tomar un medicamento nuevo y este pueda afectar sus niveles de glucosa.

Las pruebas para realizar este automonitoreo son: la prueba de glucosa en sangre que indica lo alto o bajo que esta el nivel de glucosa y la prueba de glucosa en orina que indica con menor exactitud la cantidad de glucosa en la sangre y no detecta niveles bajos de glucosa, por esta razón es más recomendable el análisis de sangre debido a su mayor exactitud.

Cuando se analiza el nivel de glucosa en la sangre, se puede conocer como esta trabajando la dieta, el ejercicio y los medicamentos. La prueba se realiza con sólo una gota de sangre y los resultados deben anotarse con el propósito de llevar a cabo una mejor planeación de comidas, ejercicios físicos y medicamentos. Existen dos formas de medir la glucosa en sangre: la prueba visual y prueba con el medidor.

Prueba visual

Se realiza con pequeñas cintas de plástico (tiras reactivas). Estas cintas tienen una almohadilla suave en un extremo. Las sustancias químicas que hay en la almohadilla hacen que cambie de color al entrar en contacto con la glucosa de la sangre. Los resultados que dan las cintas de prueba visual son precisos si el paciente puede notar pequeñas diferencias entre varios tonos de color.

Prueba con el medidor (Glucómetro)

Proporciona un nivel de glucosa en sangre más exacto. Estos medidores utilizan cintas muy parecidas a la de la prueba visual pero detectan el cambio de color de forma más precisa. Estos medidores son confiables, sin embargo pueden fallar debido a que se encuentre sucio, no se aplique la gota de sangre correctamente o que sea escasa, que las tiras reactivas estén caducadas, el medidor no esté calibrado, debido al clima ya sea muy caliente o frío.

De igual forma al pincharse el dedo para obtener la gota de sangre requiere de ciertas recomendaciones tales como: disparar la lanceta sobre los lados de la yema del dedo, evitar el uso del mismo dedo todos los días, lavarse las manos previamente, si es posible con agua tibia con el propósito de incrementar el flujo sanguíneo, antes de pincharse colocar el brazo hacia abajo y dar un masaje ligero en la punta del dedo para que se llene de sangre, no apretar el dedo después del piquete, picarse lo menos profundamente posible para obtener solamente la gota de sangre que se necesita, elegir la lanceta mas delgada que exista, el uso de la lanceta es únicamente para una sola punción, los dedos de los pies nunca deben de pincharse ya que la herida mas pequeña puede resultar en un problema grave.

Complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus

Actualmente la DM es la tercera causa de muerte en nuestro país, y según las tendencias no tardará mucho en convertirse en la primera causa. Los efectos de la DM condicionan estados fisiológicos comprometedores. Las complicaciones que padecen las personas con diabetes pueden clasificarse en dos tipos: agudas y crónicas (Papada, 2003)

Complicaciones agudas

Se definen como aquellas complicaciones de carácter grave, aunque de corta duración. Dentro de ellas la de mayor peligro para las personas que viven con DM es la cetoacidosis.

La cetoacidosis diabética

Es una complicación que pone en peligro la vida de la persona pero al mismo tiempo cabe mencionar que se trata de una complicación reversible. Se caracteriza por alteraciones severas en el metabolismo de las grasas, proteínas y carbohidratos como consecuencia de la deficiente o nula producción de insulina (ADA, 1994).

La cetoacidosis diabética lleva a las personas que la padecen a tener niveles anormalmente altos de cetonas en la sangre. Las cetonas son productos de desecho del metabolismo de los lípidos que acidifican la sangre.

Las personas con DM tipo 1 están en mayor riesgo para padecer cetoacidosis que las personas con DM tipo 2. Esto debido a que las personas con DM tipo 1 no cuentan con la producción de insulina pancreática (endógena) para contrarrestar el aumento de GS cuando no es administrada suficiente insulina (exógena).

Coma hiperosmolar

Es una descompensación aguda en el metabolismo de los carbohidratos que condiciona deshidratación. Su origen se debe a una insuficiente disponibilidad relativa de insulina, en general debida a la acción de hormonas que bloquean la acción de esta hormona.

Hipoglucemia

Se considera hipoglucemia cuando los niveles de GS se encuentran por debajo de 70mg/dl, se trata de otra complicación aguda asociada con el manejo descuidado de la insulina, el ejercicio y la dieta. La hipoglucemia también es una condición que pone en peligro la integridad y la vida de las personas con DM. La hipoglucemia es fulminante para el sistema nervioso central ya que priva de un aporte adecuado de GS para funcionar. En los niños esta condición tiene un impacto muy importante en el desarrollo cognoscitivo.

Complicaciones crónicas

Las manifestaciones clínicas tardías de la DM por efecto de la hiperglucemia incluye diversos cambios patológicos, los cuales afectan vasos sanguíneos pequeños y grandes, pares craneales y nervios periféricos, piel y cristalinus oculares. El daño a las estructuras vasculares y/o nerviosas son el común denominador de las complicaciones de la DM a largo plazo y se manifiestan en enfermedades cardiacas como infarto al miocardio, hipertensión, insuficiencia renal, ceguera, catarata, neuropatías autonómicas y periféricas, amputaciones de las extremidades inferiores y eventos vasculares cerebrales. Todas ellas son responsables de reducir considerablemente la calidad de vida de las personas con diabetes y son las principales causas de muerte. El consumo de cigarrillos incrementa de manera considerable el riesgo de complicaciones, tanto micro como macro vasculares en las personas con DM.

Pues bien hasta este momento se ha descrito lo que es la DM así como su clasificación. Además, se hablo de las complicaciones agudas y crónicas asociadas a la DM. Este padecimiento a recobrado mayor interés por ser una enfermedad que en los últimos años se ha convertido en una epidemia.

Tendencia de la Diabetes Mellitus

En las últimas décadas se ha observado en el mundo un incremento progresivo de la prevalencia y mortalidad de la DM, por tal motivo ocupa un lugar importante y creciente en la atención medica prestada en las instituciones públicas de salud de muchos países. Es considerada una pandemia que va en aumento estimándose que existen 171 millones de personas con esta enfermedad a nivel mundial. Publicaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud, la DM es la primera causa de ceguera, amputaciones e insuficiencia renal crónica, se estima que en personas de 55 años su frecuencia es muy alta, pues una de cada tres padece la enfermedad. En la encuesta nacional de salud 2000, informo que 7.5% de la población de 20 a 69 años tiene algún tipo de DM y que el 30% de las personas desconocían su diagnostico.

En México existen entre 6 millones de personas con diabetes y aproximadamente el 44% tiene entre 20 y 49 años de edad, ubicando a esta fracción de personas como sujetos extremadamente vulnerables a desarrollar complicaciones crónicas por su expectativa a vivir con diabetes durante mas tiempo (Revista Medica del IMSS, 2003).

Queda claro que en nuestro país, la DM es un problema de salud publica con características de epidemia, al año se registran mas de 150 mil nuevos casos y es la causante de 36 mil muertes. El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" emitió un comunicado en donde menciona a la DM como la primera causa de muerte en nuestro país (Márquez, 2001), por esta razón se infiere que este padecimiento se presenta con mayor frecuencia entre los grupos de sociales de vida urbano (Moreno, 2001). En cuanto a las diferencias de

sexo, se han presentado datos que señalan que por cada tres mujeres, dos hombres padecen DM (Zubirán y Chávez, 1984).

En términos generales el tratamiento para la DM incluyen un gran repertorio de conductas, debido a que frecuentemente implica un cambio importante en el estilo de vida de las personas que la padecen, por esta razón el tratamiento médico tradicional no siempre es suficiente, por lo que se es necesario acompañarlo por un tratamiento psicológico que promueva la adherencia al tratamiento y la modificación de variables conductuales y ambientales relacionadas con la enfermedad.

Capitulo II. Adherencia Terapéutica

Definición

Cuando se habla del concepto de adherencia se hace hincapié a una gran diversidad de conductas, la diabetes es una de las enfermedades crónicas cuyo tratamiento esta íntimamente ligado a la conducta, debido a que se trata de una disfunción fisiológica se creía que el tratamiento puede ser propio del ámbito medico, pero debido a que influyen condiciones ambientales que van a repercutir en la regulación de la glucosa se puede concluir que para llevar un tratamiento exitoso el papel de la conducta es sumamente importante lo que convierte es esta enfermedad propia de una intervención psicológica (Jiménez, Jiménez, 1998).

El tratamiento para la Diabetes Mellitus es prolongado y relativamente complejo, por lo que requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios que los pacientes y sus familias no siempre están preparados para llevarlos a cabo.

La vida del paciente cambia de manera radical comenzando por llevar un régimen de medicamentos que implican la toma o aplicación de los mismos una o varias veces durante el día, el apego a una dieta especial y rigurosa, la implementación de una actividad física de manera regular y periódica, la eliminación de conductas específicas como fumar, ingerir bebidas alcohólicas o comer en exceso y en algunos casos el mantenimiento de un estado emocional adecuado y rutinas que no afecten la continuidad del tratamiento (Sanchez-Sosa, 1998)

Sería sencillo pensar que el paciente siguiera por sí mismo todas las indicaciones que el equipo de salud le indica, sin embargo, esto no es así.

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2001) refieren que del 20 % al 80% de personas con DM no son adherentes a su tratamiento, así mismo menciona que en la mayoría de los países los sistemas de salud están diseñados para tratar enfermedades agudas y dejan a un lado el diseño de estrategias de adherencia para mejorar los tratamientos a largo plazo, por ultimo concluye que el beneficio de la aplicación de técnicas de adherencia tiene un doble impacto mejorando la efectividad de los tratamientos al mismo tiempo que se reducen los costos.

Las actividades de educación para la salud están íntimamente influenciadas por factores culturales, sociales y psicológicos. Por esta razón es necesario mencionar que en la práctica clínica los médicos utilizan y aplican conocimientos, actividades y destrezas adquiridas en la escuela de medicina y en el ejercicio de la profesión sin tomar en cuenta la influencia de los factores antes mencionados.

Esta perspectiva profesional es muy distinta a la perspectiva del paciente en cuanto a metas y expectativas, y es aquí donde surge uno de los principales motivos de la no adherencia debido a que estas influencias se vuelven conflictivas cuando los pacientes no cumplen con las expectativas de los médicos. Debido a esto se dice que el paciente no se apega al tratamiento.

Por esta razón los equipos de salud deben tomar en cuenta que existen factores psicológicos y sociales relacionados con la enfermedad dicho lo anterior comprenderán los motivos por los que ocurre la falta de apego o adherencia al tratamiento.

Etapas de duelo de Kübler-Ross

Es necesario enfatizar a la persona con diabetes la importancia de la aceptación de su padecimiento, Kübler-Ross, (1971, en Ortiz 2005) enumera cinco fases por las que una persona atraviesa cuando padece una enfermedad crónico-degenerativa, en este sentido la pérdida de la salud por una enfermedad como la DM se puede explicar o interpretar de la siguiente manera:

1.-Negación y aislamiento

En esta primera fase el deseo de que la persona enferma conserve su salud impide la aceptación de la pérdida y por ende los individuos tienden a negar la situación real. La realidad les obliga a aceptar y puede ser que se tenga una tendencia a la soledad. La negación puede funcionar como un colchón, ya que al irse dando cuenta de la noticia el sujeto será capaz de poner en marcha otros mecanismos de defensa. En algunos casos automáticamente pierden el sentido del humor, o prefieren evitar que la gente y sus familiares sepan de su enfermedad.

2.-Rabia o ira

Al no poder sostener la negación surge la ira de primer momento se manifiesta hacia el exterior de manera irracional y gradualmente se tornara en tristeza y desesperación, que puede manifestarse en ideas como: que mala suerte y en cuestionamientos como ¿Porque a mi?, por mencionar algunos.

3.-Negociación

Es un breve periodo en el que se tratara de llegar a acuerdos con la vida, con sus creencias religiosas (Dios) y los demás, a cambio de recuperar la salud que se perdió. Durante esta tercera fase, el sujeto buscara lograr un pacto para eliminar el dolor, esta actitud correspondería a una conducta infantil e irracional. La razón de tratar de negociar consigo mismo, proviene quizás de las sensaciones inconscientes de culpabilidad y el temor a ser castigado por cualquier falla cometida.

4.-Depresión

Al no quedar mas remedio que aceptar la enfermedad en forma definitiva sobrevienen la tristeza, la desorganización y la desesperanza, lo cual da pasó a la depresión. Esta fase es la de mayor duración, aquí es muy conveniente que se permita a la persona expresar su dolor de la forma en que más lo desee.

5.-Aceptación y reorganización

Es la última fase que se suscita en este lento proceso, aquí el enfermo debe elaborar una redefinición, aprender y modificar roles y habilidades para lograr adaptarse a su nueva situación. Aquí no se trata de lograr una resignación, sino de trabajar para reorganizarse a sí mismo.

La persona con diabetes se encuentra en un proceso de crisis y duelo, se trata de dos procesos emocionales intensos que son detonados por un suceso precipitante o por la pérdida de algo o alguien. En el caso de la DM la pérdida de la salud es la principal razón que hace vulnerable al individuo. Sin embargo ante la turbulencia que provoca la diabetes mellitus el individuo se encuentra en un ambiente propicio para generar nuevos conocimientos que le permitirán explicarse de manera

paulatina la enfermedad, por esta razón se puede concluir que el estado de crisis o duelo no solo contiene un potencial patológico, sino una oportunidad de crecimiento y desarrollo.

El apego o adherencia al tratamiento se ha definido como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido. Otra definición realizada por Puentes-Silva (1984) refiere a la adherencia terapéutica como el proceso por el cual el paciente realiza adecuadamente las indicaciones del médico o terapeuta, es decir cumple con las instrucciones médicas.

El éxito de cada tratamiento depende de la cooperación y cumplimiento del paciente en todos los aspectos del programa (Domínguez, 1985).

Al hablar de adherencia terapéutica, el enfoque está ligado al seguimiento de los tratamientos médicos como de la conducta, a las intervenciones con fines preventivos y a los tratamientos en pacientes con afecciones crónicas.

El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica y la efectividad de los tratamientos farmacológicos, por lo que una alianza terapéutica entre el paciente y el equipo de salud es necesaria para el éxito del tratamiento.

La falta de adhesión terapéutica describe la situación en donde el paciente no sigue por diversas razones el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de su padecimiento. La no adhesión al tratamiento no solo se limita a la medicación. Los problemas de falta de adhesión también se refieren al mantenimiento por parte del sujeto de las conductas que resultan protectoras de la salud: hacer ejercicio físico, modificación de la conducta, cambios de estilo de vida, entre otros.

Actualmente médicos y terapeutas reconocen la falta de adherencia terapéutica como un grave problema, mencionando que un gran número de sus pacientes no cumplen o llevan de forma inadecuada su tratamiento.

Autores como Varni y Wallender (1984) establecieron la diferencia entre ser un paciente cumplido y un paciente adherente. Un paciente cumplido sólo sigue instrucciones del médico, mientras que un paciente adherente sigue las

instrucciones mostrándose cooperador y activo, es decir convencido de su tratamiento.

Con el propósito de unificar un concepto de adherencia terapéutica Meichenbaum y Turk (1987) proponen que la adherencia terapéutica es un involucramiento voluntario y activo del paciente en su tratamiento, lo que da como resultado conductas preventivas, tales como: 1)Iniciar y mantener un programa de tratamiento, 2)Asistir a todas las consultas medicas, 3)Utilizar correctamente el medicamento indicado, 4)Cambiar y mantener los estilos de vida iniciados por ejemplo: llevar una dieta, hacer ejercicio, control de estrés, etcétera, 5)Llevar a cabo el régimen terapéutico en el domicilio, 6) Evitar conductas contraindicadas por el personal de salud como: fumar, consumo de alcohol, comer en exceso.

El problema de baja adherencia terapéutica se presenta debido a la complejidad del tratamiento y a las creencias que los pacientes presentan sobre su salud y la enfermedad. Es decir, que aunque el médico o el personal de salud sugieran recomendaciones sobre el tratamiento, la responsabilidad de llevarlo a cabo siempre recae en el paciente (Díaz, Galán y Fernández, 1993).

La falta de adherencia trae consigo graves efectos sobre la calidad del cuidado de la salud, generando en las instituciones encargadas de prevenir y dar tratamiento a los pacientes un aumento innecesario de los costos, por lo que un caso común de encontrar en los pacientes que asisten a consulta es que toman su medicamento durante un par de días y una vez que desaparecen los síntomas suspenden el tratamiento.

Factores que intervienen en la no adherencia

En uno de los primeros intentos por encontrar cuáles eran las variables que intervenían en la no adherencia Haynes (1976) identifico las siguientes variables: A) Características del paciente, B) Características del tratamiento, C) Características de la enfermedad, D) Características de la relación médico-paciente.

A) Características del paciente

El problema de la no adherencia al tratamiento comienza desde que el paciente tiene que tomar la decisión de asistir o no al médico para recibir un tratamiento, para continuar asistiendo a sus consultas, consumir el medicamento correctamente y seguir las recomendaciones médicas.

Stone (1979) menciona que la falta de apego al tratamiento es el resultado de un problema de actitud por parte del paciente, aunado al pesimismo y la falta de interés por parte del personal de salud para motivar a sus pacientes a apegarse a su tratamiento. En personas con diabetes mellitus se ha observado que existe un bajo control de la enfermedad cuando los pacientes son miembros de familias numerosas (Meichenbaum y Turk, 1987).

La forma en la que el paciente define y visualiza su padecimiento y la manera en la que el terapeuta promueve el modelo de tratamiento así como la estrategia con la que explica las causas que pudieron haber sido desencadenantes para el padecimiento y el pronóstico del mismo, son la base fundamental para evaluar las percepciones y expectativas del paciente acerca de su problema y de su tratamiento e incorporar una fase de reconceptualización que modifique las expectativas o creencias del paciente.

B) Características del tratamiento

Se refiere a que tan complejo puede llegar a ser el tratamiento para el paciente refiriéndose al número de medicamentos a consumir, la frecuencia del consumo, la combinación de distintos tipos de intervención, así como la duración del tratamiento, entre otros factores, contribuyen a facilitar errores y omisiones en el cumplimiento.

Cuanto más complejas son las demandas del tratamiento, peor será la tasa de apego al mismo. Para algunos pacientes parece difícil recordar la hora exacta en la que se tienen que tomar el medicamento o aplicar la inyección de insulina, pero si se toma en cuenta que además tienen que llevar una dieta, realizar ejercicio y

tomar tres o cuatro pastillas a distintas horas, la situación se vuelve complicada. Es por eso que en la medida en que el tratamiento sea más complejo, es más difícil que los pacientes se adhieran a él. Stone (1979) encontró que el promedio de no adherencia a un medicamento era del 15% cuando solo se recetaba uno solo, en el caso de haber dos o tres medicamentos era del 25 % y cuando se recetaban más de cinco era del 45%.

Por tal motivo es fácil de comprender la baja adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes si se considera que en muchos casos el tratamiento consiste en evaluar sus niveles de glucosa en sangre u orina e interpretar el resultado, llevar una dieta específica, realizar ejercicio y en los casos de diabetes mellitus tipo 1 inyectarse insulina una o varias veces durante el día, además de cuidar cualquier herida que tengan, especialmente en las extremidades inferiores. Existen casos en donde un paciente es muy apegado a su tratamiento con medicamentos y no así a la dieta o viceversa. Watkins, Roberts, Williams, Martin y Coyle (1967) mencionan que los pacientes con diabetes que se utilizan la insulina no olvidan la hora en la que deben realizar dicha actividad, pero sin embargo los errores en la administración de la insulina son muy comunes. También mencionan que hay pacientes que se adhieren a un componente del programa de tratamiento pero que al mismo tiempo son inhábiles a otro, ya que no existe una dependencia entre sí. Por esta razón es que hay casos donde la persona está totalmente apegada a su aplicación de insulina y no lo es para realizar ejercicio o llevar de manera adecuada la dieta.

La adherencia al tratamiento es menor a medida que va pasando el tiempo, es decir, que a mayor duración del tratamiento, la adherencia va siendo menor. Para Marlatt y Gordon (1985) el error más grande que cometen en las dosis las personas con diabetes que llevan un tratamiento médico durante los primeros cinco años son del 30%, pero incrementa hasta en un 80% en aquellos pacientes que padecen la enfermedad por más de 20 años.

Bien dicen que la información es fuente de conocimiento, es luz, este aspecto pareciera muy importante para ser adherente al tratamiento, sin embargo, para

Meichenbaum y Turk (1987) aseguran que el problema de inhaderencia no es consecuencia de la falta de conocimiento de la enfermedad.

Para Caplan (1979) si la enfermedad es fácilmente reconocible y presenta síntomas desagradables el paciente es más adherente, en cambio cuando las recomendaciones del tratamiento están enfocadas a la prevención y no existen síntomas el paciente suele ser menos apegado al tratamiento. Por lo tanto aquellos pacientes que tengan síntomas serán más adherentes que aquellos que no los presenten.

C) Características de la enfermedad

Se refiere a la percepción que tiene el paciente en cuanto a los síntomas de su enfermedad, dicho en otras palabras se trata de pacientes que solo asisten a consulta o se toman el medicamento cuando presentan síntomas, de esta manera, los pacientes creen que el tener síntomas es un indicador para tomarse los medicamentos, por lo tanto el no tenerlos es un señal para suspender el tratamiento. Una de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 son los problemas visuales, estos pueden favorecer errores en el tratamiento, por ejemplo, a la hora de interpretar los colores en la tira reactiva que evalúa los niveles de glucosa sanguínea, el paciente puede confundir los colores debido a esta complicación.

D) Características de la relación médico-paciente

Muchas de las investigaciones de las causas de la no adherencia a los tratamientos se han basado en identificar las características del paciente, del tratamiento o de la misma enfermedad, pero no todas toman en cuenta la relación médico-paciente como un factor para promover el apego al tratamiento.

Es muy importante considerar que estas variables no actúan aisladamente sino que interactúan entre si.

En una encuesta realizada por Stone (1979) entre los profesionales de la salud reveló que sólo el 25% reconocía que ellos podían estar contribuyendo de alguna manera a la falta de adherencia en los tratamientos de sus pacientes.

Entre los comportamientos que interfieren en la relación médico-paciente destacan actuar de manera distante y poco cordial (Becker y Maiman, 1980), otro comportamiento que se presenta es no solicitar o dar retroalimentación al paciente (Miller, 1985), no establecer un régimen preciso de tratamiento a seguir o formularlo de manera poco clara o en términos demasiado técnicos (Podell, 1975) entre otros.

En cambio si el paciente se siente satisfecho como resultado de un buen “rapport” y de una buena comunicación con su medico, será más adherente al tratamiento. Aquellos pacientes que perciben a sus médicos como honestos, que les demuestran respeto, que los apoyan, que son empáticos y que dan explicaciones claras sobre la enfermedad y tratamiento muestran un mayor grado de adherencia.

Consecuencias de la no adherencia

A pesar de que la diabetes es un padecimiento incurable, en la mayoría de los casos se puede controlar, el tratamiento médico con frecuencia es complicado y requiere que el paciente realice cambios de hábitos que ha tenido por largo tiempo con el propósito de evitar posteriores complicaciones que mermen su calidad de vida. Para llevar al paciente a que tenga un buen manejo de su enfermedad es necesario que reciba la atención necesaria para que aprenda como primer paso a aceptar la enfermedad, comprenderla y saber administrarse el medicamento y ser adherente a su tratamiento. Es importante que conozca las restricciones de su dieta, los signos y síntomas propias de su enfermedad, a que aprenda a tener cuidado con sus pies y que realice una correcta medición de sus niveles de glucosa ya sea en sangre o en orina. En la medida en que estas indicaciones se lleven a cabo, dicho en otras palabras, el paciente sea adherente a su tratamiento, se evitara complicaciones y la progresión de la enfermedad puede disminuirse.

Diferentes formas para medir la adherencia terapéutica

La prioridad en los planteamientos sobre adherencia terapéutica es que si un paciente no sigue su tratamiento en forma adecuada, no obtendrá resultados favorables en su salud. Debido a esto se ha desarrollado diferentes estrategias para medir la adherencia o no adherencia a los tratamientos y de esta manera poder estudiar la relación entre adherencia y los efectos en la salud para así en un segundo paso proponer intervenciones dirigidas al fortalecimiento de la adherencia.

Medir la adherencia terapéutica no ha sido fácil, debido a esto se han desarrollado diversas opciones para evaluarla (Sackett, 1994; Quittner, Espelage, levers-Landis y Drotar, 2000), en cuatro categorías:

- 1.-Medidas clínicas (farmacológicas y bioquímicas) y el juicio clínico (registro de citas)
- 2.-Auto informe como el uso de cuestionarios, entrevistas y auto registros diarios
- 3.-Medidas directas (Observación de la conducta de autocuidado)
- 4.-Medidas indirectas como los contadores de píldoras.

La medida más utilizada para evaluar la adherencia terapéutica ha sido el auto informe una de las mas usadas debido a su sencillez es la entrevista, la cual consiste en preguntarle al paciente directamente si toma su medicamento en forma adecuada, si lleva su rutina de ejercicio, se le pregunta acerca de su dieta, etcétera. Sin embargo a este tipo de medición se le ha considerado poco confiable ya que se basa en el juicio que hacen los pacientes sobre su conducta, en algunas ocasiones el paciente puede mentir con la finalidad de conservar una buena imagen con su médico o terapeuta. Además de que la interpretación sobre el grado de adherencia es muy subjetiva ya que depende de la perspectiva del entrevistador. Eraker, Kirscht y Becker (1984) sugieren informar al paciente que además del auto informe se aplicaran otras medidas fisiológicas o farmacológicas para verificar la información que el paciente esta proporcionando. Con esto la veracidad del informe se incrementa. Ya que el paciente se encontrará ante un dilema entre modificar sus datos reales o decir la verdad al médico.

En el área conductual el conteo de medicamento ha sido una de las estrategias más usadas para fomentar que el paciente cumpla su tratamiento. Consiste en hacer un conteo de las tabletas cada vez que asiste a consulta, sin embargo, en algunos casos no es tan efectivo, ya que el paciente puede guardar o desechar el medicamento simulando que lo consumió. Por lo que se sugiere que este tipo de evaluación se realice en conjunto con la evaluación clínica, donde se observará el mejoramiento o empeoramiento de las condiciones de salud del paciente y así descartar la sospecha de engaño al personal de salud.

La observación de la conducta de autocuidado es una estrategia que se utiliza con el objetivo de supervisar como es que el paciente prepara la inyección de insulina, o en su caso, ver cómo realiza la medición de sus cifras de glucosa, en cuanto a la alimentación el médico verificará como son las porciones de sus alimentos, lo mismo sucederá con el ejercicio. Así el profesional de la salud se da cuenta que el paciente realiza correctamente el procedimiento. Sin embargo, existe la posibilidad de que el paciente realice todas estas actividades de manera adecuada delante del médico y de forma incorrecta en su vida diaria, o que debido a los nervios su desempeño no sea el correcto aunque regularmente si lo sea.

Otro índice de medición para la adherencia al tratamiento puede ser el registro de las citas canceladas y lo mas importante la razón de cancelación, ya que no en todas las ocasiones no depende del paciente sino también del médico o de los propios servicios de salud. Actualmente en nuestro país los servicios de salud publica programan las citas de los pacientes, las cuales desafortunadamente se dan en plazos muy largos trátase de la consulta externa como para las referencias con las diferentes especialidades, esto afecta al paciente directamente ya que para el tiempo de la cita programada la consulta será innecesaria o el paciente ya recurrió a otros servicios.

Como se ha revisado las estrategias de evaluación mencionadas son un tanto subjetivas ya que dependen de la apreciación del terapeuta o del médico y del informe del paciente, razón por la cual se han creado otras opciones para medir la adherencia con un grado de objetividad mas específico.

Las medidas bioquímicas son las menos subjetivas, se pueden mencionar el análisis de orina y las concentraciones de medicamento en sangre. Ambas pruebas consisten en añadir al medicamento una sustancia llamada marcador para posteriormente en el análisis poder detectar los niveles de concentraciones. Sin embargo estas pruebas son costosas y algunas son difíciles de detectar. Su interpretación suele ser complicada ya que algunos fármacos suelen actuar de manera diferente en cada paciente. Además de que la practica con marcadores farmacológicos esta prohibida en Estado Unidos (Meichenbaum y Turk, 1987)

La elección de una estrategia para medir el apego al tratamiento dependerá en gran medida del tipo de conducta del paciente, el costo y los recursos disponibles, sus fortalezas así como sus áreas de oportunidad y el nivel de exactitud esperado (Dunbar, Dunning y Dwyer, 1989).

Cuando un médico o terapeuta pide que un paciente sea adherente a su tratamiento, se olvida que los objetivos más importantes para el son mejorar su calidad de vida, el ajuste a un cambio en su estilo de vida (modificación de hábitos) y sus propios esfuerzos para afrontar su enfermedad.

Debido a la alta incidencia y prevalencia de casos de diabetes en nuestro país (Secretaria de Salud, 1999) y los altos porcentajes de baja adherencia terapéutica, las intervenciones cognitivo-conductuales son consideradas como un apoyo importante, enfocadas principalmente en la prevención o solución de problemas de salud, así como la evaluación de sus efectos clínicos (Sánchez-Sosa, en prensa).

En el caso de la diabetes el tratamiento es complicado y requiere de modificaciones en el estilo de vida del paciente, es decir, el control de la enfermedad depende en gran medida de la conducta del paciente. Diversos estudios han demostrado el efecto positivo de las intervenciones psicológicas en el control de esta enfermedad (Feifer y Tasman, 1999).

Capitulo III. Terapia cognitivo-conductual

En este capítulo se hace una revisión a la terapia cognitivo-conductual así como a sus herramientas de apoyo.

Definición

La terapia cognitivo-conductual es una forma de tratamiento basada en la evidencia experimental enfocada hacia el problema, por lo regular es de corta duración, se encuentra basada en hallazgos de investigación y procura que los pacientes realicen cambios y alcancen metas específicas. Gracias a este tipo de terapia las personas pueden aprender a expresar sentimientos, formas de pensamiento, pueden experimentar procesos de afrontamiento.

Los terapeutas que trabajan con este tipo de terapia se enfocan por lo regular en el estado actual de la persona más que en su pasado y se concentran en cómo el paciente percibe su vida más que tomar en cuenta sus rasgos de personalidad. Su meta principal es lograr en el paciente un entrenamiento para lograr el control de las diferentes situaciones que se le presenten diariamente, para esto se tienen que modificar estilos de vida que han sido problemáticos y sustituirlos por otros que funcionen mejor.

El enfoque de la terapia cognitivo-conductual parte de terapias como la desarrollada por Albert Ellis (1961) quien en su terapia racional emotiva menciona que la gente aprende a reaccionar con base a las creencias irracionales desarrolladas en su vida, que el aprendizaje y las reacciones cognitivas se presentan antes de las reacciones emocionales y que estos pensamientos irracionales pueden ser cambiados confrontando las ideas y las creencias de las personas. Así mismo Beck (1981) señala en su terapia cognitiva de la depresión, que los problemas del paciente derivan de sus distorsiones cognitivas. Tomando en cuenta estos dos antecedentes la meta de la terapia cognitivo-conductual consiste en reemplazar los esquemas maladaptativos o al menos tener un mayor control sobre estos.

Modelo cognitivo-conductual

El entrenamiento al paciente para que pueda observar sus propias conductas es el primer paso en el proceso de cambio. De hecho todas las formas de terapia involucran al paciente para autoexplorarse o lo entrenan en la autovigilancia de conductas y pensamientos. Durante este proceso el terapeuta recaba información para posteriormente definir el problema y formular posibilidades de tratamiento.

Un segundo proceso es el de traslación, consiste en que el terapeuta responde selectivamente a los enunciados declarativos del paciente, realiza preguntas, se dejan tareas, se dan explicaciones; de esta manera invita al paciente a reconstruir los problemas discutidos. El terapeuta le enseña al paciente sus propias ideas y este progresivamente comienza a interpretar eventos y experiencias en base a las vivencias aprendidas. Posteriormente se establece una relación de colaboración entre el paciente y terapeuta quienes trabajan de manera conjunta para identificar e interpretar los datos pertinentes y cooperan para alcanzar a conceptualizar el problema.

Las formas habituales de pensamiento y comportamiento de los pacientes no cambian de manera rápida. Todo es un proceso que inicia cuando el paciente comienza a redefinir el problema, sus pensamientos en ocasiones reflejan las viejas formas de ver las cosas y a veces las nuevas. Los pacientes se ven orillados a aprender y llevar a la práctica nuevas conductas, a veces muy complejas, o a generar nuevas conductas donde el comportamiento había sido inhibido con anterioridad.

Para esto el paciente debe disponer de tiempo y por supuesto que practiquen las nuevas conductas, por lo que el terapeuta debe estar preocupado por los pensamientos del paciente respecto al éxito o fracaso de lo que esta aprendiendo.

La relación entre un cambio cognitivo y un cambio conductual se puede considerar que es muy compleja, pero se define de la siguiente manera: un cambio conductual positivo promoverá un cambio cognitivo positivo y viceversa.

La tercera fase de este proceso consiste en consolidar los cambios, promover su generalización y encontrar fundamentos para mantenerlos. Una vez que el

paciente aprenda a interpretar los cambios que ha tenido algo así como “darse cuenta de...” estos procesos influirán para que tales cambios se generalicen y por ende se mantengan.

El objetivo principal es que el paciente perciba cambios significativos en el curso de sus actividades cotidianas y no solo frente al terapeuta.

Por ultimo los pacientes aprenden a interpretar las cosas de manera diferente, aprender a verse de forma diferente y modifican su comportamiento, de tal modo que encuentran más posibilidades de acción. De la misma manera aprenden a utilizar sus pensamientos e imaginación para regular formas específicas de afrontamiento. Esto es, los pacientes cambian lo que decían de si mismos anteriormente como consecuencia del entrenamiento conductual, de modo que los estilos habituales de pensamiento y las autoafirmaciones son transformadas.

Meichenbaum y Cameron (1979) mencionan que la terapia induce cambios en la conducta, el reto principal es definir cuales serán las técnicas que ayudaran al paciente a promover estos cambios de manera efectiva.

El terapeuta cognitivo-conductual asume que la interacción con el paciente es dinámica y bidireccional; de modo que trabaja con el paciente en la identificación de las conductas problema.

Intervención conductual en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

El tratamiento para el paciente con diabetes es diverso, se debe de tomar en cuenta el tiempo de evolución, las condiciones generales del mismo y de la evaluación conductual que previamente debe realizarse.

El primer paso del tratamiento es que el paciente deberá adherirse al régimen terapéutico que se le prescriba, en el caso de la diabetes, el paciente deberá tomar sus medicamentos para el control de la glucosa o bien inyectarse insulina de manera y forma correcta; además de ello, otro punto importante es la adherencia al régimen dietético.

Las condiciones del paciente mejorarían si decide seguir el régimen dietético, hacer ejercicio y tener un buen cuidado de sus pies, en otras palabras tendría un

mejor estilo de vida. Pero en muchas ocasiones el paciente no es capaz de adherirse al régimen dietético precisamente por su estilo de vida.

Un factor muy importante es procurar que el paciente sea asertivo esto es que aprenda a decir “no”, los ritmos de vida actuales tanto en la familia como en el trabajo no le permiten llevar una sana alimentación puesto que las personas con las que convive no comparten la misma situación fisiológica de la persona con diabetes. Por lo tanto trabajar aspectos de asertividad y habilidades sociales le permitirá tomar buenas decisiones para el mantenimiento y mejoramiento de su salud.

Por otra parte la diabetes genera estrés, el cual complica la enfermedad, por lo que proporcionarle herramientas de trabajo para el manejo del estrés será parte importante de un programa conductual de intervención.

La persona con diabetes sujeta a estrés crónico intenta ajustarse de acuerdo a sus posibilidades a su régimen de medicamentos, sigue parcialmente su dieta y genera falsas expectativas respecto al control de su enfermedad, por lo que cada vez que acude a consulta médica y que con anticipación ya se realizó estudios de glucosa sanguínea, espera encontrarse bajo control y dentro de cifras normales; de modo que cuando el médico le da la noticia de que sus concentraciones de glucosa se encuentran elevadas, es común que muestre signos de depresión pues concluye que los esfuerzos realizados no dieron el resultado que el esperaba y en muchas ocasiones abandona el tratamiento y presenta recaídas. Por esta razón, la depresión se torna en un problema cíclico en este tipo de pacientes (Fisher, Chesla, Mullan, Skaff y Kanter, 2001).

Los programas de afrontamiento para los pacientes con diabetes están enfocados a trabajar sobre el manejo del estrés (Kramer, Ledolter, Manos y Bayless, 2000) pero al mismo tiempo deberían manejar asertividad y depresión, así como desarrollar estrategias de solución de problemas y educar tanto a pacientes y familiares a desarrollar estilos de vida saludables ya que para los hijos de una persona con diabetes existen riesgos de padecer la enfermedad por lo que deben desarrollar estilos de vida saludables a fin de evitar la aparición de la misma o retardar su inicio.

Estrategias de intervención

A continuación se mencionan las principales técnicas de intervención:

Relajación

Es la principal estrategia de intervención utilizada en el campo de la psicología clínica de la salud. Es también llamada la aspirina de la medicina conductual debido a que actualmente la mayoría de los terapeutas aplican una de las variantes de relajación en sus programas terapéuticos. Su objetivo es reducir la ansiedad en los pacientes, no sólo de la perspectiva fisiológica sino también en las áreas afectiva y cognitiva.

La respiración diafragmática o respiración profunda es uno de los procedimientos de relajación en el cual se entrena al paciente a respirar utilizando su diafragma, este tipo de respiración da pie para posteriormente entrenar al paciente en ejercicios de respiración mas profundos.

Otro procedimiento de relajación es la relajación muscular progresiva descrita por Jacobson en 1939, la cual esta basada en el entendido de que la relajación o sea los músculos relajados es lo opuesto a la ansiedad esto es la tensión fisiológica de los músculos. Fueron varios los investigadores que comenzaron a estudiar cuantos músculos son los que se deberían trabajar durante este procedimiento pero fue Berstein y Borkovek (1973) donde mencionan que son 12 los pares musculares que son necesarios para un entrenamiento en relajación asi como el numero de sesiones que van de 4 a 5 como mínimo requerido.

Como ultimo procedimiento de se encuentra el entrenamiento autogeno o autogénico en relajación el cual consiste en entrenar al paciente a crear un estado de relajación profundo mediante generar afirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo, relacionándolas con diferentes sensaciones de tranquilidad, paz, calma, calor etcétera.

Imaginación guiada

De acuerdo con Méndez (2000) la imaginación guiada es una herramienta de gran utilidad para lograr un mayor control de las emociones y de los procesos internos. La técnica de imaginación guiada puede utilizarse para aliviar la tensión muscular, reducir o eliminar el dolor y facilitar el manejo de procedimientos médicos estresantes a través de un cambio conductual. Esta técnica tiene efectos positivos tanto fisiológicos como psicológicos al estar imaginando escenas. Después de entrenar al paciente para que aprenda a relajarse a través de diferentes técnicas conductuales, en el proceso de relajación de la imaginación guiada se le pide que imagine o visualice escenas placenteras con todo detalle. Una vez logrado esto y una vez definida las situaciones que le causan dolor o tensión, se solicita al paciente que al ir confrontando la situación no placentera se relaje y visualice las imágenes previamente seleccionadas.

Entrenamiento asertivo

Lazarus en 1971 describe a la conducta asertiva como la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y sincera de los sentimientos. El entrenamiento asertivo es un procedimiento terapéutico que tiende a incrementar la capacidad del paciente para adoptar ese comportamiento de manera social apropiada. Las metas conductuales suelen incluir la expresión de sentimientos negativos como el odio y el resentimiento, pero a menudo los procedimientos asertivos utilizan para facilitar la expresión de sentimientos positivos, como el afecto y el aliento.

Con el entrenamiento asertivo el paciente se beneficia de dos maneras: la primera es que al comportarse de manera más asertiva propiciara en el individuo un sentimiento de bienestar, ya que tal clase de respuesta reduce el estrés; en un segundo lugar el paciente al responder de forma asertiva estará en mejores condiciones de lograr recompensas tanto sociales como materiales, lo que propiciara que viva mas tranquilo.

Durante un entrenamiento asertivo el terapeuta debe tener mucho cuidado en las consecuencias interpersonales que pueden surgir y mantener un equilibrio entre las respuestas pasiva y agresiva, sabiendo hacia quien se dirige la respuesta asertiva y en que momento utilizarla; de tal modo que el entrenamiento asertivo implica algo más de parte del terapeuta que tan solo dar instrucciones y practicar la expresión facial y el tono de voz.

Este entrenamiento asertivo se aplica principalmente en personas con problemas de habilidades sociales, o personas que son muy agresivos en sus reacciones y respuestas y que provoca una serie de problemas cotidianos.

Existen diversos inventarios conductuales sobre asertividad en los cuales aparecen preguntas de situaciones representativas con el fin de detectar si el paciente responde asertivamente o no lo hace.

Reestructuración cognitiva

Esta técnica consta de cinco elementos que fueron propuestos por Mahoney en 1978:

- Reconocimiento de la sensación de malestar
- Discriminar los eventos privados
- Evaluar las bases lógicas y la función adaptativa
- Presentar alternativas
- Premiarse o pensar en premiarse

La primer etapa de la terapia consiste en que el paciente y el terapeuta trabajen hacia el reconocimiento de la o las sensaciones de malestar; una vez reconocidas, la discusión lógica se centra hacia la discriminación de los eventos privados del paciente específicamente hacia sus creencias así como de sus compromisos, con el propósito de evaluar las bases lógicas y buscar entonces las alternativas de solución, siempre en términos de una discusión basada en preguntas hechas por el terapeuta, con el propósito de que el paciente encuentre las alternativas de solución, las ponga en practica y se premie por ello, si es que los resultados son los esperados.

Solución de problemas

D'Zurilla y Godfried (1971) propusieron la estrategia de solución de problemas; que consiste en ayudar al paciente a identificar y resolver problemas cotidianos que están causando respuestas no apropiadas, por esta razón es necesario aprender a definir los problemas no en términos de situaciones imposibles, sino de soluciones no apropiadas.

La estrategia de solución de problemas se compone de cinco fases:

- 1) Perfil de problema
- 2) Definición y formulación del problema
- 3) Generación de posibles soluciones o alternativas
- 4) Toma de decisiones
- 5) Evaluación de los resultados

En lo que se refiere al perfil del problema lo que se pretende es conocer cuál es la percepción que el paciente tiene del problema principal, las consecuencias que esta experimentando, la evaluación que el propio paciente está haciendo del problema así como el tiempo y el esfuerzo que el paciente está utilizando para intentar resolverlo. El inventario conductual de problemas (Mc Kay, Davis, Fanning, 1981) se aplica cuando el paciente no tiene muy claro cuál es el problema principal, este inventario se divide en ocho áreas, que son: salud, economía, trabajo, vivienda, relaciones sociales, ocio, familia y psicológica.

En cuanto a la definición y formulación del problema el terapeuta obtiene la mayor información acerca del problema, así como la más relevante, junto con el paciente definen de modo completo cuál es el problema, intentan poner una meta realista para resolverlo y evalúan si en realidad ese es el problema sin hacer juicio de valor, tomando en cuenta las siguientes reglas:

- Excluirá las críticas, esto es, que se tomara en cuenta cualquier idea nueva sin juzgar si es buena o mala.
- Todo se vale, de modo que cuanto más rara o disparatada sea una idea quizá sea mejor.

- A mayor cantidad de ideas es mejor, mientras más ideas se produzcan, mayor es la probabilidad que algunas sean buenas.

Ya que la lista esta completa se empieza a valorar las consecuencias de las respuestas, inicialmente se descartan las que no son factibles. Después son evaluadas las consecuencias positivas o negativas que puede tener cada respuesta y se les asigna un puntaje de 0 a 5 tanto a las unas como a otras. La toma de decisiones inicia valorando los resultados factibles para cada una de las respuestas seleccionadas. Finalmente, se construye la solución para el problema; el terapeuta entrenará al paciente en cada paso que deba dar con base en la solución determinada.

Inoculación del estrés

Michenbaum y Cameron en 1972 describen a la tecnica de inoculación de estrés como una forma sistemática sobre como enseñar a los pacientes a relajarse y afrontar una gran variedad de experiencias estresantes. El entrenamiento en inoculación del estrés consta de tres fases:

1. Conceptualización
2. Adquisición de habilidades y ensayo conductual
3. Aplicación y seguimiento

En la fase de conceptualización se lleva a cabo la entrevista inicial con el fin de obtener información necesaria acerca del problema, también se entrena al paciente en la autovigilancia y a diferenciar entre lo que son las ejecuciones fallidas y los déficit en habilidades. Una vez definido el problema se formula el plan de tratamiento, se hace una evaluación para el entrenamiento en el manejo de habilidades y el paciente recibe una explicación sobre en qué consiste el modelo conceptual integrador.

La segunda fase de adquisición de habilidades y ensayo conductual se lleva a cabo en varias sesiones el entrenamiento en diferentes habilidades, entre ellas comunicación, asertividad, solución de problemas, habilidades de estudio, etcétera. Asimismo el paciente es entrenado en habilidades de afrontamiento.

Durante esta segunda fase se llevan a cabo ensayos conductuales de las habilidades adquiridas por medio de la técnica de interpretación de roles.

En la fase de aplicación y seguimiento el paciente es inducido a aplicar las habilidades adquiridas utilizando técnicas como imaginación guiada, ensayo conductual y por ultimo interpretación de roles. De este modo se le entrena en formas alternativas de anticipar situaciones estresantes, cómo manejar un problema similar al detectado y por medio de una jerarquización de situaciones, se le aproxima a la situación real que enfrentara. Finalmente habrá sesiones para el mantenimiento y la generalización del programa.

Intervención en crisis

En la vida existen situaciones o eventos inesperados, en el caso de los pacientes que reciben el diagnostico de diabetes esto les causan una crisis psicológica en la cual el paciente no encuentra la forma de afrontar el problema.

Los objetivos primordiales de acuerdo con Korchin en 1976 que deben ser abordados para una situación de intervención en crisis son:

- 1) Manejar el estado de estrés, ansiedad, desamparo y confusión del paciente.
- 2) Establecer patrones de conducta que permitan que el paciente no pierda o regrese a su nivel de funcionamiento cotidiano previo el evento.
- 3) Ayudar al paciente y los otros afectados (familia, vecinos, etc) en una estrategia de solución de problemas que permita llevar a cabo acciones inmediatas, tanto personales como comunitarias.

Estos objetivos pueden ser logrados por el paciente enseñándole como manejar sus pensamientos, sentimientos y conductas; guiándole sobre como explorar diferentes alternativas para definir con claridad los principales problemas y encontrar soluciones para cada uno de ellos. Tanto terapeuta como paciente deben analizar en conjunto las habilidades que el paciente ha experimentado para manejar situaciones difíciles, buscar fuentes de ayuda y apoyo tanto moral como económico, trabajar el proceso de duelo en caso de que haya ocurrido la muerte de un ser querido, así como dar apoyo a la familia.

El trabajo terapéutico con estrategias enfocadas hacia la mejora de la conducta y las cogniciones en los pacientes con alguna enfermedad crónico-degenerativa y progresiva, en este caso la diabetes mellitus tipo 2 , tiene un fuerte impacto en la adherencia a los tratamientos y modificación de hábitos en las personas que llevan algún tipo de tratamiento terapéutico. El enfoque principal de este trabajo es la aplicación de un taller teórico-practico donde el paciente analice sus fortalezas en cuanto al autocuidado, el automonitoreo y la importancia de apegarse al tratamiento y al mismo tiempo reconozca sus áreas de oportunidad que le impidan en cierto momento realizar cada una de las actividades anteriores ya que de el depende que su calidad de vida mejore o se vea afectada por las consecuencias progresivas de la enfermedad.

Capitulo IV. Taller de intervención psicológica para fomentar adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2.

Justificación

La diabetes es un padecimiento crónico, degenerativo, progresivo, incurable pero controlable.

La persona al ser diagnosticada con la enfermedad, vivencia una serie de cambios que de manera directa repercutirán a nivel personal, familiar y laboral ya sea de manera positiva o negativa en sus relaciones interpersonales y con el medio que le rodea.

Educar al paciente en su diabetes es un proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene como objetivo incorporar activamente al paciente y sus familiares en el manejo cotidiano de la enfermedad. Actualmente la educación en diabetes tiene que ver con procesos de automanejo lo cual pretende minimizar la dependencia medica en la solución de problemas y en la toma de decisiones y acciones en los tratamientos y en el cuidado general de la enfermedad.

En virtud de la alta incidencia y prevalencia de casos de diabetes en nuestro país y los altos niveles de baja adherencia terapéutica, las estrategias de intervención cognitivo-conductuales son consideradas como herramientas de apoyo psicológico de alto impacto entre las personas que deciden llevar a cabo un tratamiento para su diabetes. un ejemplo claro deriva del tratamiento médico ya que en muchas ocasiones es complicado y le demanda al paciente modificaciones en su estilo de vida, por lo tanto el control de la diabetes dependerá en gran medida de la conducta del paciente.

Objetivo general

El objetivo general del taller es promover en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 la concientización y sensibilización de su enfermedad con el apoyo de una propuesta de intervención psicológica para desarrollar destrezas que le permitan lograr el apego a su tratamiento.

Objetivos particulares

- Conocer las generalidades acerca de la diabetes mellitus y las etapas de duelo propuestas por Kúbler-Ross que vive el paciente cuando se enfrenta a la pérdida de la salud.
- Conocer las consecuencias de la diabetes mellitus tipo 2 y de igual forma el concepto de Adherencia Terapéutica, a fin de que tenga un control de su enfermedad así como las principales barreras que le impiden el buen manejo de su diabetes.
- El participante conocerá las diferentes alternativas de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, los procesos de monitoreo y autocontrol que existen, aprenderá a monitorear su glucosa, a registrar su peso y su presión arterial.
- Se analizarán cuales son los estados emocionales que se presentan en cuanto a la pérdida de la salud y con la aplicación de una técnica de relajación articular se trabajaran con los niveles de estrés.
- Identificará en que consiste un plan personal de alimentación y los aspectos importantes a considerar para el desarrollo del mismo, se abordarán los diferentes mitos acerca de la diabetes y reflexionando sobre la importancia de la asistencia a las consultas programadas.
- Conocerá las ventajas de la activación física, los beneficios y cuales son aquellas particularidades que se toman en cuenta para la creación de un programa personal de activación física.
- Por ultimo se analizarán las ventajas de la adherencia terapéutica en el manejo y control de la diabetes mellitus tipo 2.

Participantes

Este taller esta dirigido a pacientes adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, que se encuentren interesados en iniciar o mejorar la calidad de su tratamiento. El grupo estará integrado de 16 participantes como mínimo y de 20 participantes como máximo.

Duración

Consta de cinco sesiones que tendrán una duración de tres horas cada una. Se sesionara en un lugar independiente, con iluminación adecuada y con un espacio confortable.

Equipo multidisciplinario

El psicólogo deberá contar con la experiencia y conocimientos suficientes de la enfermedad, así como de las actividades de prevención y tratamiento de cada una de las áreas especializadas para trabajar conjuntamente con los pacientes. Explicando de manera sencilla los aspectos importantes de la diabetes mellitus, utilizando un lenguaje claro y apegado a los principios de andragogia, generando confianza en los asistentes que le permita lograr cada uno de los objetivos planteados para cada sesión.

Materiales

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Silla	Sillas de plástico con respaldo cómodo.	25
Mesa	Mesa de plástico, la cual estará al frente con los materiales de apoyo	1
Adaptador para conexión a tierra	Clavija con entrada para tres polos y salida para dos (positivo y negativo)	2
Computadora	Lap-top o CPU	1
Proyector	Proyector de imágenes para conectar a la lap top o CPU	1
Pantalla para proyección	Pantalla blanca para proyectar la presentación en caso de no contar se sugiere una pared blanca	1
Bocinas	Bocinas para conectar a la salida de audio de la Lap top o el CPU	Un par
Extensión y adaptador para conexión	Extensión para conectar a la fuente de luz y al equipo audiovisual	Uno de cada uno
Música de relajación	Piezas musicales con sonidos de baja frecuencia, sin voz (música clásica, sonidos de la naturaleza, etc) con duración de 1h, 30min	5 piezas
Hojas para rotafolio	Papel blanco y liso	25
Plumones	Plumones base de agua colores: azul, negro, rojo y verde	20
Maskin tape	Cinta masking tape para pegar sobre la pared	2 aros
Etiquetas de Papel	Etiquetas blancas	100 piezas
Lapiceros	Lapiceros tinta azul o negra	25 piezas
Presentación de Power point	Contenido teórico de cada sesión del taller	2 memorias
Hoja de registro de asistencias	Lista para registrar los nombres de los participantes que asisten a cada sesión	1 por sesión
Evaluación de sesión	Hoja para evaluar al instructor	100 piezas
Hojas de colores	Hojas de color verde, azul, amarilla	25 de cada color
Material de automonitoreo	Baumanometro, Glucometro, pinchador, lancetas, tiras reactivas	Suficientes y calibrados.
Pelota de plástico	Pelota mediana de plástico (ligera)	2 piezas.

Carta descriptiva

Taller de intervención psicológica para fomentar adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2.

SESION 1

Diabetes Mellitus y etapas de Kübler-Ross

TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO minutos	MATERIAL
Presentación y bienvenida Dinámica grupal “Los acuerdos”	Dar la bienvenida a los participantes. Establecer los lineamientos de trabajo grupal. Favorecer la cohesión e integración del grupo.	Explicación del objetivo. Dinámica “Los acuerdos: ¿Qué necesito para estar aquí? ¿Qué no me gustaría que pasara? ¿Qué espero del taller? “Presentación por parejas” Se anotan los acuerdos.	30	Etiquetas, Hojas de color (verde, azul y amarillo), rotafolio, plumones.
Conocimientos básicos de la diabetes mellitus	Conocer el concepto. Signos y síntomas. Factores desencadenantes. Tipos de diabetes.	Expositiva por un Médico Familiar. Preguntas y respuestas.	45	Rotafolio, Plumones, computadora, cañón de video, señalador, presentaciones en Power Point.
R e c e s o			10	
Perdida de la salud (Etapas de Kübler-Ross): Negación Rabia o ira Negociación Depresión Aceptación	Que los participantes identifiquen y reflexionen sobre las diferentes etapas del duelo establecidas por Kübler-Ross como proceso natural de vida y conozcan las diferentes	Expositiva realizada por un psicólogo. Sesión de lluvia de ideas.	50	Rotafolio, Plumones, computadora, cañón de video, señalador, presentaciones en Power Point.

	reacciones ante el saberse diagnosticados con diabetes mellitus.			
Reflexión y sensibilización	Manifiestar ante el grupo los sentimientos personales y el estados de animo en el que se encuentran posterior al tema	Técnica grupal “con una palabra o una frase ¿como me voy después de esta sesión?	30	Pizarrón y plumones
Propósito practico, cierre y evaluación de sesión	Aplicar los conocimientos adquiridos y establecer un compromiso de trabajo. Aplicación de la evaluación de sesión	Por escrito plasmaran a que se comprometen para la siguiente sesión y llenaran su evaluación de sesión.	15	Evaluación de sesión, bolígrafos.

Primera sesión

Desarrollo de la sesión

El psicólogo iniciará en tiempo y forma de acuerdo a lo establecido en el horario ya programado. Una vez iniciada la sesión se dará la bienvenida a los participantes y se presentara.

Posteriormente expondrá el contenido temático con el que se trabajará durante las siguientes sesiones del taller. En caso de haber dudas aclarará cada una de ellas. Utilizando la dinámica “Los acuerdos” se detectarán las expectativas de los participantes al mismo tiempo que se favorece la integración grupal. Los participantes se enumeraran del 1 al 4, después formarán equipos tomando el cuenta el numero que les tocó, por ejemplo los números 1 con los 1, los 2 con los 2 y así hasta llegar al cuatro y formar 5 equipos. Se le proporcionara a cada integrante de los equipos un juego de hojas de color: verde, azul y amarillo. Una

vez que todos ya las tienen la indicación es que solamente dibujaran contestando a las siguientes preguntas:

En la hoja de color verde contestaran con dibujos ¿Qué necesito para estar aquí?

En la hoja de color azul contestaran con dibujos ¿Qué no me gustaría que pasara?

Y por último en la hoja de color amarillo contestaran ¿Qué espero del taller?, una vez que terminen de dibujar compartirán cada uno de sus dibujos por parejas y llegarán a formular sus acuerdos a nivel grupal, para que una vez cuando ya hayan logrado eso lo expongan ante el grupo y si está de acuerdo el grupo se plasmará en el rotafolio y de esta manera el mismo grupo habrá descrito los acuerdos en donde todos los participantes estuvieron dispuestos a cumplir durante el taller. El psicólogo propondrá los 3 acuerdos básicos para el taller que son:

1. Hablar en primera persona
2. Evitar aconsejar
3. Todo lo que se dice aquí se queda.

Una vez terminada la dinámica se dará paso a la exposición por parte del médico familiar con el tema: “Conocimientos básicos de la Diabetes Mellitus”, con el propósito de conocer que es la diabetes mellitus, cuáles son los signos y síntomas, identificar los factores de riesgo y por último identificar cuáles son los tipos de diabetes.

Terminado el tema se da pie a un receso.

Terminado el receso el psicólogo cerrará la primera sesión con el tema: Pérdida de la salud (Etapas de Kübler-Ross), en donde definirá las cinco etapas (Negación, rabia o ira, negociación, depresión y aceptación) que vive una persona cuando pierde su salud.

Se realizará la reflexión y sensibilización del grupo para que comparta algunas experiencias utilizando la dinámica: “Con una palabra: ¿Cómo me voy después de esta sesión?”. Esta dinámica permite comunicar y expresar públicamente los sentimientos personales y el estado emotivo en que se encuentra el participante, además de conocer sus expectativas con respecto al grupo y al taller.

Se realizará el cierre aplicando la: “Evaluación de sesión” en donde el participante calificará del 1 al 5, siendo 1 la calificación más baja y 5 la calificación más alta,

contestando a las preguntas: ¿que le pareció la sesión?, ¿como fue el manejo del grupo?, ¿los expositores promovieron la participación? Y por ultimo contestara a las preguntas: ¿a que me comprometo para la siguiente sesión? Y ¿tengo alguna sugerencia?

El psicólogo se despide no sin antes recordarles a los participantes el horario y lugar de la próxima sesión.

Taller de intervención psicológica para fomentar adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2.

SESIÓN 2

Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y concepto de Adherencia

Terapéutica

TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO minutos	MATERIAL
Saludo y presentación	Fomentar la integración grupal y el dialogo entre los participantes	Dinámica de grupo: "Los saludos"	15	Salón sin sillas, con suficiente amplitud para moverse sin correr riesgos.
Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2	Los participantes conocerán los riesgos que significan las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2	Uso de la técnica expositiva. Preguntas y respuestas.	60	Rotafolio, plumones, presentaciones en power point, cañón de video, computadora y señalador.
R e c e s s o			15	
Que es la Adherencia Terapéutica. Las 7 herramientas de control. Factores que intervienen en la no Adherencia al tratamiento	Reconocer la importancia del llevar un control de la diabetes. Identificar hábitos para apegarse al tratamiento. Conocer cuales son las resistencias al cambio.	Dinámica de grupo: "Tengo una actitud de cierre"	60	Presentaciones en power point, cañón de video, computadora.
Reflexión y sensibilización	Manifestar ante el grupo los sentimientos personales y el estados de animo en el que se encuentran posterior al tema.	Técnica grupal "con una palabra o una frase ¿como me voy después de esta sesión?"	15	Pizarrón y plumones

Propósito práctico, cierre y evaluación de sesión	Llevar a la práctica los conocimientos adquiridos y establecer un compromiso de trabajo. Aplicación de la evaluación de sesión.	Por escrito plasmaran a que se comprometen para la siguiente sesión y llenaran su evaluación de sesión.	15	Evaluación de sesión y bolígrafos.
---	---	---	----	------------------------------------

Segunda Sesión

Desarrollo de la sesión:

Se iniciara la sesión de acuerdo al horario programado y se comenzara, haciendo un breve resumen de la sesión anterior, posteriormente con el apoyo de una dinámica de integración llamada “Los saludos” en donde los participantes formaran un circulo y seguirán las instrucciones del psicólogo: saludo mexicano: ¿Hola como estas? Y los participantes extenderán su mano al frente, saludo apache “hao” y los participantes levantaran su palma derecha, saludo japonés “Sayonara” y los participantes harán una reverencia hacia el frente y por ultimo saludo hawaiiano “aloha-loha” y los participantes se colocaran las manos en la cintura y moverán sus caderas al mismo tiempo que dicen el saludo en voz alta. Con esta dinámica se busca promover la integración del grupo y que los participantes activen su coordinación, pensamiento y movimiento.

El primer tema del día será: “Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2”, durante el desarrollo de este tema se busca hacer conciencia en los participantes sobre las complicaciones de la enfermedad así como de sus métodos para prevenirlas. Al finalizar el tema se hará una serie de preguntas y respuestas para aclarar cualquier duda que pudiera quedar entre los participantes. Se dará paso a un breve receso y posteriormente se continuará con el tema: “Que es la Adherencia Terapéutica, las 7 herramientas de control y los factores que intervienen en la no Adherencia al tratamiento” con ellos se busca concientizar al paciente sobre la importancia de llevar un control de la enfermedad y se expondrán 7 herramientas de control: 1)Llevar una sana alimentación, 2)Activarse físicamente, 3)Acciones de automonitoreo, 4)Llevar un tratamiento medico,

5) Aprender a enfrentar los retos cotidianos, 6) Tomar una actitud positiva y 7) Disminuir riesgos. Se analizarán cuáles son las principales barreras a las que se enfrenta el participante para poder llevar a cabo cada una de las 7 herramientas de control.

Para finalizar con el apoyo de la dinámica: “Tengo una actitud de cierre” el participante observará que tan difícil es explicarle a otra persona algo que para él es importante pero que para su receptor no lo es. La dinámica consiste en buscar una persona con la que desee trabajar la actividad, uno hablará por 30 segundos y el otro tendrá una actitud indiferente para lo que le está contando, al finalizar el tiempo, se intercambiarán los papeles, quien habló ahora recibe la información de manera indiferente y quien fue el receptor ahora hablará. Por último se le pedirá a los participantes que expresen cuál fue su sentir durante la dinámica.

Se pasará a la etapa de reflexión y sensibilización en donde el grupo formará un círculo y contestará a la pregunta ¿Qué me llevo de la sesión del día? El objetivo es que los participantes demuestren su sentir emocional tras haber escuchado el contenido temático de la sesión.

Se realizará el cierre aplicando la: “Evaluación de sesión” en donde el participante calificará del 1 al 5, siendo 1 la calificación más baja y 5 la calificación más alta, contestando a las preguntas: ¿qué le pareció la sesión?, ¿cómo fue el manejo del grupo?, ¿los expositores promovieron la participación? Y por último contestará a las preguntas: ¿a qué me comprometo para la siguiente sesión? Y ¿tengo alguna sugerencia?

El psicólogo se despide no sin antes recordarles a los participantes el horario y lugar de la próxima sesión.

Taller de intervención psicológica para fomentar adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2.

SESION 3

Tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2, estados emocionales respecto a la perdida de la salud y control de estrés.

TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO minutos	Material
Bienvenida y repaso de la sesión anterior.	Hacer un recapitulado de los temas vistos con el apoyo de los participantes	Lluvia de ideas	10	Rotafolio y plumones.
Tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2	Conocer las alternativas de tratamiento y control de la enfermedad así como los beneficios que esto implica.	Técnica Expositiva.	60	Glucómetro, baumanometro, pinchador, lancetas, tiras reactivas. Presentaciones en power point, cañón de video, computadora y señalador.
R e c e s o			10	
Estados emocionales en relación a la perdida de la salud	Identificar factores que desencadenan emociones negativas. Hacer conciencia ante la pérdida de la salud.	Se utilizará la técnica expositiva y el tema será impartido por el psicólogo	50	Rotafolio, plumones, presentaciones en power point, cañón de video, computadora y señalador.
Control del estrés	Conocer que es el estrés. Hacer conciencia del propio estrés. Conocer y sentir beneficios de relajación para el control del estrés.	Participación del psicólogo. Técnica de relajación "articular"	40	Grabadora y música

Propósito práctico, cierre y evaluación de sesión	Llevar a la práctica los conocimientos adquiridos y establecer un compromiso de trabajo. Aplicación de la evaluación de sesión.	Por escrito plasmaran a que se comprometen para la siguiente sesión y llenaran su evaluación de sesión.	10	Llevar a la práctica los conocimientos adquiridos y establecer un compromiso de trabajo. Aplicación de la evaluación de sesión.
---	---	---	----	---

Tercera Sesión

Desarrollo de la sesión

El participante conocerá y analizará las medidas de control de la enfermedad y sus beneficios. Los participantes aprenderán a monitorear su glucosa, a medir su presión arterial, registrar su peso corporal y los beneficios que se obtienen a corto y largo plazo. En caso de haber dudas se aclararán en el momento, debido a que es tu tema donde se le invita al paciente a realizar las actividades de automonitoreo se le proporcionara un receso posterior al termino de este tema. Se continuara con el tema: “Estados emocionales en relación a la perdida de la salud” en donde el psicólogo retomara el significado del duelo, dirigido a hacer conciencia de la perdida de la salud, así como la importancia que tiene la aceptación de la enfermedad en el proceso de reorganizar su vida. y por ultimo impartirá el tema: “control del estrés”. Con estos temas se busca generar conciencia del propio estrés y los beneficios de la relajación articular para controlar el mismo.

Ejercicio de Relajación Articular, el objetivo es la toma de conciencia corporal y de si mismo.

Liberar el conjunto de articulaciones de tensiones innecesarias, regresando el cuerpo a su actitud natural, corrección de posturas que son sinónimos de tensión.

Iniciar con una posición que permita permanecer inmóvil, con los ojos cerrados y realizando varias respiraciones completas como la introducción a los ejercicios. La única instrucción es siente la articulación..... empezar por la parte superior del cuerpo hasta llegar a los dedos de los pies. Posteriormente se dará la instrucción de “mover”. Se realiza prestando atención a la sensación general del cuerpo, tras

ello realizar dos respiraciones completas, se abrirán y cerraran las manos y abrir los ojos, esto se realiza tres veces.

Estos ejercicios ayudan a relajar y a soltar la tensión de los músculos, practicando regularmente ayuda a que los latidos del corazón sean regulares y que la presión arterial y la glucosa se encuentren en niveles estables.

Por otra parte se identificarán los Pasos para reducir el estrés emocional:

- 1.- Encontrar las causas del estrés.
- 2.- Partes del estrés que se encuentran fuera de nuestro control.
- 3.- Aprender a aceptar lo que no podemos cambiar.
- 4.- Reconocer las partes del estrés que podemos controlar.
- 5.- Planificar cambios fijando metas a corto y largo plazo.
- 6.-Anticipar algunos tropiezos al tratar de lograr nuestras metas.
- 7.-Soluciones posibles para cualquier tropiezo.
- 8.- Aprender de nuestros errores.
- 9.- Nunca darnos por vencidos.

Se realizara el cierre aplicando la: "Evaluación de sesión" en donde el participante calificara del 1 al 5, siendo 1 la calificación mas baja y 5 la calificación mas alta, contestando a las preguntas: ¿que le pareció la sesión?, ¿como fue el manejo del grupo?, ¿los expositores promovieron la participación? Y por ultimo contestara a las preguntas: ¿a que me comprometo para la siguiente sesión? Y ¿tengo alguna sugerencia?

El psicólogo se despide no sin antes recordarles a los participantes el horario y lugar de la próxima sesión.

Taller de intervención psicológica para fomentar adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2.

SESIÓN 4

Plan de alimentación y creencias sobre la salud

TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO minutos	Material
Bienvenida y dinámica "Me gana la risa"	Buscar la integración del grupo y su participación activa.	Dinámica de grupo	10	Salón amplio Y grupo dividido en dos partes.
Importancia de un plan de alimentación	El participante conocerá los aspectos importantes que se toman en cuenta para desarrollar un plan personal de alimentación así como sus ventajas.	Técnica Expositiva. Preguntas y respuestas.	60	Diversidad de alimentos
R e c e s o			10	
Creando mi platillo del buen comer	El participante creara en base a los conocimientos adquiridos su platillo del buen comer con la supervisión del Psicólogo.	Expositiva frente al grupo el participante junto con el Psicólogo.	50	Hojas para rotafolio, plumones.
Creencias en salud y la importancia de asistir a las consultas programadas.	Identificar los mitos que existen sobre la diabetes y aclarar las dudas que existan con el profesional de la salud.	Expositiva por parte del psicólogo, se aplicara la dinámica "Teléfono descompuesto"	40	Párrafo escrito del poema: Los amorosos.
Propósito practico, cierre y evaluación de sesión	Llevar a la práctica los conocimientos adquiridos y establecer un compromiso de trabajo. Aplicación de la evaluación de sesión.	Por escrito plasmaran a que se comprometen para la siguiente sesión y llenaran su evaluación de sesión.	10	Evaluación de sesión y bolígrafos.

Cuarta Sesión

Desarrollo de la sesión

El psicólogo dará la bienvenida a los participantes invitándolos a formar dos grupos, de lado derecho los participantes van a observar lo que hagan los participantes del lado izquierdo únicamente van a observar, mientras que la instrucción para los participantes del equipo izquierdo será que traigan a su mente un evento que les cause mucha risa, y que comiencen a reírse de tal forma que contagien de la risa a los participantes del equipo contrario. Si alguno de los participantes del equipo del lado derecho se contagia de la risa los papeles se intercambian. Ahora el equipo contrario quien observaba anteriormente, recordara un suceso agradable que le de mucha risa y tratara de contagiar a algún integrante del equipo contrario. El objetivo de la dinámica es conservar la integración del grupo y aumentar la autoestima de los participantes.

Posteriormente se dará inicio a la exposición del primer tema del día: “Importancia de un plan de alimentación” en donde los participantes conocerán cuales son los aspectos que se toman en cuenta para desarrollar un plan personal de alimentación, los beneficios que esto trae consigo, así como aclarar dudas o preguntas que pudieran surgir por parte de los participantes. Se les dará un receso de 10 minutos. Pasado este tiempo continuará la siguiente actividad en donde los participantes crearan su propio platillo del buen comer, esto con el objetivo de que los participantes afiancen los conocimientos adquiridos en el tema anterior.

Para cerrar el contenido temático de la sesión el psicólogo expondrá el tema: “Creencias en salud” donde se abordara de manera grupal los mitos que existen acerca de la diabetes mellitus tipo 2, con el apoyo de la dinámica “Teléfono descompuesto” los participantes vivenciarán como es que los mensajes que pasan de boca en boca no siempre son como suelen llegar a nuestros oídos. Se colocarán cinco sillas frente al público, se le pedirá a cinco participantes de manera voluntaria que desean realizar la dinámica que tomen cada uno de los asientos.

El psicólogo le proporcionara por escrito un pequeño párrafo del poema: “los amorosos” que la primer persona leerá para si misma:

“Los amorosos buscan,
los amorosos son los que abandonan,
son los que cambian, los que olvidan.
su corazón les dice que nunca han de encontrar,
No encuentran, buscan”

Una vez que lo haya terminado de leer, con mucho respeto en oído le volverá a dar el mensaje pero ahora sin leer el texto, y así van a ir pasando la voz hasta que llegue al ultimo participante, al terminar de escuchar se levantara de la silla y sobre el rotafolio escribirá el mensaje que le compartieron. De esta manera se espera que el mensaje sea el mismo que pudo leer la primera persona, pero esto no será, ya que conforme va pasando de boca en boca va perdiendo al mismo tiempo su contenido original. Para finalizar el tema se le recalcará al participante la importancia que tiene el asistir a las consultas programadas con el propósito de aclarar las dudas que pudieran surgir a partir de escuchar todos los mitos que existen alrededor de la diabetes.

Por último se pasara al cierre de la sesión en donde los participantes llenaran su evaluación del día y anotaran a que se comprometen para la última sesión del taller.

El psicólogo se despide no sin antes recordarles a los participantes el horario y lugar de la próxima sesión.

Taller de intervención psicológica para fomentar adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2.

SESIÓN 5

Importancia de la actividad física y beneficios de la Adherencia Terapéutica.

TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO minutos	Material
Bienvenida y repaso de temas vistos	Analizar cuales temas se han expuesto y escuchar las aportaciones de los participantes.	Lluvia de ideas	10	Rotafolio, plumones.
Importancia de la actividad física	Identificar que es una actividad física, así como los beneficios y los aspectos personales a considerar para adecuar el tipo de actividad para cada persona.	Técnica Expositiva.	60	Rotafolio, hojas, plumones, presentaciones en power point, cañón de video, computadora y señalador.
R e c e s o			10	
Beneficios de la adherencia terapéutica	Identificar cuales son los beneficios de apegarse a un tratamiento. Considerar medidas de control en la diabetes mellitus	Técnica expositiva.	50	Rotafolio, hojas, plumones, presentaciones en power point, cañón de video, computadora y señalador.
“Pasa la bolita”	Recapitular la información proporcionada durante las diferentes sesiones del taller.	Lluvia de ideas.	40	Pelota de plástico.

Propósito práctico y cierre del taller	Llevar a la práctica los conocimientos adquiridos en todas y cada una de las sesiones.	Dinámica: ¿Cómo me voy en una palabra?	10	Cañón de video, computadora, sonido, video: "El vuelo del águila"
--	--	--	----	---

Quinta Sesión

Desarrollo de la sesión

Al inicio de la sesión se le invitara a los participantes a hacer un breve resumen de las sesiones vistas, cuales han sido los temas que se han expuesto y cuales han sido los principales propósitos concretos a los que se han comprometido. Se iniciara con el tema: "Importancia de la actividad física", en donde se abordaran conceptos y aspectos a considerar para realizar una adecuada actividad física tomando en cuenta las necesidades particulares de cada persona. Se aclararán dudas en caso de haberlas. Y se dará un receso de 10 minutos para posteriormente iniciar con el segundo tema de la sesión: "Beneficios de la adherencia terapéutica" que será impartido por el psicólogo y para cerrar el taller se realizara la dinámica: "Pasa la bolita" en donde a partir de una serie de preguntas acerca de consejos médicos y psicológicos mas relevantes de las cinco sesiones los participantes podrán expresar los conocimientos adquiridos durante el taller. La dinámica consiste en formar un círculo entre todos los participantes, la pelota la tendrá uno de los participantes, el psicólogo estará de espaldas al grupo y sin ver cantara: "pasa la bolita" de inmediato comenzaran a pasar la pelota entre ellos los participantes para que cuando el psicólogo diga: "alto" a quien se le quede se le hará una pregunta de acuerdo a los temas vistos en las sesiones. El objetivo de esta dinámica es afianzar los conocimientos adquiridos así como la solidaridad y la identificación con las opiniones de los participantes.

Por ultimo ya estando en circulo con el apoyo de la dinámica: "en una palabra ¿como me voy?" los participantes comentaran los cambios que experimentaron desde la primera hasta la ultima sesión.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Debe ser de gran impacto, el hecho de saber que de momento a otro se tenga que modificar los hábitos y costumbres personales para atender de por vida una nueva situación, en otras palabras, perder la salud por la enfermedad, modificar la alimentación que por años se ha llevado ahora por una dieta, dejar el sedentarismo para comenzar a realizar alguna actividad física de manera obligada y rutinaria y dejar los excesos para tomar medicamentos. La diabetes mellitus es la razón por la cual muchos pacientes al inicio de la enfermedad y los que tienen tiempo considerable de padecerla continúan pensando y negando que están enfermos, a tal grado que continúan bajo un estado de enojo, crisis, estrés, duelo, hostilidad, aislamiento o depresión y que por lo tanto su estado emocional permanece deteriorado y sin la posibilidad de aceptar el tratamiento, dando lugar a graves complicaciones (Lerman, 2003)

Actualmente se ubica a la diabetes mellitus como una pandemia con tendencia ascendente debido a los datos alarmantes con los que se presenta. Se estima que existen 171 millones de personas con diabetes en el mundo, de las cuales 10 millones son mexicanos. En nuestro país es la principal causa de ceguera, amputaciones y de insuficiencia renal crónica. Anualmente se incrementan 150 mil nuevos casos y provoca alrededor de 36 mil defunciones debido a la falta de detección oportuna.

Aunque el avance científico y tecnológico ha permitido obtener extraordinarios conocimientos en este contexto, no se ha podido poner un alto a esta pandemia.

En este sentido y con la idea de contribuir para tratar de focalizar los posibles factores que se deben atender para disminuir la prevalencia de la enfermedad, hace falta mucho por hacer en cuanto a la forma en la que se enfrenta a la enfermedad ya que desde el punto del profesional médico solo se enfoca a atender los síntomas de la enfermedad pero no toma en cuenta el apoyo de un equipo multidisciplinario para hacerle frente de manera integral a este padecimiento. Esto genera en la persona con diabetes la no opte por adherirse a los tratamientos y por lo tanto no tiene un control óptimo en los mismos.

Las principales complicaciones de la diabetes se debe al incumplimiento de los objetivos de los tratamientos, debido a la manera con la que se le comparte su diagnóstico así como sus expectativas de vida a partir de vivir con la enfermedad. Esto le genera a la persona una situación de pérdida emocional lo que en muchos casos la orilla a aislarse y a dejar todo sin haberlo intentado.

El desarrollo de intervenciones psicológicas en conjunto con la participación de médicos especialistas y profesionales de la salud proporcionan a la persona con diabetes un mejor panorama y una mayor expectativa de vida una vez que experimenta los beneficios de apegarse a su tratamiento. Finalmente quien decide hacer cambios en su vida será el paciente y las consecuencias positivas dependerán del grado de convencimiento con el que realice cada una de las actividades.

Ayudando a las personas con diabetes a conocer sus recursos, a descubrir sus habilidades y a generar destrezas y conductas de autocuidado lograrán tener un mejor control de la enfermedad, evitando el riesgo de complicaciones, lo que repercutirá en su calidad de vida.

La creación de grupos multidisciplinarios con un enfoque concreto de trabajo para abordar de manera integral el manejo de la enfermedad, el manejo de estrés, la creación de planes de alimentación, la practica de una actividad física, el control de estados emocionales, el reconocimiento de las barreras que impiden la adherencia a los tratamientos, todo ello dentro de un ambiente dinámico encaminado a la toma de conciencia, sensibilización y reflexión a través de diversas técnicas y con el apoyo de diversas dinámicas grupales en las que se trabajen estas mismas resistencias al tratamiento y se busque fomentar una mejor adherencia. De esta forma los pacientes aceptarán su enfermedad, comprenderán la necesidad de un control optimo en la practica de su tratamiento, lo que les permitirá una mejor calidad de vida, dándose cuenta que su papel como paciente es el mas importante para el grupo multidisciplinario.

Una de las limitantes que considero de gran relevancia va de la mano con el equipo de especialistas que trabajan con la persona con diabetes, ya que son ellos quienes primeramente deben vivenciar cada una de las técnicas que ofrece el

taller con el fin de sensibilizarse ante la situación a la que se esta enfrentando el paciente. Conocer cuales son las emociones que rodean y envuelven a la persona para así poder entender aquellas limitantes que le impidan relacionarse con el y comprender aquellas ideas que tiene el paciente ante la inminente perdida de su salud.

Otra de las limitantes seria durante el taller con los participantes en cuanto a la disposición de tiempo. Podrían asistir a las dos primeras sesiones pero talvez a las siguientes tres ya no. Una causa podría ser la falta de tiempo, pero otra sería el desinterés hacia el taller.

Para contrarrestar esta situación el taller se ha diseñado de una forma dinámica y atractiva donde no solo el psicólogo realiza la exposición de temas sino que interactúan participantes y psicólogo generando un ambiente de intercambio de ideas y opiniones, fomentando la integración y la inclusión de ideas de todas y cada una de las personas del grupo.

Referencias.

- American Diabetes Association (1994). *Manejo medico de la diabetes insulino dependiente* (Tipo I). 2ª ed. México: GMID
- American Diabetes Association (2001). *Diabetes Mellitus and Exercise*. Clinical Practice Recommendations; 24. Supplement 1.
- American Diabetes Association ADA (2000). *Screening for type 2 care*. 23, 520-523
- Asociación Latinoamericana de la Diabetes (1998). *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*. Suplemento No.1
- Beck, A.T. (1981). *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford Press.
- Becker, M.H. y Maiman, L. (1980) Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, 6, 113-135.
- Bersntein, D.A., Borkover, T.D., (1973). *Progressive Relaxation Training: A manual for the helping professions*. Champaing, IL, Research Press.
- Caplan, R. D. (1979). Patient, provider and organization: Hypothesized determinans of adherence. En S.J. Cohen (Ed.), *New directions in patient compliance*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Condit F, Deakins D. (1993). Hipoglucemiantes orales. *Nursing*, 8-16.
- D´Zurilla, T., Godfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Díaz, L., Galán, S. y Fernández, G. (1993). Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II. *Salud Pública de México*, 35, (2).
- Domínguez, 1985. *Adherencia Terapéutica, Contribuciones en la Investigación de Psicología a la Adherencia Terapéutica*. XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México.
- Dunbar J., Dunning E.J., Dwyer K. (1989). Compliance measurement with arthritis regimen. *Arthritis Care & Research*. 2 (3):S8-16.
- Durán, G.L., Bravo, F.P., Hernández, R.M., Becerra, A.J. (1997). *El diabético optimista*. México: Editorial Trillas.
- Ellis, A.(1961). *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. New York: Futura Publishing Co.
- Eraker, S.A., Kirscht, J.P. y Becker, M.H. (1984). Understanding and improving patient compliance. *Annals of Internal Medicine*, 100,258-268.
- Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (1997). Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus report. *Diabetes Care*, 20 (Suppl 7): 1183-1197
- Feifer Chris; Tansman Mara (1999). Promoting Psychology in Diabetes Primary Care. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol.30, No.1,14-21.
- Figuerola, D. y Reynals, E. (2000). En Farreras y Rozman (2000). *Medicina Interna*. Decimo tercera edición. Edición en CD-ROM.
- Fisher, L., Chesla, C.A., Mullan, J.T., Skaff , M.M., Kanter, R.A.(2001). Contributors to depression in Latino and European-American patients with Type 2. *Diabetes. Diabetes Care*, 24, 1757-2001.
- Frans M, Morton E, Bantle J (1994). Nutrition principles for the management of diabetes related complications. *Diabetes Care*.;17.490-518.

- Harold E, Lebovits M (1995). *Therapy of diabetes mellitus and complications*. 2nd ed. American Diabetes Association.
- Jiménez Jiménez, C. (1998) Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud II. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Córdoba.
- Lebovitz M.E (1991). Introduction: goals of treatment. En Lebovitz HE, De Fronzo R.A, Genuth S y col (eds.). *Therapy for diabetes mellitus and related disorders*. Alexandria, V.A: *American Diabetes Association*.
- Lerman Garber I (1994). *Atención integral del paciente diabético*. México: Mc Graw Hill Interamericana. (Pp.3-4)
- Lerman, I. (2003). *Atención Integral del paciente diabético*. México: Interamericana.
- Luna B., Feinglos M. (2001). Oral Agents in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus. *American Family Physician*. Vol. 63, No. 9. 1747-1756.
- Márquez, B. (2001). *Intervención cognitivo conductual dirigido a pacientes con diabetes mellitas tipo 2*. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence*. A practitioner's Guidebook. Nueva York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D., Cameron, R. (1979). Cognitive-behavior therapy. En: Franks, C., Wilson, T. (1979). *Behavior Therapy*. New York, Academic Press.
- Miller, W., (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Moreno, A. (2001). *Revista No.1 Departamento de salud publica*. México. UNAM. Facultad de Medicina.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Adherence to long term therapies*. 21 Nov 2001. http://www.who.int/ncd/chronic_care/long_term_therapies/
- Ortiz, I. (2005). *El trabajo del duelo: la recomposición del lugar vacío*. Tesina de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.
- Oviedo, M.A., et al, (2003). Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMMS*. 41, 527-540.
- Papada, M.A. (2003). Diabetes Mellitus e hipoglucemia. *Diagnostico y Tratamiento*. México. Manual Moderno. 38^a Edición.
- Pérez-Pasten, E. (1996). *Guía para el educador en diabetes*. México: Soluciones Graficas.
- Podell, R.N.(1975).Compliance: A Problem in medical management. *American Family Physician*, 13,74-80.
- Polaino y Lorente, A. (1990) *Introducción a la modificación de conductas para profesionales de enfermería*. Barcelona. PPU
- Puente- Silva, F. (1984). *Adherencia terapéutica. Implicaciones para México*. México: Federico Puente-Silva.
- Quittner, A., Espelage, D., Ievers-Landis, C., Drotar, D., (2000). Measuring adherence to medical treatments in childhood chronic illness : Considering multiple methods and sources of information. *Journal of Clinical Psychology in Medical settings*, Vol.7. (1) Mar 2000, 41-54.
- Rivera A. (2001). *Diabetes Mellitus: programa complete para su tratamiento dietético*. Edo. México: Pax.

- Roszler J., Polonsky W. y Edelman S. (2004). *Los secretos para vivir y amar con diabetes*. México: Editorial Panorama
- Sackett D. (1994). Ayudar a los pacientes a cumplir los tratamientos. *Epidemiología Clínica. Ciencia básica para la medicina clínica*. 2ª. Edición. Buenos Aires Argentina: Interamericana, 1994; 249-260.
- Sánchez-Sosa J.J (1998). *Desde la prevención primaria hasta ayudar a buen morir: La interfaz intervención-investigación en psicología de la salud*. En G. Rodríguez y M. Rojas (Comps.) *La psicología de la salud en America Latina*. México: M.a. Porrúa. 33-44
- Sánchez-Sosa J.J. (en prensa). As the doctor ordered: How Clinical Psychology helps recover physical Health. En prensa.
- Schneider SH, Borgardus C, Horton E. (1990). Exercise and NIDDM. Technical review. *Diabetes Care* 1990; 5: 263-271.
- Secretaria de Salud (1995). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. 2ª Ed. México: SSA
- Stone, G.C. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, 35, 34-59.
- Varni, J. W. y Wallender, J.L. (1984). Adherence to health-related regimens in pediatric chronic disorders. *Clinical Psychology Review*. 4, 585-596.
- Vázquez, F. (2002). *Sintiéndome bien con la diabetes*. México. Intersistemas.
- Watkins, J.D., Roberts, D.E., Williams, T.F., Martin, D.A. y Coyle, I.V. (1967). Observation of medication errors made by diabetic patients in home. *Diabetes*, 16, 882-885.
- Zimmerman B.R. (1998). *Medical Management of type 2 Diabetes*. 4th ed. Alexandria, V.A. *American Diabetes Association*.
- Zubirán, S, Chávez, A. (1984). Estudio epidemiológico de la diabetes en la ciudad de México, *Revista de Investigación Clínica*, 15: 367-383.