



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL: DEPRESIÓN Y
CONTROL METABÓLICO EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

GABRIELA LÓPEZ MEDINA

DIRECTOR PRINCIPAL: MTRO. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA (UAEH)

DIRECTOR EXTERNO: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA (UNAM)



PACHUCA DE SOTO, HGO.

2010

Agradecimientos

*Doma la mente y en ocasiones
prescinde de ella.
Osho.*

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por brindarme la oportunidad de conocer a excelentes profesionales de la salud encargados de mi educación y formación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a Espacio Común de Educación Superior (ECOES) por otorgarme una beca y permitirme realizar una estancia de seis meses en la UNAM que trajo como resultado además de conocer su excelente y apreciable comunidad, desarrollar un proyecto de tesis de alta calidad.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa quien fungió como director externo de este proyecto, mi más grande admiración y respeto, agradezco infinitamente su confianza, asesoría, conocimientos y el tiempo dedicado a mi trabajo.

A la Dra. Isabel Reyes Lagunes y al Dr. Samuel Jurado Cárdenas por permitirme entrar a sus clases durante mi estancia en la UNAM, de todo corazón agradezco todas sus enseñanzas.

A los miembros del jurado, Dra. Melissa García, Dra. Gloria Solano, Mtro. Juan Patricio Martínez, Mtra. Mónica Pineda y Mtra. Marianomeli por sus valiosos conocimientos, comentarios y el tiempo dedicado a la revisión de este documento.

A mis Padres, Mamá gracias por todo el amor y los cuidados, por enseñarme lo que significa la fortaleza y ganas de vivir y por estar cuando más lo he necesitado; Papá gracias por tu apoyo y confianza, por enseñarme lo que significa la paciencia y la perseverancia, gracias a ambos por procurar siempre mi bienestar.

A mi hermano Alfredo y a mi Tío José por tolerar luces encendidas, ruido y música durante muchas noches producto de las desveladas pero sobre todo por sobrellevar mis altos niveles de estrés y ansiedad.

A mi abuelo José y a mis Tíos Jaime y Vero porque siempre han estado conmigo, gracias por su apoyo y amor incondicional, por brindarme un techo y por todo el apoyo económico; gracias Tío por los aventones a la Facultad muy temprano y por los libros imposibles de encontrar.

A mis amigas, Ale, Tan, Tere, Nalle y Clau por compartir los mejores pero sobre todo por estar en algunos de los peores momentos de mi vida, tolerar mi TOC y por todo el cariño, gracias.

Al Mtro. Arturo Del Castillo, gracias por la oportunidad de formar parte de tu equipo de trabajo, me encuentro profundamente agradecida por la confianza y por creer en mí, por todo lo que me enseñaste y por compartir conmigo esta tan agradable experiencia. Gracias por enseñarme lo que significa el compromiso que implica estar frente a un paciente que requiere de ayuda, por enseñarme a esforzarme para ser mejor como profesional y persona cada día, por los buenos momentos y por qué no, gracias por todas las llamadas de atención, sin ellas, sin ti y sin tu apoyo nada de esto hubiera sido posible. No me cabe más que decirte que eres un excelente profesional y una gran persona. Mi más profundo respeto y admiración, ¡muchas gracias!.

Finalmente, a todos y cada uno de los pacientes que participaron en este proyecto, a los médicos, enfermeras y a todas aquellas personas que por ahora escapan a mi recuerdo pero que contribuyeron a que esto fuera posible.

ÍNDICE

Resumen	i
Abstract	ii

INTRODUCCIÓN.....	iii
-------------------	-----

Capítulo 1. Psicología de la Salud

Evolución histórica del concepto de salud.....	1
Modelo Biopsicosocial	4
Evolución histórica de la Psicología de la Salud	5
Transición Epidemiológica y Demográfica a nivel mundial, nacional y estatal....	10

Capítulo 2. Diabetes tipo 2

Epidemiología.....	13
Concepto de diabetes.....	14
Sintomatología.....	15
Factores de riesgo y complicaciones de la diabetes tipo2.....	16
Diagnóstico.....	17
Tratamiento	18

Capítulo 3. Diabetes y Depresión

Epidemiología de la depresión.....	24
Sintomatología de la depresión.....	25
Taxonomía de la depresión.....	26
Causas de la depresión	27
Relación entre depresión y diabetes	28
Tratamiento de la depresión en personas con diabetes tipo 2	30

Capítulo 4. Intervención cognitivo conductual en personas con diabetes tipo 2

Intervención cognitivo conductual en personas con diabetes tipo 2	32
---	----

Método

Planteamiento del problema	
Justificación	38
Pregunta de investigación.....	39
Objetivos	
Objetivo general.....	39
Objetivos específicos	39
Hipótesis.....	40
Identificación de Variables	
Variables dependientes	40
Variable independiente	41
Participantes.....	41
Criterios	
Criterios de inclusión.....	42
Criterios de exclusión.....	43
Diseño de investigación	43
Instrumentos.....	44
Procedimiento.....	45

Resultados

Resultados.....	51
-----------------	----

Discusión

Discusión	58
-----------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables dependientes.....	40
Tabla 2. Variables sociodemográficas	42
Tabla 3. Normas de calificación del BDI para población mexicana	45
Tabla 4. Equivalencia del Nivel de Hemoglobina Glucosilada con valores de glucosa en sangre	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Hemoglobina Glucosilada pre-post por grupo	52
Figura 2. Hemoglobina Glucosilada pre-post por paciente grupo experimental	53
Figura 3. Hemoglobina Glucosilada pre-post por paciente grupo diferido	54
Figura 4. Depresión pre-post por grupo	55
Figura 5. Depresión pre-post por paciente del grupo experimental	56
Figura 6. Depresión pre-post por paciente del grupo diferido.....	57
Referencias	64

Anexos

Anexo 1. Cartas descriptivas	74
Anexo2. Consentimiento informado	83
Anexo 3. Formato de datos sociodemográficos	84

RESUMEN

Dentro del amplio grupo de enfermedades crónicas existentes, la diabetes se encuentra dentro de los padecimientos de mayor prevalencia y causa de muerte en nuestro país. Las personas con diabetes presentan un riesgo mayor en comparación con la población general de experimentar fluctuaciones o reacciones emocionales desadaptativas entre las que se encuentra la depresión, afectando de manera negativa su calidad de vida y la de su entorno. Dentro de los tratamientos psicológicos las intervenciones cognitivo conductuales han mostrado mayor eficacia, sin embargo, no existen antecedentes en nuestro país de dichas intervenciones en muestras semirurales en formato grupal para la modificación del nivel de depresión y control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2. Por ello, con el objetivo de investigar la eficacia de una intervención cognitivo conductual para modificar el nivel de depresión y control metabólico en una muestra de personas con diabetes tipo 2, se realizó un estudio cuasiexperimental con pretest-postest en donde 20 participantes fueron seleccionados de manera no probabilística intencional que acudían a los centros de salud de la Secretaría de Salud de Hidalgo. Los participantes, fueron asignados aleatoriamente tanto al grupo experimental integrado por nueve personas y al diferido integrado por once participantes. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el porcentaje de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) de los pacientes para medir el nivel de depresión y control metabólico respectivamente. La intervención se aplicó durante doce sesiones de dos horas cada una con una duración de tres meses. Para calcular la significancia estadística de los efectos de la intervención a través del cambio pre-post en los puntajes totales de las medidas en cada uno de los grupos del estudio se utilizaron tanto la prueba t de Student para muestras relacionadas como la prueba de rangos de Wilcoxon. Los resultados sugieren que la intervención cognitivo conductual resultó efectiva para modificar las variables ya mencionadas en pacientes con diabetes tipo 2, lo que permitirá desarrollar intervenciones psicológicas efectivas que contribuyan a un mejor manejo de la diabetes por parte del equipo de salud y el paciente y podrán ser adaptadas a otros ambientes socioculturales de nuestro país, reducir el impacto negativo en el bienestar de los pacientes y el impacto económico para el sistema de salud.

Palabras clave: Diabetes tipo 2, intervención cognitivo conductual, depresión, control metabólico.

ABSTRACT

Inside the wide group of chronic existing diseases, diabetes has a major prevalence and it is the first cause of death in our country. In comparison with the general population, people with diabetes present a major risk of experiencing fluctuations or dysfunctional emotional reactions like depression, affecting in a negative way their quality of life and their environment. Inside the psychological treatments, cognitive behavioral interventions have showed major efficiency, but there aren't precedents of studies that probe the efficiency of these interventions in semirural areas of Mexico in a group format in order to change the levels of depression and metabolic control in patients with type 2 diabetes. With the objective to investigate the efficiency of a cognitive behavioral intervention to modify the levels of depression and metabolic control in patients with type 2 diabetes a pretest-posttest quasiexperimental study was realized. Twenty patients were conducted in an intentionally not probabilistic way from health centers of Hidalgo state. Participants were randomized in two groups, an experimental group who included nine persons and a deferred group with eleven participants. Beck's Depression Inventory (BDI) and the level of glycated hemoglobin (HbA1c) were used to measure the level of depression and metabolic control respectively. The intervention was applied during twelve meetings of two hours each one and it had a duration of three months. To calculate the statistical significance of the effects of the intervention across the change pre-post in each group t of Student for related samples test and Wilcoxon's ranges test were used. Results suggested that the cognitive behavioral intervention was effective to modify the levels of the variables already mentioned in patients with type 2 diabetes. These evidences will allow to develop effective psychological interventions that contribute to a better managing of diabetes by the health team and the patient. This intervention would be able to adapt to other sociocultural environments of our country and reduce the negative impact in the patients well-being and the economic impact for the health system.

Key words: Type 2 diabetes, cognitive behavioral intervention, depression, metabolic control.

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una de las patologías crónicas más frecuentes y de mayor severidad en el mundo que sólo se controla, pero no es curable. Por sus diversas complicaciones, se considera una epidemia mundial de pronóstico alarmante, se estima que alrededor de 285 millones de personas en el mundo la padecen y se espera que esta cifra aumente aproximadamente a 439 millones en el año 2030 (Federación Internacional de Diabetes [FID, 2010]). En México existe un aproximado de 6.5 a 10 millones de personas con este padecimiento, de las cuales se estima que dos millones aún no han sido diagnosticadas (Federación Mexicana de Diabetes [FMD, 2010]).

La diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas en las que están implicados distintos procesos patogénicos en donde el páncreas no produce insulina suficiente, existe resistencia a la acción de ésta o ambas. Existen diversos tipos de diabetes, las principales son: diabetes tipo 1, diabetes gestacional y finalmente la diabetes tipo 2 de interés para el presente estudio, este tipo de diabetes es la más común y se estima que está presente en el 90% de los casos (Asociación Americana de Diabetes [ADA, 2007a]; Organización Mundial de la Salud [OMS, 2006]).

En general, la producción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante, pérdida de peso y alteraciones visuales son las consecuencias más importantes para diagnosticar diabetes tipo 2 (Colwell, 2003). Para que las personas con diabetes prevengan el desarrollo de dichas complicaciones e influyan favorablemente en el curso de la enfermedad, deben cumplir con un tratamiento médico; sin embargo, no siempre se encuentran preparados para enfrentarse a un tratamiento complejo, prolongado y que requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios de estilos de vida provocando en su mayoría procesos dolorosos, ausencia de conductas de automanejo y una valoración negativa hacia su situación (Sánchez-Sósa, 2002).

En ese sentido, la diabetes no solo daña la salud física sino que también desarrolla problemas emocionales y afecta la salud mental de quien la padece (Lloyd, 2008). Las personas con diabetes presentan un riesgo notablemente mayor en comparación de la población general de experimentar variaciones o reacciones emocionales desadaptativas importantes a lo largo de la enfermedad. Una de esas reacciones emocionales no adaptativas más frecuentes en personas con diabetes está relacionada con sintomatología depresiva (De los Ríos, Barrios y Ávila, 2004; Lustman y Anderson, 2002; Rickheim et al., 2000; Robles, 2006). La depresión afecta a una de cada tres personas con diabetes y es considerada una condición médica que es más que tan sólo sentirse triste, estresado o irritado algunas veces. Cuando una persona además de diabetes presenta diagnóstico de depresión, experimentará una insatisfacción o malestar vital, disminuirá su funcionalidad y calidad de vida y correrá un mayor riesgo de complicaciones micro y macrovasculares (Lustman y Clouse, 2004). Estos pacientes presentan problemas en el autocuidado y la interacción para atender su salud, mantienen un bajo control metabólico y pueden sufrir muerte temprana. Las líneas de intervención para la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 indican que son las intervenciones cognitivo conductuales las que han demostrado mayor eficacia en la disminución de respuestas conductuales y emocionales desadaptativas, desarrollan estrategias y habilidades para la resolución de problemas, mejoran el control glucémico y aumentan la calidad de vida de estos pacientes (Del Castillo, 2005; Jimenez y Davila, 2007; Lloyd, 2008; Lustman, Griffith, Freedland, Kissel y Clouse, 1998; Moreno, 2001; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa, 2005).

Partiendo de estos antecedentes, la presente investigación tuvo como principal objetivo determinar la efectividad de una intervención cognitivo conductual para modificar el nivel de depresión y el control metabólico de personas con diabetes tipo 2 del estado de Hidalgo. Este documento se divide en siete capítulos. El capítulo primero incluye la evolución histórica del concepto de

salud, antecedentes y desarrollo histórico de la de la psicología de la salud y su relación con padecimientos crónicos como la diabetes. En el segundo, se aborda de manera detallada la epidemiología, definición, síntomas, formas, factores de riesgo, diagnóstico, complicaciones y tratamiento de la diabetes tipo 2.

En el tercer capítulo se describe la epidemiología, etiología, taxonomía, síntomas, causas, consecuencias y tratamiento para la depresión. El siguiente capítulo contiene información sobre los antecedentes, evolución y componentes principales de las intervenciones cognitivo conductuales para la modificación de niveles de depresión en pacientes con diabetes. El método se describe en el capítulo cinco; los resultados en el capítulo seis y, finalmente, en el séptimo se abordan las conclusiones generales de la investigación.

Capítulo 1. Psicología de la Salud

Evolución histórica del concepto de Salud.

Tanto la salud como la enfermedad son conceptos tan viejos como la vida y en su intento por comprenderlas han surgido diferentes explicaciones, las cuales reflejan el momento histórico y el grado de desarrollo alcanzado en todas las sociedades (Reynoso y Seligson, 2002). Así mismo, se ha visto a través del tiempo que las explicaciones más clásicas y convencionales respecto a la salud se han dirigido hacia el polo de lo *negativo* debido a que las manifestaciones dolorosas, incómodas y limitantes de la enfermedad son claramente perceptibles y fáciles de comprender, lo que ha obligado a los individuos a buscar diversos métodos para eliminarlas o mitigarlas (Rodríguez, 2001).

Los reportes señalan que en las primeras civilizaciones existía la intervención de brujos y curanderos, quienes poseían el conocimiento de alejar a los malos espíritus del interior del cuerpo con la finalidad de que el cuerpo enfermo recuperara la salud, sustentando la enfermedad en un modelo demoníaco. (Arredondo, 1992; Reynoso y Seligson, 2002).

En Grecia, en la antigüedad clásica, se distinguían dos corrientes, la primera de ellas fue la escuela Hipocrática que consideraba que el mal se encontraba identificado en la alteración en la mezcla de cuatro distintos humores corporales (flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra) reconociendo la influencia del medio externo y características personales para producir la enfermedad. Platón, por otro lado, establece que la enfermedad era producto de un castigo divino por lo que los medicamentos no tenían ningún efecto sobre las enfermedades, y, por consiguiente lo único a lo que podía recurrir un cuerpo enfermo para recuperar la salud era a los ritos, los himnos y a la música. De ambas visiones, fue la teoría de Hipócrates respecto a los cuatro humores la que predominó por mucho tiempo y se extendió un siglo más allá de la edad media (Frías- Osuna, 2000; Morales, 1997).

Posteriormente, durante el oscurantismo del primer milenio de nuestra era se agregó una nueva cosmovisión respecto a la enfermedad, pudiendo señalarla como producto de fuerzas demoníacas y empleado nuevas alternativas terapéuticas como la comunión, el agua bendita y el exorcismo. En este sentido, la ira divina era la que, a manera de castigo, infundía la enfermedad en aquellos individuos que se apartaban del comportamiento socialmente aceptable (Reynoso y Seligson, 2002).

Sin embargo, en esos tiempos, la práctica de la disección de cadáveres, la observación, los experimentos y las aportaciones por parte de Avicena dentro del mundo árabe, sustentaron novedosos enfoques para la explicación de la salud y la enfermedad, permitiendo posteriormente junto con el tránsito del feudalismo al capitalismo una revalorización de conocimientos (entre ellos, las aportaciones de Avicena e Hipócrates antes mencionados) y la estimulación notable a la investigación y el nacimiento de las ciencias modernas (Eggers, 1987; Pérez-Tamayo, Rivero y Tanimoto, 2007).

Así, en el siglo XVIII la medicina comenzó a transformar su concepción acerca de la causalidad de las enfermedades. Por un lado, el descubrimiento de los microorganismos y, por el otro, el origen de las primeras leyes de la genética fueron dos grandes acontecimientos que reorientaron el rumbo de la causalidad en la relación de la salud y la enfermedad. Sin embargo, a pesar de los grandes avances, el desarrollo de las ciencias de la época no permitió que estos conocimientos se integraran a los provenientes de las actividades económicas, sociales y psicológicas; al concebirse por separado, se creaba un cerco biológico al conocimiento médico y sólo se asistía al nacimiento del paradigma biologicista de la medicina (González, 2002).

En el siglo XIX, la medicina adquirió una connotación científica, debido a su accionar sistemático conformado por conocimientos tanto teóricos como metodológicos cediendo todo el espacio terapéutico al médico, que desde

entonces se instituyó como el eje responsable del cuidado de la salud (Reynoso y Seligson, 2002).

Ciertamente, el modelo biomédico tradicional ha logrado grandes éxitos en el campo de la medicina, sin embargo, en el transcurso del siglo XX, la salud ha experimentado diversos cambios importantes, por lo que este modelo ha encontrado limitantes pues no ha dado respuesta a muchas problemáticas de los procesos salud- enfermedad (Gerrig y Zimbardo, 2005). Las principales causas de muerte pasaron de ser las enfermedades infecciosas, a las enfermedades crónicas, el dolor crónico, el manejo del estrés cotidiano, el creciente coste de los cuidados médicos y el surgimiento de una nueva definición de salud al incorporar el comportamiento y el estilo de vida son ejemplos de dichos cambios (Breannon y Feist, 2001).

Por tanto, en 1946 la Constitución de la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006) reconociendo, por primera vez, de manera explícita tanto al área psicológica y la social como componentes importantes para el mantenimiento de la salud que se sumaron a la ya reconocida área biológica, para posibilitar, un concepto integral de salud denominado “modelo biopsicosocial” (Rodríguez, 2001).

A partir de esta conceptualización, el proceso salud-enfermedad se define como la dinámica que existe del paso de los umbrales de *un continuo* conformado por diversas cualidades (ausencia de daño morfológico, ausencia de limitaciones funcionales, bienestar subjetivo, social y autorrealización), por encima del cual se puede hablar de salud y por debajo se puede hablar de enfermedad (Lovellette, 1984).

El nivel del estado de salud individual depende de las complejas interacciones de este conjunto de cualidades, las que mantienen interdependencia, por lo que deben ser atendidas en su conjunto y no por separado. Dubos (1975) sostiene que

la salud es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio”. Dicho de otra manera, la salud es una de las muchas alternativas a través de las cuales las personas se adaptan al ecosistema en un momento dado, es decir, que los fenómenos de salud-enfermedad son diferentes grados de adaptación del hombre frente al medio, los modos y estilos de vida son influidos y a su vez éstos influyen en la actividad del hombre como ser social (Rodríguez, 2001).

Esta nueva perspectiva implica que la salud va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando el aspecto subjetivo y del comportamiento del ser humano. Es un aspecto *positivo* que implica distintos grados de vitalidad y un buen funcionamiento adaptativo que se relaciona con un sentimiento de bienestar, con la capacidad de funcionamiento de la persona y una baja en la demanda de servicios del sistema sanitario (Morales 1997). Esta definición implica que la salud es considerada de manera multidimensional, es decir, que todos los aspectos de la vida (biológicos, psicológicos y sociales) deben ser tomados en cuenta.

Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial enlaza la idea de la salud como el resultado del grado de aceptación del organismo a su ecosistema, a corto, medio y largo plazo (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997).

Esta definición es de gran aceptación actualmente a pesar de las críticas que ha recibido por considerarse utópica, subjetiva, por equiparar bienestar a salud, por considerar a la salud como un estado fijo y por su falta de operabilidad (Frías-Osuna, 2000).

El modelo biopsicosocial describe a la salud como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socioambiental; este modelo admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas interviniendo tanto macroprocesos como el contexto social,

economía, ambiente físico, etc. y microprocesos como las emociones, cambios bioquímicos, etc., (Gerrig y Zimbardo, 2005).

De acuerdo a León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera (2004), este enfoque plantea:

1. Una perspectiva amplia e integral para la comprensión de las alteraciones y la elaboración de un diagnóstico,
2. Enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud y;
3. Promueve la creación de estrategias orientadas a mejorar el bienestar individual y colectivo mediante la actuación en el medio ambiente, modificación de comportamientos en los individuos y la realización de controles para la detección anticipada de las enfermedades

Este cambio en la concepción de la salud y enfermedad ha puesto el acento en el traslado de una parte importante de la responsabilidad en cada individuo sobre su la salud, enfatizando la importancia de los hábitos de salud o de riesgos llevado a cabo. En este contexto, el comportamiento ha emergido como área de intersección de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que conforman al ser humano, y se ha comenzado a aceptarse que es a través de este comportamiento que tienen reflejo cualquiera de las acciones preventivas o de tratamiento de un padecimiento en particular (Martínez-Donante y Rubio, 2003). Por todo ello, la psicología como ciencia que estudia la conducta se convierte en una herramienta imprescindible para tratar los problemas relacionados con la salud. De ahí que se haya desarrollado una nueva rama llamada psicología de la salud, cuyo desarrollo se describe a continuación.

Evolución histórica de la Psicología de la Salud

Probablemente, la psicología de la salud recibe su primer reconocimiento como área identificable en 1968, año en que psicólogos cubanos comienzan a utilizar el término de manera sistemática, fundando en 1974 una sociedad científica con ese nombre. La cronología continua en términos de usos institucionales con la

creación en el año de 1978 de la División 38 dentro de la Asociación Psicológica Americana (APA) dedicada a la psicología de la salud (Brannon y Feist, 2001) y, en 1984, se realiza la celebración del Primer Seminario Internacional de psicología de la salud en la Habana Cuba. Desde estos acontecimientos, ha ocurrido un gran interés, en todo el mundo, por la aplicación de los conceptos, conocimientos y habilidades de los psicólogos a los problemas de salud (Morales, 1997).

No obstante, el modelo de la psicología de la salud actual ha sido perfilado por otras aplicaciones de la psicología que han sido de aparición previa y que aún persisten. Un antecedente muy significativo del modelo actual de psicología de la salud es la *Psicología Clínica* el cual, está centrado en la enfermedad mental, dirigido al diagnóstico y al trabajo hospitalario teniendo como objetivo de estudio a la enfermedad y el tipo de intervención que utiliza es la curación (Santacreu, 1991).

El método clínico ocupa un lugar relevante en el abordaje de determinados problemas específicos de salud, sin embargo, éste es un modelo limitado de actuación enfocado hacia el sujeto, más que a la comunidad ignorando la importancia de aspectos tan importantes como la prevención de las enfermedades o daños sobre una población en la que, aun estando sana, puedan concurrir ciertos riesgos (Santacreu, 1991).

Mientras la psicología clínica surgió a finales del siglo XIX como una consecuencia de la práctica de los psicólogos, la *Psicología Médica* tuvo su origen en Europa a principios del siglo XX en la actividad de los médicos, muy especialmente la de aquellos dedicados a la medicina interna. La idea central de la psicología médica comprende la aplicación del conocimiento psicológico en las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, el análisis de la participación del psiquismo en el origen de las enfermedades de expresión somática y al estudio de las relaciones médico-paciente (Morales, 1997).

Por otro lado, otro antecedente importante en términos de la introducción de variables diferentes a las orgánicas para realizar una aproximación más integral al análisis del proceso salud-enfermedad, lo representó la medicina psicosomática, perspectiva que surge durante los años veinte en Alemania, la cual hizo énfasis en el papel que juegan los factores mentales y la personalidad, tales como algunos mecanismos de defensa y los conflictos psico-sexuales en la génesis de las enfermedades. Sin embargo, en la actualidad resulta inapropiado preguntarse por la "psicogenia" de alguna enfermedad (Borda, Pérez y Blanco, 2000). Así, diversos trastornos que se relacionaron preferiblemente con la presencia de algunos conflictos de personalidad tales como las enfermedades crónicas, se encuentran entre los más favorecidos por los investigadores en el campo de la psicología de la salud ya que esta teoría dio una explicación lineal, simple y sobregeneralizada de las alteraciones fisiológicas y carece de credibilidad metodológica. De esta manera, la medicina psicosomática actual puede quedar incluida en la psicología de la salud, como marco más amplio de aplicación (Rodríguez, 2001).

Como continuidad al modelo de la psicología médica, surge la Medicina Conductual, Schwartz y Weiss (1978) la definen como:

El campo referido al desarrollo de los conocimientos y técnicas de las ciencias de la conducta relevantes para la comprensión de la salud y las enfermedades físicas, así como la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación (p. 4).

Otros principios derivados del análisis conductual han sido aplicados para la modificación del comportamiento de riesgo (como la ingestión de alimentos en la obesidad), para estimular la adherencia de tratamientos y para la adaptación de los pacientes al medio hospitalario. Sin embargo, aunque la medicina conductual ha permitido un desarrollo hacia una psicología aplicada a los problemas de salud debe considerarse que su énfasis sigue siendo a las manifestaciones de la enfermedad, dejando de lado su desarrollo en relación con la promoción de la

salud y la limitación de los riesgos que pudieran desarrollar procesos patológicos dentro de la sociedad o en las personas (Castillero y Pérez, 2005; Morales, 1997).

En ese marco, centrándose en la *prevención* y no sólo en la rehabilitación y tratamiento de las enfermedades la psicología de la salud fue definida posteriormente como:

La suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para promover y mantener la salud, prever y tratar las enfermedades, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (Matarazzo, 1980 p.807).

En suma, hoy la Psicología de la Salud es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Ha sido el resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales regulan este proceso (Libertad, 2003).

A pesar de que la psicología de la salud sigue siendo todavía un campo aplicado emergente, está comenzando a ser reconocida en las escuelas médicas, las escuelas de salud pública, las universidades y los hospitales de todo el mundo (Brannon y Feist, 2001) debido a que lo más importante de esta disciplina aplicada son sus perspectivas de futuro, que están relacionadas con la idea de salud comunitaria, el auge de la prevención primaria y la promoción de la salud (Beneit y Latorre, 1994).

La psicología de la salud es el campo de mayor futuro de la psicología para las próximas décadas ante los datos epidemiológicos que indican claramente que

las causas principales de enfermedad y muerte están relacionadas con un comportamiento inadecuado del ser humano cuestionando la utilidad del modelo biomedico tradicional al tomar en cuenta la importancia que tiene educar a las personas respecto a las conductas saludables y las ventajas de éstas (Borda, Pérez y Blanco, 2000).

Las intervenciones que realiza un psicólogo de la salud incluyen (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004):

1. Promoción de conductas que contribuyan a la salud y a la calidad de vida de las personas.
2. La prevención y disminución de las conductas perjudiciales para la salud
3. Análisis y modificación de factores psicosociales asociados a una enfermedad en cada una de sus fases protectoras y de riesgo para la salud.
4. Diseño e implementación de programas para la mejora de la relación entre el profesional de la salud y el paciente.
5. El desarrollo de sistemas de apoyo social y ambientes saludables.
6. Mejoramiento del sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias.

Como hemos podido apreciar, los psicólogos de la salud profundizan su trabajo en las manifestaciones psicológicas y sociales del estilo de vida, así educan a los pacientes en los saludables o modifican los insanos. También puntualizan en elevar la calidad de vida del individuo que padece alguna enfermedad crónica, crean instrumentos para evaluarla y organizan intervenciones psicológicas para eliminar todas aquellas manifestaciones psicopatológicas que acompañen a la enfermedad crónica en su curso. Además, utilizan técnicas para aliviar el dolor, reducir el estrés, aumentar la adherencia al tratamiento y ayudar a los pacientes y a los miembros de sus familias a convivir con las enfermedades crónicas, que hacen, a su vez, posible de elevar la calidad y efectividad de los proveedores de salud (Aguilar, Mapolón, Palma y Quiñones, 2005).

La forma en que las emociones y las actitudes se relacionan con la salud y la enfermedad, la identificación de ciertos factores conductuales de riesgo en algunos padecimientos, acciones cognitivas y de comportamiento eficaces para combatir situaciones estresantes y el entrenamiento en orientación y cuidado de personas que tienen que sobrellevar enfermedades crónicas son prioridades propias de la psicología de la salud que enfrenta en la actualidad (Buéla- Casal, Caballo y Sierra 1996).

En definitiva, estos hallazgos han traído consigo la aparición de un nuevo panorama epidemiológico y demográfico en donde la enfermedad es concebida como un fenómeno plurideterminado en el que tanto la biología como la conducta y el ambiente cobran una gran importancia en la comprensión de los principales padecimientos crónicos del mundo moderno (Martínez-Donante y Rubio, 2003).

Transición Epidemiológica y Demográfica a nivel mundial, nacional y estatal.

El estudio de los procesos de transición demográfica y epidemiológica ha cobrado interés en las últimas décadas, entre otras razones porque se han producido cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, que han modificado la demanda de los servicios sociales y de salud (Szot, 2003).

Actualmente, la población mundial, que en un comienzo estaba conformada por personas jóvenes, ahora está constituida principalmente por adultos y adultos mayores, es decir, desciende el número de nacimientos y las muertes ocurren a edades más avanzadas. De esta manera, se constata el envejecimiento, como tendencia mundial, al estimarse un incremento del porcentaje de adultos mayores para el 2050 respecto al año base (1950) de un 275 por ciento. Sin embargo, no existe un comportamiento homogéneo en las distintas regiones. Entre todas las regiones destaca América Latina y el Caribe, para la que se prevé un aumento de los adultos mayores de alrededor del 407 por ciento, respecto al año base (Bayarre, Pérez y Menéndez, 2001)

Como consecuencia de lo mencionado anteriormente, el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, la disminución de la mortalidad general y la transformación del perfil de causas de muerte han tenido profundas consecuencias sociales. Desde hace algunos años, las defunciones se deben de manera preponderante a causas crónicas no transmisibles (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 1999).

De manera simplificada, el proceso de cambio paulatino en el perfil de causas de defunción en el cual progresivamente desaparecen las afecciones infecciosas y parasitarias en favor de las crónicas y degenerativas se ha denominado Transición Epidemiológica, lo que da lugar a un conjunto de eventos que con frecuencia implican una pérdida gradual de las capacidades físicas y sociales y que terminan finalmente con la muerte en edades avanzadas (CONAPO, 1999).

Actualmente las enfermedades crónicas de mayor prevalencia a nivel mundial, nacional y estatal, corresponden a las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y *la diabetes* que causan más del sesenta por ciento de todas las defunciones en la población mundial. En México e Hidalgo, estos padecimientos provocan más del diez por ciento de todas las muertes en hombres y mujeres de la población (García y Hernández, 2005; OMS, 2008).

En ese marco, el cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad; han constatado que lo importante no es lo que la gente *tiene* sino lo que *hace*. Esta cuestión en la actualidad hace que las investigaciones epidemiológicas y demográficas sean básicamente psicosociales, debido a la naturaleza crónica de muchos problemas de salud (Beneit y Latorre, 1994).

Si bien es cierto que los cambios en la mortalidad han repercutido en el aumento de la esperanza de vida de la población mundial y de manera particular en los mexicanos, no siempre éste tiempo ganado se vive con una adecuada

calidad de vida; lo que hace necesario que al principio, durante y al final del ciclo vital se minimicen los efectos de las enfermedades (García y Hernández, 2005), mediante acciones concernientes al área de la psicología de la salud como por ejemplo, aprender conductas nuevas o modos de comportamiento diversos (reducir el consumo de alcohol, tabaco, drogas, a modificar patrones alimenticios, etc.), reestructurando el estilo de vida del individuo de manera que se adapte lo mejor posible a las secuelas psicosociales del problema de salud y favorecer una vida saludable (Gerrig y Zimbardo, 2005).

En este sentido, actualmente se sabe que las enfermedades crónicas se deben a un sin fin de causas, sin embargo, nadie niega el hecho de que el comportamiento y el estilo de vida individual están fuertemente implicados en su desarrollo (Brannon y Feist, 2001). Es por ello, que en este campo un pilar importante en el trabajo del psicólogo de la salud lo constituye la labor con las personas que padecen una enfermedad crónica como lo es la diabetes, la cual es una de las patologías no transmisibles más frecuentes y de mayor severidad por sus diversas complicaciones (Pérez, Bautista y Bazaldúa, 2008).

México ocupa el decimo lugar a nivel mundial por prevalencia de diabetes y se estima que para el 2030 obtenga el séptimo puesto (Federación Mexicana de Dabetes [FMD, 2010]), por lo que es de primordial importancia hacer investigación con un enfoque preventivo para evitar millones de muertes prematuras en los próximos años haciendo indispensable la participación de la Psicología de la Salud en este campo ya que sus investigaciones y planes de intervención están centrados en enfermedades de este tipo.

Capítulo 2. Diabetes tipo 2

La diabetes constituye uno de los síndromes metabólicos de mayor prevalencia convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, nacional y estatal. El incremento actual de la diabetes, así como su relación con complicaciones severas y altos índices de mortalidad hacen que se considere como una pandemia de pronóstico alarmante (Pérez et al., 2008; Rodríguez-Saldaña, et al., 2003).

Epidemiología

Estudios recientes estiman que alrededor de 285 millones de personas en el mundo padecen esta enfermedad y se calcula que esta cifra aumente a 439 millones en el año 2030 (FID, 2010).

En México, la población de personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones de personas, de las cuales, aún dos millones aproximadamente no han sido diagnosticadas (FMD, 2010). Cabe mencionar que, a partir del año 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y hombres en nuestro país provocando más del 10% de las muertes en los adultos mexicanos (FID, 2003; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2007; OMS, 2006).

México, se coloca en el décimo lugar por prevalencia de diabetes y se espera que para el año 2030 ocupe el séptimo. Actualmente, el gasto sanitario total por persona es de 708 dólares (más de 8 mil pesos) al año convirtiéndose éste padecimiento en una de las patologías no transmisibles más frecuentes y de mayor severidad por sus diversas complicaciones en nuestro país (FMD, 2010).

El estado de Hidalgo no es la excepción y la diabetes se ha convertido también en un importante problema sanitario, la prevalencia de la diabetes en una muestra representativa de la población adulta entre 20 años o más es de 7.1%, siendo más elevada en mujeres (7.9%) que en hombres (5.9%) [FMD, 2010] y

ocupa el primer lugar entre las causas generales de mortalidad, es decir, que existen alrededor de 150, 500 adultos con diabetes en el estado de Hidalgo (Rodríguez-Saldaña, et al., 2003).

Concepto de diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que se puede controlar, pero no se elimina (Rickheim, Flader y Carstensen, 2000). La Asociación Americana de Diabetes [ADA] (2007a) y la OMS (2006) la definen como un grupo de enfermedades metabólicas en las que están implicados distintos procesos patogénicos que van desde la falta de producción de insulina en el páncreas, hasta las anomalías que ocasionan la resistencia a la acción de ésta. Así, los defectos en la secreción, acción o en ambos casos de la insulina (hormona que regula el nivel de glucosa en la sangre), provocan un fenómeno denominado hiperglucemia que implica el aumento significativo de los niveles de glucemia en la sangre.

Existen diversas formas de diabetes. Las más importantes son:

1) *Diabetes de tipo 1* antes conocida como diabetes insulino dependiente o de inicio en la infancia que engloba la destrucción de las células producidas por el páncreas gracias a la presencia de autoanticuerpos antiinsulina y con propensión a la cetoacidosis, se caracteriza por una ausencia de la producción de insulina y sin la administración diaria de insulina exógena, este tipo de diabetes podría llevar rápidamente a la muerte. Los síntomas se caracterizan por aparecer bruscamente y consisten básicamente en una producción excesiva de orina, sed, hambre, pérdida de peso, alteraciones visuales y fatiga principalmente (ADA, 2003a; OMS 2006);

2) *La diabetes gestacional*, se define como la condición caracterizada por la elevación en el nivel de glucosa y aparición de otros síntomas de diabetes durante el embarazo en una mujer a la que no se le diagnosticó diabetes previamente (Figuerola, 2003). Todos los síntomas de la diabetes desaparecen después del parto, sin embargo, se sabe que una vez presentada la diabetes de tipo gestacional aumenta la probabilidad que dos de cada tres mujeres presenten

nuevamente esta enfermedad en futuros embarazos. Cabe mencionar que también, muchas de las mujeres que han tenido este tipo de diabetes desarrollan más tarde diabetes tipo 2 (ADA, 2007a; OMS, 2006; Rickheim et al., 2000).

3) Por último, *la diabetes de tipo 2* o diabetes del adulto, de interés en el presente estudio, es la clase más común y se encuentra presente en más del 90% de las personas diagnosticadas con diabetes en el mundo. Este tipo de diabetes es aquella en donde los individuos tienen resistencia a la insulina y habitualmente una deficiencia relativa de ésta, es decir, que su organismo no produce suficiente insulina o las células ignoran la insulina y están propensos a desarrollar el síndrome no cetónico (Colwell, 2003).

Por otro lado, este tipo de diabetes permanece a menudo sin diagnosticar por muchos años ya que los síntomas que suelen ser similares a los de la diabetes de tipo 1 se manifiestan con una menor intensidad. La hiperglucemia se desarrolla gradualmente y al comienzo no es lo suficientemente grave para ocasionar alguna molestia. En consecuencia, es posible que el diagnóstico se realice, una vez que ya han aparecido complicaciones microvasculares y/o macrovasculares (ADA, 2007a; OMS, 2006)

Sintomatología

En general, la producción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso y alteraciones visuales que pueden estar acompañados de un retardo en el crecimiento y susceptibilidad a determinadas infecciones, son los síntomas más comunes para diagnosticar diabetes en una persona (Colwell, 2003). Por lo anterior, es de gran importancia la identificación de los factores de riesgo que pudiesen influir para el desencadenamiento y desarrollo de la diabetes y aunque, se sabe que los riesgos aumentan con factores imposibles de modificar como lo son la edad o la predisposición genética, también existen otros factores como el sobrepeso, obesidad, factores nutricionales y la falta de actividad física que son susceptibles de cambio (Alberti y Zimmet, 2007).

Factores de riesgo y complicaciones de la diabetes tipo 2

Cuanto más factores de riesgo se presenten en una misma persona, más estará en riesgo de desarrollar y mantener complicaciones crónicas a largo plazo como la *retinopatía diabética*, la cual es una importante causa de ceguera en donde un dos por ciento de los pacientes aproximadamente están ciegos, y cerca del 10 por ciento sufren un grave deterioro de la visión; la *neuropatía diabética* por su parte es responsable de ulceraciones en los pies, amputaciones y articulaciones de Charcot; y la *nefropatía* que lleva a insuficiencia renal y provoca más del diez por ciento de las defunciones de los pacientes (Chiasson, et al., 2005). Así mismo, la diabetes aumenta el riesgo de *cardiopatía* y *accidente vascular cerebral* provocando el cincuenta por ciento de las muertes, lo que indica que el riesgo de muerte de las personas que padecen diabetes es al menos el doble que el de las que no la padecen (OMS, 2006).

Además de las lesiones en nervios, vasos sanguíneos y el corazón, la diabetes también aumenta el riesgo de desarrollar cetoacidosis o el síndrome no cetónico que son complicaciones agudas de la hiperglucemia y de no ser atendidas a tiempo pueden provocar la muerte a largo plazo (ADA, 2003a).

Por ello, de acuerdo a la ADA (2007b) es necesario que los sujetos con alto riesgo de desarrollar diabetes se realicen una prueba por lo menos cada tres años para detectarla aunque no experimenten síntomas. Los factores que se deben tomar en cuenta para la realización de las pruebas de diabetes son los siguientes:

1. Tener sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$)
2. Inactividad física habitual.
3. Contar con un familiar de primer grado diagnosticado con diabetes.
4. Antecedentes de diabetes gestacional o partos de hijos que hayan pesado más de los 4 Kg. al nacer o menos de 2.5 Kg.
5. Hipertensión ($\geq 140/90 \text{ mm Hg}$ en adultos)
6. Nivel de colesterol de lipoproteínas de alta densidad, C- HDL ($\leq 35 \text{ mg/dl}$)
7. Nivel de triglicéridos ($\geq 250 \text{ mg/dl}$)

8. Poliquistosis ovárica
9. Alteración de la glucosa en ayunas o intolerancia a la glucosa identificada anteriormente
10. Existencia de otra condición relacionada con la resistencia a la insulina.
11. Antecedentes de enfermedades cardiovasculares.
12. Tener 45 o más años de edad.
13. Factor racial o étnico.
14. Acantosis nigricans

Diagnóstico

En ese sentido, el monitoreo constante permitirá clasificar al paciente, determinar complicaciones e incluso las personas pueden saber si se encuentran en una fase metabólica intermedia denominada pre-diabetes. Para que una persona pueda saber si tiene diabetes o no, debe realizarse alguna de las pruebas que a continuación se describen. Es importante resaltar que para la confirmación del diagnóstico, dichas pruebas deben ser repetidas en diferentes días (ADA, 2007b):

1. La prueba de glucosa en ayunas es la prueba que se realiza comúnmente para detectar diabetes, debido, a que es confiable, conveniente, barata y fácil de administrar. Después de ayunar, se saca una muestra de sangre para analizarla y medir el nivel de glucosa en ella. Para poder hacer el diagnóstico de diabetes los niveles de glucosa para esta prueba deben estar iguales o superiores a 126 mg/dl.
2. Por otro lado, se puede medir la glucosa al azar y a diferencia de la prueba de glucosa en ayuno, esta prueba se puede hacer a cualquier hora durante el día, en donde se establece que una persona tiene diabetes si la lectura de glucosa arroja cifras de 200 mg/ dl o mayores y con la presencia de dos o más síntomas de diabetes.
3. Finalmente, existe otra forma de diagnosticar la diabetes por medio de una prueba oral de tolerancia a la glucosa, sin embargo, aunque esta sea más

específica que la prueba realizada en ayuno, no se recomienda para su uso clínico, por lo general se usa para diagnosticar diabetes de tipo gestacional.

Así, una vez definido el tipo particular de diabetes e identificación de la patogenia del proceso subyacente que ha conducido a la hiperglucemia se determina el tratamiento más adecuado, lo que permitirá que las personas con diabetes se sientan mejor y reduzcan el riesgo de sufrir complicaciones (ADA, 2007a; 2008).

Tratamiento

El objetivo de adherirse a un tratamiento es permitir que el paciente prolongue su vida, que mantenga los niveles de glucosa en la sangre dentro de los niveles normales en tanto le sea posible, reducir los síntomas y prevenir las complicaciones relacionadas con la enfermedad (National Institutes of Health [NIH], 2008).

Ahora bien, es muy importante tener en cuenta que el tratamiento para la diabetes dependerá de lo que el cuerpo del paciente necesite. Una persona con diabetes debe cumplir tanto las prescripciones médicas referentes a los fármacos como la realización de actividad física, mantener su presión arterial controlada y llevar a cabo un tratamiento nutricional para mejorar su salud, evitar complicaciones y por tanto elevar su calidad de vida (ADA, 2003c; Rickheim et al., 2000).

Respecto al tratamiento nutricional, la suma de carbohidratos y de grasas monoinsaturadas deberá aportar entre un 60% y un 70% de la ingestión calórica, sin embargo, los individuos bajo tratamiento insulínico intensivo deberán ajustar su dosis de insulina en función del contenido en carbohidratos de las comidas. En el caso de las proteínas, se ha demostrado que el consumo de éstas, por parte de pacientes con diabetes tipo 2 controladas funge como un importante estimulador

de la secreción de insulina y no existe evidencia que sugiera la modificación de la ingestión usual a menos de que existan problemas renales (ADA, 2003c).

Respecto al colesterol y los triglicéridos, unos niveles saludables de éstos son la clave para mantener el corazón y los vasos sanguíneos en buen estado. El colesterol es una sustancia cerosa que se encuentra en las células del cuerpo y aunque es necesario para el óptimo funcionamiento de las personas, se convierte en un problema cuando se tiene demasiado en el cuerpo. Existen dos tipos de colesterol (Alfonso, Bosh, y Bermejo, 2002; Guerrero, 2006; NIH, 2006):

1. El colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad) que se conoce comúnmente como colesterol “malo” y puede obstruir los vasos sanguíneos y por consiguiente aumentar el riesgo de padecer un ataque al corazón o un derrame cerebral. Es muy importante tener en cuenta que mantener bajo el nivel del colesterol LDL protege el corazón.

2. El colesterol HDL (lipoproteínas de alta densidad) es el otro tipo de colesterol y también es llamado colesterol “bueno”. Ayuda a remover depósitos que se forman dentro de los vasos sanguíneos para no ser bloqueados. Al contrario de las lipoproteínas de baja densidad el procurar mantener alto el nivel de este colesterol ayuda a proteger el corazón

De igual manera, controlar los niveles de triglicéridos que son otro tipo de grasa en la sangre del cuerpo, ayuda a disminuir el riesgo de tener un ataque al corazón o un derrame cerebral (Rickheim, et al., 2000).

En ese sentido, una de las metas primordiales del tratamiento para las personas con diabetes es limitar la ingestión de grasas saturadas (menos de 10% de la ingestión calórica), para mejorar los niveles de colesterol en sangre, la resistencia a la insulina y la glucemia a corto plazo principalmente (ADA, 2003c).

Ahora bien, las dietas bajas en grasa, mantenidas a largo plazo, también contribuyen a la pérdida de peso y a una mejora de la dislipidemia. Los niveles esperados para las personas con diabetes son (ADA, 2007b):

1. Lipoproteínas de baja densidad LDL (< 100 mg/dl).
2. Triglicéridos (< 150 mg/dl).
3. Lipoproteínas de alta densidad HDL (>40 mg/dl).

De igual manera, la presión arterial es un factor importante en el desarrollo de complicaciones en las personas con diabetes y debe ser controlado a partir de la restricción en la ingestión de sodio principalmente y la realización de actividad física. La cifra recomendada para las personas con diabetes es 130/85 o inferior. (ADA, 2002; 2003c).

Finalmente, como ya se mencionó, se ha demostrado que la realización de actividad física por lo menos de tres a cuatro veces a la semana durante sesiones de 30 a 60 minutos brinda sustanciales beneficios a las personas con diabetes, principalmente (ADA, 2003d):

1. Ayuda a controlar los niveles de glucemia,
2. Previene enfermedades cardiovasculares y reduce la presión arterial,
3. Reduce niveles de lipoproteínas de muy baja densidad y;
4. Favorece la pérdida de peso.

Ahora bien, además de los aspectos mencionados hasta el momento, existe una parte que también es esencial dentro del tratamiento de las personas con diabetes y que hace referencia al tratamiento medicamentoso, que consiste básicamente en la administración continua de píldoras o inyecciones de insulina (Colwell, 2003).

Estos últimos, tienen como finalidad la reducción de los niveles de glucosa en la sangre de los pacientes y es importante resaltar que con el paso del tiempo, pueden cambiar o agregarse otros al plan de tratamiento (NIH, 2008; Rickheim et al., 2000).

Así, las píldoras funcionan de manera distinta ya que pueden: 1) ayudar al páncreas a liberar más insulina como las sulfonilureas, 2) ayudar al cuerpo a utilizar mejor la insulina como las meglitinidas, 3) hacer que el hígado libere menos glucosa como las biguanidas y tiazolidinediones o bien, 4) retardar la absorción de carbohidratos como las alfa-glucosidasas (Colwell, 2003; NIH, 2008).

Con lo que a la insulina exógena respecta, existen varios tipos de ésta y cada clase tiene propiedades farmacológicas distintas que van desde la insulina de acción rápida, la corta y la intermedia hasta la de acción prolongada. Se puede inyectar de forma independiente o mezclados en una misma jeringa (ADA, 2003b).

Existen varias formas de administrar la insulina, por ejemplo, puede ser administrada por medio de inyecciones diarias, por una bomba la cual la administra de forma continua vía subcutánea o incluso puede ser inalada. La forma de administración y la dosis de ésta será individualizada y equilibrada en función al tratamiento de cada paciente (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001).

La administración más convencional se realiza a través de inyecciones con jeringuillas graduadas o lápices con agujas y cartuchos desechables en el tejido subcutáneo del brazo, en los muslos, así como en las nalgas y en el abdomen. Es importante rotar el lugar de inyección y mantener los viales de insulina en refrigeración y sin agitarlos para evitar la pérdida de potencia (ADA, 2003b).

Así, a partir de lo descrito hasta ahora, resulta, que es el cumplimiento del tratamiento el patrón de comportamiento idóneo mediante el cual un paciente puede influir favorablemente en el curso de su enfermedad. Debido a que el tratamiento de la diabetes no es, algo estático, sino dinámico y cambiante, el paciente se ve obligado entre otras cosas a tomar decisiones constantemente sobre la enfermedad y realizar cambios conductuales sustanciales que duran para toda la vida y no un simple seguimiento de instrucciones mecánicas (Beneit y Latorre, 1994).

Dicha adquisición de cambios urgentes y sustanciales de estilo de vida, podrán, invertir, la epidemia de la diabetes. Saber qué es la diabetes y cómo controlarla es, por supuesto, esencial pero no suficiente para un automanejo eficaz, que alguien aumente sus conocimientos sobre diabetes no se traduce automáticamente en una mejora del autocontrol y del control glucémico. Los cambios conductuales necesarios para asegurar un autocontrol óptimo de esta afección parecen entonces, estar más relacionados con las actitudes, las creencias y los sentimientos que tienen las personas en torno a su diabetes, a su tratamiento y sobre sí mismas (Alberti y Zimmet, 2007).

Así, las personas con diabetes necesitan creer que los resultados del tratamiento valen la pena y estar conscientes de que sólo la adopción de comportamientos adecuados los beneficiará. El fracaso, genera una actitud pesimista hacia la diabetes y hacia uno mismo, produciendo una tendencia a desarrollar diversos problemas de origen psicológicos, tales como trastornos alimentarios, estrés, ansiedad y depresión (Ven, Snoek y Weiger, 2002).

Por ello, se necesitan nuevas relaciones estratégicas con grupos cuyas actividades influyan sobre la salud (Alberti y Zimmet, 2007), con esta idea, se reconoce la importancia de que las personas con diabetes deben recibir asistencia por un equipo médico. Tal equipo incluye médicos, enfermeras, nutriólogos, farmacéuticos, y profesionales de salud mental expertos y con un interés especial en la diabetes. Es esencial formular alianzas entre el paciente, el médico y otros miembros encargados del cuidado de su salud (ADA, 2007b).

En síntesis, es esencial que los individuos con diabetes asuman un papel activo en su cuidado, para ello, se debe formular un plan de acción tanto para el paciente, su familia, el médico y otros miembros involucrados en el cuidado de su salud. Es necesario tomar en cuenta aspectos como la edad del paciente, su escolaridad, condiciones de empleo, la actividad física, hábitos alimenticios, nivel socioeconómico, personalidad, factores culturales, la presencia de complicaciones

u otras condiciones médicas para llevar a la práctica el plan de acción. (Funnell y Anderson, 2004). Cada aspecto de la intervención debe ser razonable, entendido por el paciente y estar de acuerdo con ello (ADA, 2007b).

Finalmente, es muy importante tener en cuenta que uno de los grandes objetivos de que los sujetos con diabetes asuman un papel activo dentro de su tratamiento es que logre una mejora en su calidad de vida a través del desarrollo de estrategias y habilidades para la resolución de problemas concernientes a su enfermedad (Aguilar, et al., 2005; Funnell y Anderson, 2004) ya que las presiones percibidas como altamente estresantes, que persisten a largo plazo y que no logran ser minimizadas por estrategias de enfrentamiento eficaces por parte de los pacientes, producen entre otras cuestiones, respuestas conductuales de mala adaptación, incrementan respuestas emocionales negativas y originan un malestar psicológico en este caso de las personas con diabetes mellitus (Lazarus y Lazarus, 1994).

Capítulo 3. Depresión y Diabetes

En el capítulo anterior, se mencionan los cambios fisiológicos que una persona con diabetes adquiere cuando enfrenta la incidencia y permanencia de esta afección, sin embargo, la diabetes no sólo daña la salud física, sino que también desarrolla problemas emocionales y afecta la salud mental de quien la padece (Lloyd, 2008).

Las personas con diabetes presentan un riesgo notablemente mayor de experimentar fluctuaciones, variaciones o reacciones emocionales desadaptativas importantes a lo largo de las fases inicial, intermedia y final de su enfermedad en comparación con la población general. Dicha fluctuación emocional en interacción con otros factores físicos, psicológicos y sociales provocan, en muchos de los casos, procesos dolorosos, deterioro y una valoración negativa de la situación en el paciente con diabetes (Rickheim et al., 2000).

Una de esas reacciones emocionales no adaptativas identificada con mayor frecuencia en este tipo de personas es la presencia de síntomas depresivos (De los Ríos, Barrios y Ávila, 2004; Lustman y Anderson, 2002; Robles, 2006).

Epidemiología de la depresión

Hoy en día, la depresión unipolar al igual que la diabetes es un importante problema de salud. Se estima que en el mundo existen 340 millones de personas con este padecimiento y se espera, que para el año 2020, se convierta en la segunda causa de muerte. La depresión es responsable de la tercera parte de toda la discapacidad a nivel mundial y aunque ocurre tanto en varones como en mujeres, el riesgo de depresión en estas últimas es de casi el doble sobre el de los hombres (OMS, 2004a).

Respecto al número existente de personas con diabetes y depresión, se sabe que las personas con diabetes tienen el doble de riesgo de padecer depresión en comparación con la población en general. Aproximadamente, una de cada tres personas con diabetes experimenta sintomatología depresiva,

identificada con mayor frecuencia en las mujeres (ADA, 2005a). En promedio el 20% de hombres y el 40% de mujeres con diabetes experimentan por lo menos un episodio de depresión a lo largo de toda su vida (Lutsman y Clouse, 2004).

Sintomatología de la depresión

Los criterios diagnósticos para identificar a una persona con depresión están basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) [American Psychological Association [APA], 2003; NIMH, 2009a] el cual indica que para la realización de un diagnóstico de depresión por lo menos cinco de los siguientes síntomas deben estar presentes la mayor parte del día de casi todos los días en las últimas dos semanas: a) estado de ánimo depresivo; b) anhedonia; c) cambios significativos en el peso o el apetito; d) insomnio o hipersomnias; e) agitación o lentitud psicomotora; f) fatiga; g) dificultad para concentrarse; h) sentimientos de culpa o poco valor y; i) se ha pensado en la muerte o en el suicidio.

Se considera normal que personas presenten sintomatología depresiva después de alguna pérdida significativa, como la muerte de un ser querido, el diagnóstico de un nuevo problema médico, la pérdida del trabajo, etc., sin embargo, se espera que estos síntomas disminuyan después de unos cuantos días o semanas (ADA, 2009; ADA, 2005b).

Cabe señalar, que los criterios mencionados anteriormente son válidos para la identificación de depresión en personas con diabetes, sin embargo, deben tomarse en consideración otros aspectos durante la evaluación de la problemática, ya que la sintomatología depresiva en esta población pudiera relacionarse con efectos derivados de algunos medicamentos (OPS, 2006) o con síntomas característicos de la diabetes. Por ejemplo, las personas con diabetes al igual que las que sufren depresión pueden perder peso, sentir cansancio, fatiga, sufrir de insomnio o hipersomnias, pérdida o aumento de apetito, etc. y no por esto están deprimidas (ADA, 2009; Lustman, Griffith, Clouse y Cryer, 1986; Pérez, 2007).

En ese sentido, Lustman y Clouse (2004) sugieren que los síntomas depresivos en personas con diabetes son lo suficientemente significativos como para interferir y deteriorar el funcionamiento del individuo y requerir intervención clínica siempre y cuando se descarte la posibilidad de que sean explicados por algún medicamento, alguna condición médica o el duelo.

Taxonomía de la Depresión

El impacto en el funcionamiento y calidad de vida del paciente ayudará también a clasificar a la depresión como leve, moderada o grave (OMS, 2007; Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2009).

En la depresión considerada como leve, por lo general concurren dos o tres de los síntomas ya mencionados, sin embargo, la persona puede seguir realizando la mayoría de sus actividades (OMS, 2001b; UNAM, 2009). En los episodios depresivos moderados, suelen coexistir cuatro o más de los síntomas y el afectado tiene a menudo grandes dificultades para realizar las actividades cotidianas. Finalmente, en la depresión grave, los síntomas revisten especial gravedad y causan gran sufrimiento, a lo que se añaden normalmente sentimientos de pérdida de autoestima, poca valía o culpabilidad y son frecuentes las ideas y actos suicidas. En ocasiones, si la depresión es muy severa, puede estar acompañada de síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios (NIMH, 2009a).

Cabe mencionar que existen otros trastornos en donde la depresión también participa y suelen confundirse, sin embargo, estos tienen características que los hacen diferentes a la depresión unipolar. Por ejemplo, el trastorno conocido como trastorno bipolar (ADA, 2005a; APA, 2003), o el trastorno distímico, este, a diferencia de la depresión se caracteriza porque los síntomas están presentes de manera más leve pero su duración es de por lo menos 2 años. Las personas con distimia a menudo están faltos de ánimo y entusiasmo por la vida, y

viven una existencia sin júbilo y energía que casi parece ser una extensión natural de su personalidad (NIMH, 2009b).

Causas de la depresión

Actualmente, respecto a las causas de la depresión se sabe que ésta es el resultado de una interacción compleja entre diversos factores, tanto genéticos, físicos y psicológicos (ADA, 2005a).

La existencia de una historia familiar de la enfermedad aumenta el riesgo de padecerla, sin embargo, hay que señalar que no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad, simplemente podrán haber heredado una predisposición biológica y se requiere de otros factores como los que se mencionan a continuación para que la depresión se presente (NIMH, 2009b).

Es así como el desequilibrio de ciertos neurotransmisores, juegan también un papel importante en los trastornos depresivos. Por ejemplo, bajos niveles de serotonina se relaciona frecuentemente con la aparición de la depresión (NIMH, 2009b). Cabe mencionar, que en algunos casos, los niveles de serotonina y de otras sustancias químicas en el cerebro son afectados debido al consumo de alcohol o de algunas otras sustancias como la nicotina o drogas ilegales. Aproximadamente una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo también exhiben de alguna manera un trastorno de alcoholismo o farmacodependencia; un ejemplo son las personas deprimidas que usan el alcohol u otras sustancias como una forma de automedicación, lo que evidencia el círculo vicioso que se forma entre la depresión y el consumo de ciertas sustancias (Regier et. al, 1993; Solomon, 2002).

Finalmente, respecto a los factores psicológicos, la depresión se ha asociado con la forma en que las personas reaccionan a eventos estresantes y a los procesos de interacción continua entre los sujetos y su ambiente al que tratan de adaptarse con mayor o menor éxito. Las personas con características tales

como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva serán más vulnerables a padecer de depresión al enfrentarse a condiciones de vida adversas como la pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos, el diagnóstico de una enfermedad, etc. (Jervis, García y Calvo, 2005).

Con lo que respecta a la depresión y diabetes, se sabe que existe una relación entre ambas afecciones, por un lado, las personas con diabetes presenta un riesgo dos veces mayor de desarrollar depresión en comparación con quienes no la tienen; y por otro, también se cree que la depresión aumenta el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (ADA, 2005a; Lloyd, 2008; Lutsman y Close, 2004; Pineda et al., 2004; Shea y Owens-Gary, 2009). A continuación se describen ambas relaciones.

Relación entre depresión y diabetes.

En la conexión entre diabetes y depresión, se encuentran en primer lugar diversos factores que funcionan como mediadores entre ambas. En primer lugar, se encuentran los factores que relacionan a la depresión con la falta de concentración de la persona para llevar acabo conductas ligadas a su tratamiento (ADA, 2005a).

Del Castillo y Martínez (2008) y Sánchez-Sosa (2002) mencionan que cuando las personas adquieren una condición crónica como la diabetes, no siempre se encuentran preparados para enfrentarse a un tratamiento que implica cierto nivel de complejidad, es prolongado y que requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios, si esto se prolonga, puede desencadenar que algunas personas se sientan altamente agobiados por las demandas y modificaciones del cuidado diario, por las posibilidades de sufrir complicaciones a largo plazo, por el costo del cuidado de la enfermedad y por los efectos que puede provocar en su vida familiar y laboral, etcétera.

Por otro lado, cuando una persona con diabetes presenta depresión no sólo la falta de adherencia terapéutica ocasiona que el sujeto experimente insatisfacción o malestar vital, disminuya su calidad de vida, presente un mayor riesgo de complicaciones, episodios de hipoglucemia y pobre control glucémico sino que también existen una serie de cambios fisiológicos característicos de la depresión que contribuyen a que todo esto se manifieste (Lustman et al., 2000; OMS, 2001a; Robles, 2006; Shea y Owens-Gary, 2009).

En ese sentido, el aumento en la secreción de cortisol, procesos inflamatorios, disminución en el pulso cardiaco y alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso central (sobreactivación del sistema simpático) pueden contribuir directamente en la aparición de hiperglucemia, incrementan la resistencia a la insulina, y por tanto, pueden acelerar las complicaciones (Lustman et al., 2000; Lustman y Clouse, 2004).

Diversos estudios realizados con personas con depresión sin y con diabetes, han documentado la posibilidad de que padecer depresión por sí sola, aumenta al doble el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (Eaton, Armenian, Gallo, Pratt y Ford, 1996; Lloyd, 2008; Pineda et al., 2004; Lutsman y Cluse, 2007; Shea y Owens-Gary, 2009), esto, al señalar que existen ciertas sustancias cerebrales (como el cortisol) que al interactuar con otros factores como la inactividad física y la obesidad (Everson-Rose et al., 2004; Sadek y Nemeroff, 2000) provocan un aumento en la resistencia a la insulina principalmente, lo que hace que con el tiempo, los niveles de glucosa en la sangre se incrementen más de lo normal y provoquen hiperglucemias (ADA, 2005b; Lustman y Clouse, 2007). Esto coincide con estudios longitudinales que señalan que sintomatología depresiva en una muestra precedió al diagnóstico de diabetes en el 90% de los casos en un periodo de 8 a 10 años (Lustman y Clouse, 2004).

No obstante y pese a que diversas investigaciones han encontrado que existe una relación bidireccional entre depresión y diabetes, la explicación sobre

ésta relación sigue siendo aun compleja y persisten muchos interrogantes sobre los mecanismos específicos de dichas relaciones (OMS, 2001a).

Tratamiento de la depresión en personas con diabetes tipo 2.

La depresión tiende a volverse crónica, a recurrir y a causar una discapacidad que se acentúa con el tiempo (OMS, 2007), su detección oportuna permitirá que personas con diabetes, reciban el tratamiento adecuado que genere mejoras significativas en su estado de salud como la reducción en la posibilidad de padecer complicaciones, mejore la adherencia terapéutica, obtenga un adecuado control glucémico, y finalmente reduzca la probabilidad de muerte prematura (Colunga-Rodríguez, García, Salazar-Estrada y Ángel-González, 2008; Pineda et al., 2004).

La OMS (2001a) sugiere que la depresión puede tratarse y manejarse con éxito y que el 60% de los casos logran recuperarse satisfactoriamente. En general, el tratamiento para la depresión suele implicar el uso de medicamentos antidepresivos y psicoterapia.

Por lo que respecta a los antidepresivos, estos son medicamentos que regulan reacciones químicas que se producen en el cerebro las cuales, contribuyen a que la depresión se presente. Básicamente existen tres tipos de medicamentos antidepresivos: los tricíclicos que funcionan aumentando la concentración de epinefrina y serotonina; los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina quienes aumentan el nivel de serotonina en el cerebro y finalmente los inhibidores de la monoaminoxidasa que son enzimas que descomponen los neurotransmisores. Al reducir esta enzima, aumenta la cantidad de neurotransmisores y pueden transmitir señales nerviosas adecuadamente (Katon y Miranda, 1997; Solomon 2002).

El otro aspecto necesario para tratar la depresión con eficacia, es la aplicación de algún tipo de psicoterapia. En ese sentido, el tipo de psicoterapia

que ha tenido mayor éxito en lo que respecta a la depresión, es la cognitivo conductual, la cual, parte del supuesto de que el comportamiento, las emociones y la cognición están en interacción constante, cuando la cognición o creencias de una persona son inexactas, se generan reacciones emocionales excesivas y un comportamiento ineficaz a la hora de afrontar los hechos (Ven et al., 2002; White, 2001).

Cabe mencionar que los fundamentos de dichas intervenciones así como la efectividad de diversos estudios que han tenido como objetivo disminuir la sintomatología depresiva en pacientes con diabetes utilizando este tipo de psicoterapia serán abordados en detalle en el siguiente capítulo.

Capítulo 4. Intervención cognitivo-conductual, depresión y diabetes tipo 2

Como ya se mencionó, los trastornos mentales, como la depresión, desempeñan un papel importante en el manejo de enfermedades crónicas como la diabetes (OMS 2001a).

Cuando una persona además de diabetes presenta diagnóstico de depresión, experimentará una insatisfacción o malestar vital, disminuirá su funcionalidad y calidad de vida y correrá un mayor riesgo de complicaciones micro y macrovasculares que podrían prevenirse, sin embargo, frecuentemente estos pacientes presentan problemas en el autocuidado, manifiestan dificultades para atender su salud, mantienen un bajo control glucémico y pueden sufrir muerte temprana (Colunga-Rodriguez et al., 2008; Lustman et al., 2000; Robles, 2006; Shea y Owens-Gary, 2009).

Por ello, la detección y tratamiento temprano para la depresión, permitirá que los sujetos vulnerables de padecer diabetes tengan un menor riesgo de desarrollar esta y/o otras enfermedades crónicas y en el caso de las personas que ya tienen el diagnóstico, permitirá la generación de mejoras significativas en el estado de salud del paciente como la reducción en la posibilidad de padecer complicaciones, mejorar la adherencia terapéutica, obtener un adecuado control glucémico, y finalmente reducir la probabilidad de muerte prematura (Pineda et al., 2004).

En ese sentido, dentro de las intervenciones psicológicas, las cognitivas conductuales han demostrado mayor eficacia en la disminución de síntomas depresivos y mejorar el control glucémico y la calidad de vida de estos pacientes (Del Castillo, 2005; Jimenez y Davila, 2007; Lloyd, 2008; Lustman, Griffith, Freedland, Kissel y Clouse, 1998; Moreno, 2001; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa, 2005).

El enfoque cognitivo- conductual es un término genérico que se refiere a las intervenciones que incorporan tanto técnicas conductuales como cognitivas (Lega, Caballo y Ellis, 2002). Sus orígenes se relacionan, con la ineficacia y falta de éxito de otros paradigmas como el psicoanálisis, ocasionando, la necesidad de mejores y diferentes métodos como la terapia de conducta, basada en la teoría del aprendizaje y la cognitiva en el tratamiento y cura de los trastornos psicológicos. Desde entonces, ha comenzado a ganar impulso y a ascender de forma gradual; actualmente, más de 3 000 estudios comparativos, comprueban su supremacía sobre los demás enfoques en el tratamiento de las psicopatologías (Eysenck, 2007).

En la actualidad, el campo de la terapia cognitivo-conductual se ha ido ampliando conforme aparecen nuevas investigaciones, trastornos por ansiedad, depresión, esquizofrenia, disfunciones sexuales, trastornos de personalidad, entre otros, son tratados con gran éxito (Caballo, 2007; Gould y Otto, 1996; Lega, Caballo y Ellis, 2002; Mahoney, 1996).

Cabe mencionar que estos fundamentos se encuentran en las obras de dos de las figuras más influyentes de este movimiento, Aaron Beck, fundador de una teoría llamada Teoría Cognitiva para la Depresión y Albert Ellis, el creador de la Terapia emotivo-racional- conductual (Feixas y Miro, 1993).

Ambas, son creadas en los años setenta y aunque existen algunas modificaciones a lo largo del tiempo y diferencias entre ellas, las dos, se basan en la suposición de que la desadaptación de un individuo es consecuencia de un aprendizaje anterior. Su objetivo es la disminución de respuestas conductuales desadaptativas y respuestas emocionales negativas en las personas mediante el desarrollo de estrategias y habilidades para desaprender lo aprendido y proporcionar experiencias nuevas de aprendizaje para la resolución de problemas (Lega, Caballo y Ellis, 2002)

En otras palabras, dichas intervenciones, proponen en general, que la cognición o creencias de una persona pueden ser inexactas, lo que genera reacciones emocionales excesivas y un comportamiento ineficaz a la hora de afrontar los hechos, así, la identificación y modificación de creencias disfuncionales ayudaran a que los pacientes modifiquen también sus emociones y mejoren su comportamiento de afrontamiento ayudándolos a pensar y actuar de forma más adaptativa y realista (Ven, Snoek y Weiger, 2002; White, 2001).

Siguiendo las definiciones anteriores, en la depresión (variable de interés en la presente investigación), existe un proceso cognitivo distorsionado, es decir, que lo que piensa un individuo acerca de el mismo, el futuro y el mundo que lo rodea no es real (Caro, 1997).

Cuando una persona está deprimida, tiende a exagerar las consecuencias negativas ante algunas situaciones percibiendo hasta la más ligera decepción como un desastre absoluto e imposible de controlar, a esa distorsión se le denomina “catastrofismo”. Otro ejemplo, de este tipo de pensamientos distorsionados es lo que se denomina como sobregeneralización y es cuando un evento negativo es percibido como un patrón de fracaso sin fin (Caro, 1997).

De igual forma, se propone la existencia de esquemas depresivos que implican supuestos del tipo “todo o nada” como los siguientes: a) Si no soy completamente feliz, seré completamente infeliz, b) Si algo no sale perfectamente bien, es inútil hacerlo, c) Si no soy perfecto, soy un fracaso, d) Si todos no me quieren incondicionalmente, es que nadie me quiere, e) Si no consigo controlar mi diabetes completamente, soy un fracaso y no vale la pena esforzarme para seguir cuidándome, etc., (Hales, Yudofsky y Valdez, 2008).

La identificación de estos esquemas depresivos o distorsiones cognitivas en las personas con depresión son el principal objetivo según este enfoque, ya que esto, permitirá que los pacientes puedan contrarrestarlas y reemplazarlas por

creencias más apropiadas o realistas, podrán modificar sus emociones y mejorar su comportamiento a la hora de afrontar los hechos (Caro, 1997).

En personas con diabetes que además presentan depresión, los principios del modelo cognitivo conductual lo hacen particularmente efectivo, esto, ante la necesidad de tomar en cuenta que dentro de las prioridades del tratamiento para este tipo de personas no sólo se debe mejorar su bienestar psicológico sino también el autocuidado. Por un lado, además de técnicas que le permiten al paciente aprender a identificar y modificar pensamientos y emociones desadaptativas, este tipo de terapia, permiten que las personas adopten un enfoque activo de autocontrol y establezcan una relación de cooperación con los profesionales que les atienden (Del Castillo, 2005; Ven, Snoek y Weinger, 2002; White, 2001;).

Además de ello, la terapia cognitivo conductual utilizada para prevenir y aliviar la depresión en personas con diabetes tipo 2 está estructurada de modo que hay una agenda clara para cada reunión, normalmente tiene una duración limitada y estimula la participación activa de los pacientes mediante la aplicación de algunas técnicas como las que se mencionan a continuación (Solomon, 2002; Ven, Snoek y Weinger, 2002):

1. Terapia cognitiva para la depresión de Aaron Beck
2. Terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis
3. Entrenamiento en Autoverbalizaciones o autoinstrucciones positivas y autoreforzamiento, esto significa que una persona puede aprender a reconocer sus éxitos y en base a ello otorgarse consecuencias agradables.
4. Reforzamiento social o externo ante conductas adecuadas. Un ejemplo de esto puede ser cuando un amigo o familiar le hace algún comentario sobre alguna cualidad que piense que usted tiene, el reconocimiento de los demás ante algún logro que ha tenido o incluso el abrazo y consuelo de otra persona cuando usted está deprimido

5. Asignación de tareas a realizar en casa y realización de actividades que impliquen placer o logro personal.
6. Técnicas de relajación

En resumen, este tipo de psicoterapia propone que el cambio en las actitudes, creencias y sentimientos en torno al mundo, al futuro y al sujeto mismo, ayudará al paciente a disminuir respuestas conductuales desadaptativas, las respuestas emocionales negativas, lo hará sentir mejor, le brindará estrategias y habilidades para poder solucionar mejor sus problemas, mantendrá un adecuado control de la diabetes y elevará su calidad de vida (Del Castillo, 2005; Jiménez y Dávila, 2007; Lloyd, 2008; Lustman, et al., 1998; Moreno, 2001; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa, 2005).

Lustman et al. (1998) afirma a razón de un estudio realizado con 51 personas que la combinación de educación y de terapia cognitivo conductual es un efectivo tratamiento no farmacológico para el tratamiento de la depresión en pacientes con diabetes tipo 2.

Respecto a la eficacia en nuestro país de estas intervenciones que han tenido como objetivo la disminución de síntomas depresivos en personas con diabetes, resultados derivados de diversos estudios como los mencionados a continuación, sugieren la efectividad de las mismas.

Moreno (2001), confirma esta afirmación con un estudio realizado en Guadalajara, México en donde encontró que la terapia cognitivo conductual administrada a un grupo de pacientes con diabetes mostró ser un tratamiento no farmacológico efectivo para el alivio de la depresión, incluso la mejoría se extendió hasta la evaluación realizada 6 meses después de la intervención en el grupo experimental.

Otro estudio realizado con 34 personas con diabetes con el propósito de determinar la eficacia de una intervención cognitivo conductual en la modificación

de diversas variables psicológicas, entre ellas, la depresión, demostró mejoras clínicas y estadísticamente significativas para la mayoría de los pacientes (Riveros, Cortazar- Palapa, Alcazar y Sánchez- Sosa, 2005).

Del Castillo (2005) también encontró ganancias clínicas y significativas al realizar una intervención cognitivo conductual en modalidad grupal para disminuir los niveles de depresión en 21 pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Juárez de México.

Finalmente, cabe mencionar que pese a los hallazgos encontrados en nuestro país, no existe evidencia de investigaciones y aplicaciones de intervenciones cognitivo conductuales para la modificación del nivel de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 en una muestra semirural como la que se realizó en el presente estudio, además las intervenciones documentadas son en su mayoría en formato individual y esta fue en formato grupal.

,

Método

Planteamiento del Problema

Justificación

Al igual que en el mundo, México sufre una transición epidemiológica de padecimientos infecciosos a padecimientos crónico-degenerativos. Dentro de estos padecimientos, la diabetes tipo 2 constituye uno de los síndromes metabólicos de mayor prevalencia convirtiéndose en uno de los principales problema de salud pública en nuestro país (FMD, 2010; Rodríguez-Saldaña, et al., 2003). Existen 285 millones en el mundo y de 6.5 a 10 millones de personas en México con este padecimiento y se espera que esta cifra aumente en los siguientes años (FID, 2010; INEGI, 2007; OMS, 2006). Padecer diabetes implica enfrentarse a la probabilidad de sufrir complicaciones severas y altos índices de mortalidad por lo que las personas con diabetes se ven obligados a realizar cambios conductuales sustanciales que duran para toda la vida (Beneit y Latorre, 1994). Sin embargo, se sabe que estos pacientes suelen presentar una pobre adherencia a su tratamiento afectando su calidad de vida y la de su familia, si esta falta de adherencia se prolonga, puede desencadenar entre otras cosas, una serie de reacciones emocionales, que pueden provocar malestar extremo y obstaculizar la realización de conductas de salud (Sánchez-Sósa, 2002). Una de esas reacciones emocionales no adaptativas identificada con mayor frecuencia en este tipo de personas está relacionada con sintomatología depresiva (De los Ríos, Barrios y Ávila, 2004; Lustman y Anderson, 2002; Robles, 2006). Se estima que la aparición de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 es de aproximadamente el doble que el de la población general y que en promedio el 20% de hombres y el 40% de mujeres con diabetes experimentan por lo menos un episodio de depresión a lo largo de toda su vida (ADA, 2005; Lutsman y Close, 2004). Es por ello, que identificar y atender la depresión oportunamente en ese tipo de poblaciones podría generar mejoras significativas en su estado de salud como la reducción en la posibilidad de padecer complicaciones, mejorar la adherencia terapéutica, así como obtener un adecuado control glucémico, y finalmente reducir

la probabilidad de muerte prematura (Pineda et al., 2004). En ese sentido, sobre el tratamiento psicológico de la depresión, la literatura señala que las intervenciones cognitivo conductuales han sido las que han mostrado mayor eficacia en la disminución de síntomas depresivos y mejora en el control metabólico y calidad de vida de estos pacientes (Del Castillo, 2005; Jimenez y Davila, 2007; Lloyd, 2008; Lustman, Griffith, Freedland, Kissel y Clouse, 1998; Moreno, 2001; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa, 2005). Sin embargo, en México, un gran número de personas con diabetes radican en comunidades semirurales con poco acceso a servicios de salud física y mental, por ende, no existen datos sobre la aplicación de este tipo de intervenciones en una muestra con las características del presente estudio. Los resultados de estos estudios permitirán desarrollar intervenciones psicológicas efectivas que contribuyan a un mejor manejo de la diabetes por parte del equipo de salud, reduciendo así el impacto negativo en el bienestar de los pacientes y su familia, así como el impacto económico para el sistema de salud.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la efectividad de una intervención cognitivo conductual para modificar el nivel de depresión y el control metabólico en personas con diabetes tipo 2 en centros de Salud del estado de Hidalgo?

Objetivos

Objetivo General

Determinar la efectividad de una intervención cognitivo conductual para modificar el nivel de depresión y control metabólico de personas con diabetes tipo 2 en centros de Salud del estado de Hidalgo.

Objetivos específicos

1) Determinar el nivel de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a los centros de salud del estado de Hidalgo.

2) Determinar el nivel de control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a los centros de salud del estado de Hidalgo.

3) Determinar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para modificar el nivel de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 en centros de Salud del estado de Hidalgo.

4) Determinar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para modificar el control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2 en centros de Salud del estado de Hidalgo.

Hipótesis

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión y el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2 de los centros de salud del Estado de Hidalgo antes y después de la intervención cognitivo conductual.

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión y el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2 de los centros de salud del Estado de Hidalgo antes y después de intervención cognitivo conductual.

Identificación de variables.

Tabla 1

Variables dependientes

Variables	Definición Conceptual
Sintomatología Depresiva	Síntomas del trastorno depresivo mayor que incluyen: a) estado de ánimo depresivo, b) disminución en el interés o placer en actividades que antes eran agradables (anhedonia), c) cambios significativos en el peso o el apetito, d) insomnio o hipersomnia, e) agitación o lentitud psicomotora, f) fatiga, g) dificultad para concentrarse, h) sentimientos de culpa o poco valor, i) ideación suicida (APA, 2003).
Control Metabólico	Valores de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) inferiores al 7% que corresponde a un control óptimo en el nivel de glucosa en los tres meses anteriores a la toma de la muestra (ADA, 2010).

Variable independiente.

La variable independiente es una intervención cognitivo-conductual, la cual consistió en un programa terapéutico breve fundamentado en los principios de la psicoterapia cognitivo-conductual administrado a pacientes con diabetes tipo 2, que constó de 12 sesiones distribuidas en tres fases con una duración de dos horas cada una y programadas una vez por semana para completar la intervención en tres meses. Cabe señalar que la primera fase estuvo integrada por cuatro sesiones dedicadas principalmente a educar a los pacientes respecto a la enfermedad; la fase dos tuvo como objetivo brindar seis sesiones para familiarizar a los participantes con el modelo cognitivo conductual y finalmente la fase tres con dos sesiones abordó la importancia del apoyo social en el automanejo de la enfermedad así como el cierre de la intervención. Ver anexo 1 para la descripción detallada de cada una de las fases con sus respectivas sesiones.

Participantes

Participaron 20 pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 entre 35 y 77 años de edad, quienes asisten a dos centros de salud del estado de Hidalgo, dichos pacientes no presentaban complicaciones médicas mayores y cabe mencionar que de manera voluntaria e informada aceptaron participar en el estudio. La muestra total estuvo integrada por 17 mujeres que representan el 85% y por 3 hombres representando el otro 25% restante de la muestra. Respecto al estado civil de cada uno, se encontró que el 35%, equivalente a 7 personas reportaron estar casados, el 30% correspondiente a 6 de los participantes registraron ser solteros, el 15% correspondiente a 3 personas vivían en unión libre, 2 equivalentes al 10% eran viudos y sólo el 5% era divorciado. En cuanto a la escolaridad, el 15% contaban con primaria incompleta, el 50% primaria completa, otro 15% secundaria, 10% preparatoria y por último, otro 10% del total de la muestra tenían una carrera profesional. Por último los años de diagnóstico se concentraron en 11 años o más con el 45% del total de los individuos estudiados.

A continuación se muestran en la tabla 2 las distribuciones de cada una de las variables sociodemográficas del presente estudio.

Tabla 2

Variables sociodemográficas

Variable	Grupo Experimental	Grupo Diferido	Total
	Número de Sujetos		
	9	11	20
<i>Sexo</i>			
Masculino	1 (11.1%)	2 (18.18%)	3 (15%)
Femenino	8 (88.8%)	9 (81.81%)	17 (85%)
<i>Estado Civil</i>			
Soltero	3 (33.3%)	3 (27.27%)	6 (30%)
Casado	4 (44.4%)	3 (27.27%)	7 (35%)
Unión Libre	2 (22.2%)	1 (9.09%)	3 (15%)
Divorciado		1 (9.09%)	1 (5%)
Viudo		2 (18.18%)	2 (10%)
<i>Ocupación</i>			
Tiempo Completo	3 (33.3%)	2 (18.18%)	5 (25%)
Medio tiempo	3 (33.3%)	1 (9.09%)	4 (20%)
Ama de casa	3 (33.3%)	7 (63.63%)	10 (50%)
<i>Escolaridad</i>			
Ninguna	1 (11.1%)	2 (18.18%)	3 (15%)
Primaria	4 (44.4%)	6 (54.54%)	10 (50%)
Secundaria	2 (22.2%)	1 (9.09%)	3 (15%)
Preparatoria	1 (11.1%)	1 (9.09%)	2 (10%)
Profesional	1 (11.1%)	1 (9.09%)	2 (10%)
<i>Años Diagnóstico</i>			
0-1	1 (11.1%)		1 (5%)
2-5	1 (11.1%)	3 (27.27%)	4 (20%)
6-10	4 (44.4%)	2 (18.18%)	6 (30%)
11 o más	3 (33.3%)	6 (54.54%)	9 (45%)

Criterios

Criterios de Inclusión.

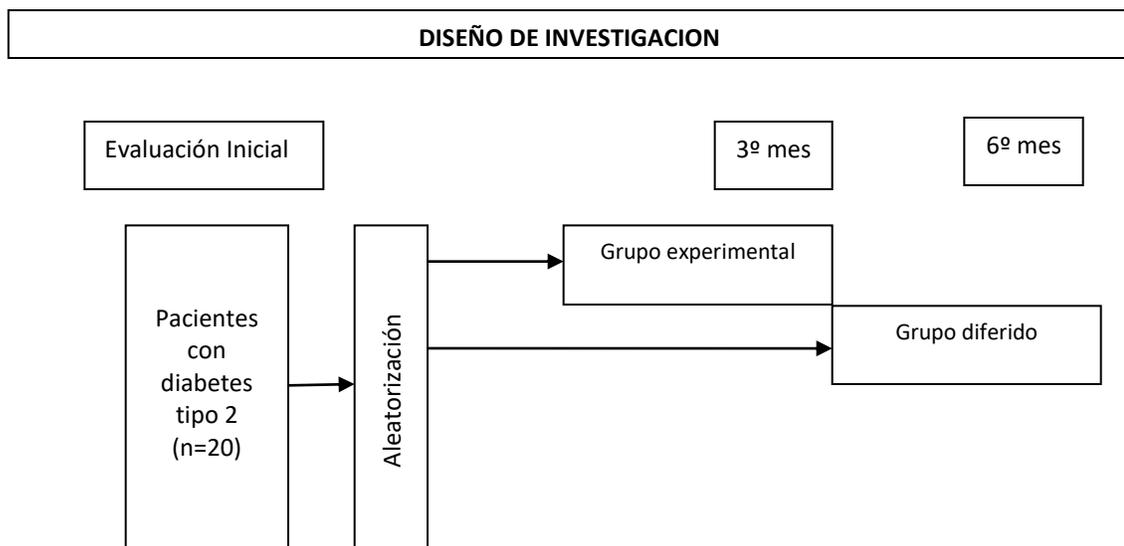
- 1) Los participantes debían contar con un diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 de por lo menos 6 meses.
- 2) Los participantes no debían presentar complicaciones médicas mayores.
- 3) Los pacientes debían participar en el presente estudio de manera voluntaria.

Criterios de Exclusión.

- 1) Pacientes con complicaciones médicas mayores o que se encontraran en fase terminal.
- 2) Pacientes que se negaran a participar en el presente estudio.

Diseño

Se utilizó un diseño cuasiexperimental con pretest-postest con un grupo experimental y un grupo diferido. Al grupo diferido, se le aplicó el tratamiento al término del grupo experimental. En el esquema que se presenta a continuación se aprecia dicha descripción, como se observa, en un primer momento se reclutó a los participantes y un total de 20 pacientes con diabetes tipo 2 decidieron participar en la intervención, después los pacientes fueron asignados aleatoriamente tanto al grupo experimental como al diferido; inmediatamente después de la asignación de los pacientes a los grupos se evaluaron a los participantes y el grupo experimental comenzó la Intervención cognitivo conductual con una duración de tres meses, finalizada la intervención con este grupo se realizó una segunda evaluación y se comenzó con la intervención en aquellas personas que integraron el grupo diferido concluyendo el tratamiento en los siguientes tres meses con un total de 6 meses en ambos grupos, finalmente, el grupo diferido fue evaluado de nuevo al termino de la intervención.



Instrumentos

Para medir la variable de depresión, se utilizó la versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del Inventario de Depresión de Beck (BDI) Dicha prueba está diseñada para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo; tiene una confiabilidad por consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.87, y una validez concurrente obtenida mediante la correlación del BDI y la Escala de Zung en una muestra de 120 personas con diagnóstico psiquiátrico de depresión y con edades de entre 17 y 72 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.70$, $p < 0.000$. De igual forma, se evaluó nuevamente la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung, pero esta vez en una población de 546 estudiantes de bachillerato, con edades entre 15 y 23 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.65$, $p < 0.000$. Por tanto, se concluye que el BDI para población mexicana cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de depresión esta población (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998).

El instrumento es autoaplicable y consta de 21 reactivos, de los cuales, los primeros 14 se refieren a síntomas afectivo-cognitivos y los siete restantes describen síntomas vegetativos y somáticos. Todos los casos, contienen cuatro afirmaciones, en donde el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo 1 punto, el tercero 2 puntos y finalmente el cuarto con 3 puntos, que constituyen la severidad del síntoma. Las normas de calificación del BDI en México se muestran en la siguiente tabla (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998):

Tabla 3

Normas de calificación del BDI para población mexicana

Nivel de Depresión	Puntaje Crudo	Rango Percentilar	
		Población General	Población Estudiantil
Mínima	0 a 9	4-61	5-59
Leve	10 a 16	66-81	64-86
Moderada	17 a 29	83-96	88-97
Severa	30 a 63	97-99	98-99

Por otro lado, la variable de control metabólico se midió a partir de los valores de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c). En la tabla 4 se muestra los valores de glucosa en sangre equivalentes al nivel de Hemoglobina Glucosilada que corresponde al nivel de glucosa en los tres meses anteriores a la toma de la muestra (ADA, 2002).

Tabla 4.

Equivalencia del nivel de Hemoglobina Glucosilada con valores de Glucosa en sangre

Hemoglobina Guscosilada	Valores de Glucosa
5%	80 mg/dl
6%	115 mg/dl
7%	150 mg/dl
8%	180 mg/dl
9%	210 mg/dl
10%	245 mg/dl
11%	280 mg/dl
12%	310 mg/dl

Procedimiento

El presente estudio se derivó de un proyecto mayor llamado Evaluación e Intervención Psicológica en pacientes con diabetes tipo 2 a cargo del Mtro. Arturo Del Castillo Arreola, profesor investigador de tiempo completo de la Universidad

Autónoma del Estado de Hidalgo, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual grupal en pacientes con diabetes tipo 2 y sus cuidadores del estado de Hidalgo para la modificación de los niveles de bienestar psicológico, malestar emocional, autoeficacia al tratamiento, síntomas depresivos, apoyo social y control metabólico. Cabe señalar que de dicho estudio se retomaron únicamente las variables de depresión y control metabólico en los grupos que no incluyeron a sus cuidadores para la realización de la presente tesis.

De esta forma, el procedimiento para la realización del presente estudio fue el siguiente; se contactó a las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión en los Centros de Salud de los municipios de Actopan y Progreso en el Estado de Hidalgo haciéndoles una invitación a participar en la intervención, de manera personal se les ofrecía una explicación general sobre su posible participación en el estudio, se les señalaba la finalidad de la investigación, la forma de intervención y lo que se les pedía en las distintas etapas del estudio, también, se les reiteró que su participación era voluntaria y podrían rehusarse o retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna como usuarios de los Centros de Salud. Después de eso, se procedía con la lectura, y en su caso, firma del Consentimiento Informado y se aclaraban las posibles dudas respecto a su participación. La sesión informativa finalizaba con una breve entrevista que tenía como objetivo el registro de los datos sociodemográficos y antecedentes de importancia del paciente, tales como: edad, ocupación, estado civil, escolaridad, etc., antes de despedir a cada participante, se les otorgaba una cita para la sesión de evaluación. Posteriormente, se solicitó el expediente clínico de cada paciente participante para capturar el porcentaje de hemoglobina glucosilada.

En la sesión de evaluación, cada participante era invitado a pasar a un consultorio previamente diseñado para el llenado de los instrumentos, el aplicador saludaba al participante nombrándolo por su nombre, se le invitaba a tomar asiento y después presentarse para continuar con las instrucciones y llenado de los instrumentos.

Para entonces, los pacientes ya habían sido asignados aleatoriamente por medio de una tómbola a cualquiera de los grupos: grupo experimental o grupo diferido, así, que el día en que se les evaluó por primera vez, se les proporcionó el día y la hora en que comenzarían a asistir a la intervención y las condiciones; en el caso de los participantes que formaban el grupo diferido se les asignó su cita para la siguiente evaluación.

Posteriormente, se comenzó la aplicación de la propuesta de Intervención cognitivo conductual para el grupo experimental. Dicha intervención consistió en un programa terapéutico breve fundamentado en los principios de la psicoterapia cognitivo conductual que constó de 12 sesiones de dos horas cada una, dichas sesiones fueron programadas una vez por semana para completar la intervención en tres meses. Dicha intervención se llevó a cabo en tres fases (ver anexo 1):

Fase 1 (4 sesiones): En la primera sesión se les dio la bienvenida a los participantes, se presentaron los integrantes del equipo de salud que participaron en la intervención, se detectaron las expectativas del grupo acerca del tratamiento y se expusieron los objetivos y reglas del funcionamiento del grupo, mismas que incluyeron: puntualidad, confidencialidad, orden y respeto entre los miembros del grupo.

En la sesión 2 se analizaron los conceptos básicos acerca de la diabetes con el objetivo de Informar a los pacientes sobre la enfermedad y poder continuar con la intervención, esto, debido a que se detectó con sencillas preguntas durante las primeras sesiones que la mayoría de los participantes desconocían las causas, características, síntomas, complicaciones y tipos de tratamiento de la diabetes.

Las sesiones 3 y 4 se destinaron a dar educación sobre la alimentación en personas con diabetes y al entrenamiento en métodos de autocontrol, esto ayudó a los pacientes a identificar los alimentos que contienen carbohidratos, informarlos sobre las porciones de carbohidratos que debían consumir diariamente entrenándolos en el conteo de porciones de carbohidratos consumidos

diariamente, exponerlos a las diferentes técnicas de autocontrol que existen y que aprendieran cómo ponerlas en práctica en su vida diaria y que pudieran buscar soluciones ante los obstáculos que les impedían llevar una alimentación saludable.

Fase 2 (6 sesiones): En las siguientes seis sesiones se familiarizó a los pacientes con el modelo cognitivo-conductual, se les entrenó en habilidades cognitivas y conductuales para fomentar un adecuado automanejo.

Así, en la sesión 5 los participantes conocieron la importancia y función del ejercicio dentro de su tratamiento para la diabetes, la diferencia entre el ejercicio y la actividad física y fueron entrenados en una rutina de ejercicio, la cual se gravó en un DVD para que la practicaran en casa.

En la sesión 6 se les explicó a los participantes las manifestaciones del estrés y su influencia en el control de la diabetes y se les entrenó en algunas estrategias para el control de éste.

Durante las sesiones 7, 8, 9 y 10 se identificaron y modificaron los pensamientos disfuncionales relacionados con el automanejo en diabetes y se entrenó a los participantes en habilidades cognitivas y conductuales en asertividad, lo que permitió que los participantes hablaran sobre experiencias de vida, aplicaran las habilidades aprendidas y adquirieran estrategias para el control del estrés, la ansiedad, el enojo y la tristeza ligadas a la enfermedad.

Fase 3 (2 sesiones): En las siguientes dos sesiones se les pidió a los pacientes que invitaran a un miembro de su familia que estuviera relacionado con el manejo de la diabetes. Los familiares que aceptaron participar asistieron junto con el paciente a las sesiones. Terapeuta y paciente brindaron elementos básicos del manejo de la diabetes a los familiares y se les entrenó en la adquisición de conductas de apoyo hacia el tratamiento de la enfermedad; se examinaron las metas logradas durante el tratamiento, se previeron posibles recaídas promoviendo la transferencia de control de los pacientes a su ambiente cotidiano.

Se repasaron los sucesos en los que emplearon las técnicas aprendidas en el transcurso de la terapia, reafirmando su uso en situaciones distintas a las que se revisaron con el fin de lograr la generalización de las ganancias obtenidas a otros aspectos. Por último, la sesión 12 fue la sesión de despedida, se agradeció a los pacientes por su participación en el grupo y se les entregó una constancia a cada uno.

Finalizada la intervención se volvió a evaluar a todos los participantes tanto al grupo experimental y grupo diferido y se comenzó la intervención con este último. Finalmente, se capturaron, transcribieron resultados y redactaron conclusiones al respecto.

La dinámica general de las sesiones consistió en:

- a) Encuadre, que consistió en ingresar al aula, acomodar los asientos en círculo para que todos los miembros del grupo pudieran tener contacto visual y saludo general.
- b) Revisión de tareas para casa
- c) Exposiciones de objetivos y actividades de la sesión
- d) Desarrollo de las actividades propias de la sesión
- e) Espacio de dudas y comentarios
- f) Asignación de tareas para casa
- g) Seguimiento

Las técnicas que se emplearon para lograr los objetivos planteados en la intervención fueron las siguientes:

Técnicas Autorregulación Emocional: Este grupo de técnicas tuvo como objetivo dotar al paciente de herramientas para el manejo de la depresión y otras emociones relacionadas con la adaptación al padecimiento.

Técnicas Conductuales: Este grupo de técnicas tuvo como objetivo dotar al paciente de las habilidades para llevar a cabo las conductas de automanejo del padecimiento.

Técnicas Cognitivas: Tuvieron como objetivo la clarificación y cambio de los patrones de pensamiento del paciente. La meta a lograr consistió en ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad para evaluar sucesos negativos o estresantes de una manera más realista.

Resultados

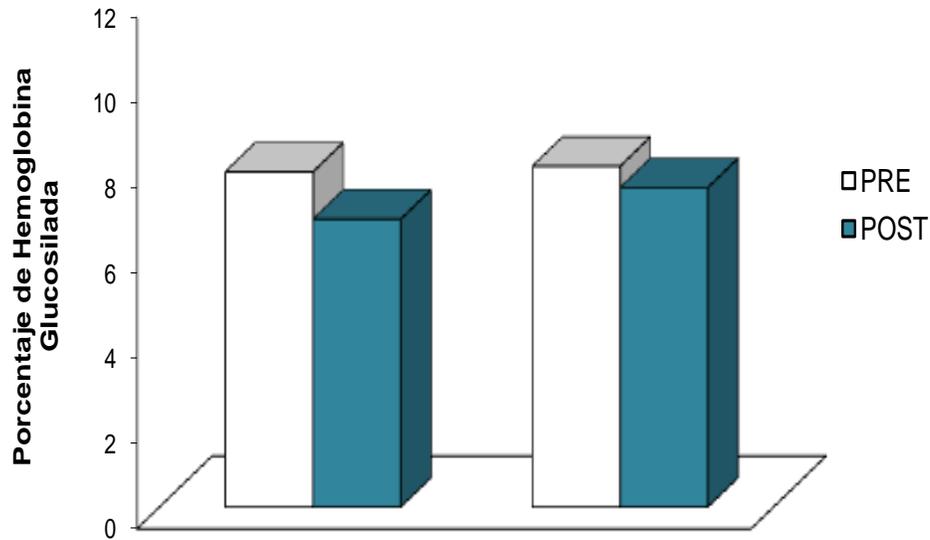
El objetivo del presente estudio fue determinar la efectividad de una intervención cognitivo conductual en pacientes con diabetes tipo 2 en la modificación de los niveles de depresión y control metabólico; para ello, se utilizaron tanto la prueba t de Student para muestras relacionadas, como la prueba de rangos de Wilcoxon. Ambas pruebas calcularon la significancia estadística de los efectos de la intervención a través del cambio pre-post en los puntajes totales de las medidas empleadas en cada uno de los grupos del estudio.

La primera de ellas es una prueba útil para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a las medias, mientras la segunda prueba, es de tipo no paramétrica y se decidió utilizar para medir las medianas de las dos muestras, esto, debido a que el número de pacientes por grupo es pequeño y no todos los datos de las pruebas se distribuyen en una curva normal.

A continuación, se presentan los resultados de los cambios en cada una de las variables del estudio por grupo y por paciente.

La figura 1 muestra las diferencias entre las medias de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) al principio y al final de la intervención en cada uno de los grupos. Unida a la figura en la parte inferior se encuentra la tabla que señala los valores pre-post, el valor de t, los grados de libertad (gl), la probabilidad asociada correspondientes a la prueba t de Student; y, el valor Z y la probabilidad asociada correspondientes a la prueba de rangos de Wilcoxon.

Valores de hemoglobina glucosilada inferiores al 7% corresponden a un control óptimo en el nivel de glucosa en los tres meses anteriores a la toma de la muestra (ADA, 2010).



	Grupo Experimental	Grupo Diferido
Pre	7.87	8.00
Post	6.76	7.50
t	3.113	1.024
gl	8	10
p(t)	.014*	.330
z	-2.549	-.890
p(z)	.011*	.373

*p<0.05

Figura 1. Las disminuciones significativas en el nivel de Hemoglobina Glucosilada pre-post tratamiento por grupo se aprecian en el grupo experimental, donde existe una reducción de 7.87% a 6.76% en promedio. Los resultados de la prueba t y de la prueba de rangos de Wilcoxon muestran diferencias estadísticamente significativas en la medias antes y después de la intervención en el grupo experimental únicamente.

Cabe señalar que después de la intervención, los valores promedio, en ambos grupos se acercaron al 7% que corresponde a la cifra recomendada por la Asociación Americana de Diabetes (2010) para personas con diabetes. Es así

como el nivel de glucosa de los pacientes cambio en promedio de 180 a 145 mg/dl en los tres meses alrededor de la toma.

A continuación se muestra una grafica que señala la distribución de cada paciente dentro del grupo experimental, en el costado izquierdo, se encuentra el porcentaje de hemoglobina glucosilada mientras que en la abscisa se encuentran representados con un número cada uno de los participantes que conformaron el grupo experimental. La línea punteada indica el valor deseado (7%) de Hemoglobina Glucosilada para personas con diabetes (ADA, 2009).

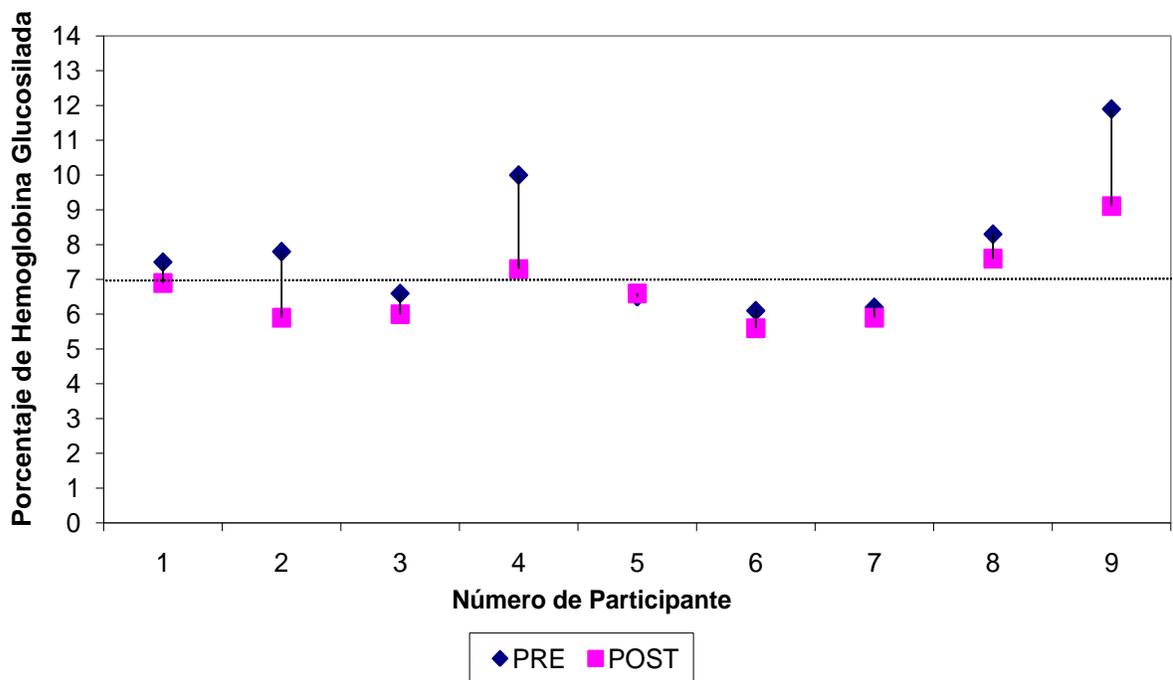


Figura 2. En el cambio pretest-postest del grupo experimental en el nivel de Hemoglobina Glucosilada, todos los participantes presentaron disminuciones después de la intervención, excepto, el participante cinco con un aumento mínimo. Los pacientes dos, cuatro y nueve fueron los más beneficiados presentando una mayor disminución del 9.9% promedio de Hemoglobina Glucosilada equivalente a 245 mg/dl de Glucosa en sangre aproximadamente antes de la intervención a 7.4% que equivale a 150 mg/dl de glucosa en sangre después de la intervención.

Por otro lado, en la figura 3, se presentan los cambios pretest-postest en el nivel de Hemoglobina Glucosilada por paciente en el grupo diferido.

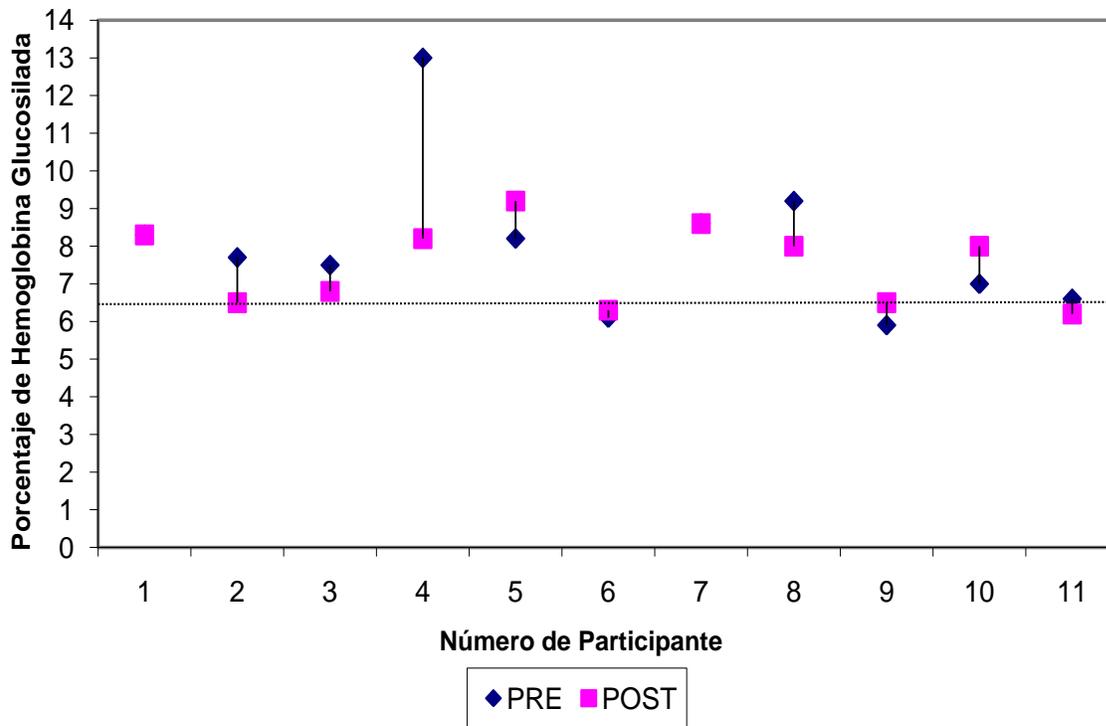
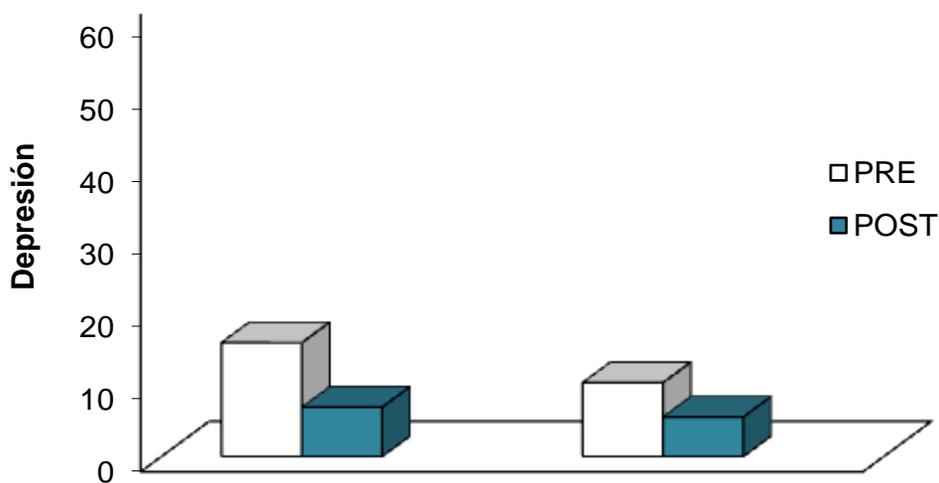


Figura 3. En el grupo diferido 5 de los 11 participantes mostraron una disminución en el porcentaje de hemoglobina, los participante uno y siete no presentaron ningún cambio y los cuatro restantes incrementaron en este porcentaje. El participante cuatro fue el más beneficiado con la intervención, presentando una mayor disminución de esta variable finalizado el tratamiento; este paciente, disminuyó del 13% de Hemoglobina Glucosilada, equivalente a 345 mg/dl de Glucosa en Sangre a 8.4% equivalente a 180 mg/dl aproximadamente.

En total, 13 (65%) de los 20 participantes que integraron ambos grupos, tanto experimental como diferido, mostraron una disminución, dos (10%) mantuvieron su porcentaje y cinco (25%) presentaron un incrementó en el porcentaje de hemoglobina glucosilada.

Ahora bien, a continuación se muestran los cambios en la variable de depresión. Cabe mencionar, que el cambio en el nivel de depresión pre-post tratamiento por grupo se muestra por las diferencias entre las medias de los puntajes del Inventario de Depresión de Beck (BDI) al principio y al final de la intervención en cada uno de los grupos. A un mayor puntaje en la escala se cuenta con un mayor nivel de depresión.

En seguida, se presenta la figura con la diferencias entre media del grupo experimental y diferido respectivamente; unida a la figura también se encuentra la tabla con el valor de t, los grados de libertad (gl), la probabilidad asociada correspondientes a la prueba t de Student; y, el valor Z y la probabilidad asociada correspondientes a la prueba de rangos de Wilcoxon.



	Grupo experimental	Grupo Diferido
Pre	15.7	10.18
Post	6.8	5.45
Rango	0-60	0-60
t	2.951	2.436
gl	9	10
p(t)	.016*	.035*
z	-2.549	-2.092
p(z)	.011*	.036*

*p<0.05

Figura 4. Como se puede observar, el nivel de depresión promedio en todos los grupos se encontraba en el rango leve al inicio de la intervención, y este disminuyó al rango mínimo en todos los casos. Además, se encontraron cambios estadísticamente significativos tanto en la prueba t de Student como en la prueba de rangos de Wilcoxon.

A continuación, se muestra unas figuras con el cambio en el nivel de depresión en cada uno de los participantes del grupo experimental y diferido respectivamente.

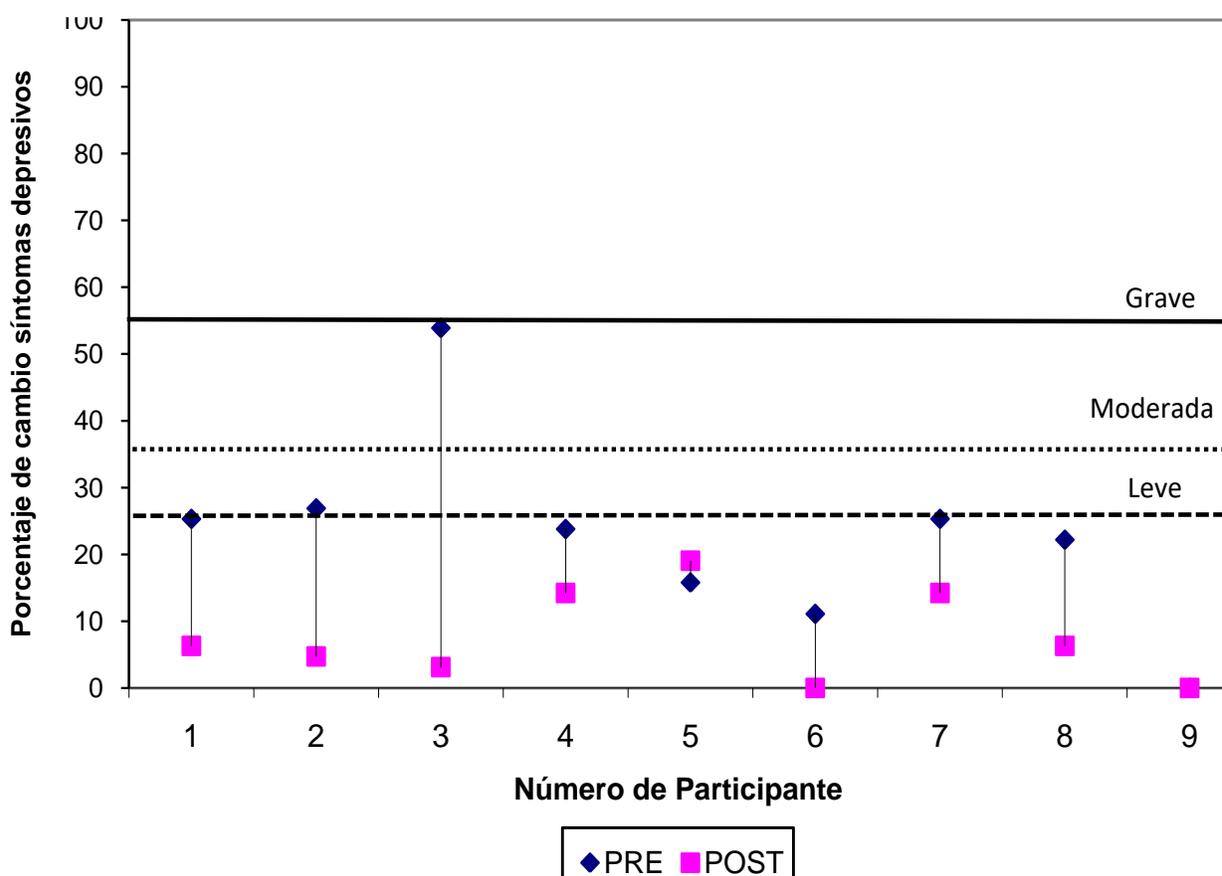


Figura 5. En cuanto al porcentaje de cambio en el nivel de depresión de cada paciente en el grupo experimental, 7 de 9 participantes mostraron una disminución en el porcentaje de cambio en esta variable, de los dos participantes restantes, uno presentó un incremento mínimo y el otro no mostró cambio en este porcentaje. Cabe mencionar que el participante tres fue el más beneficiado con la intervención,

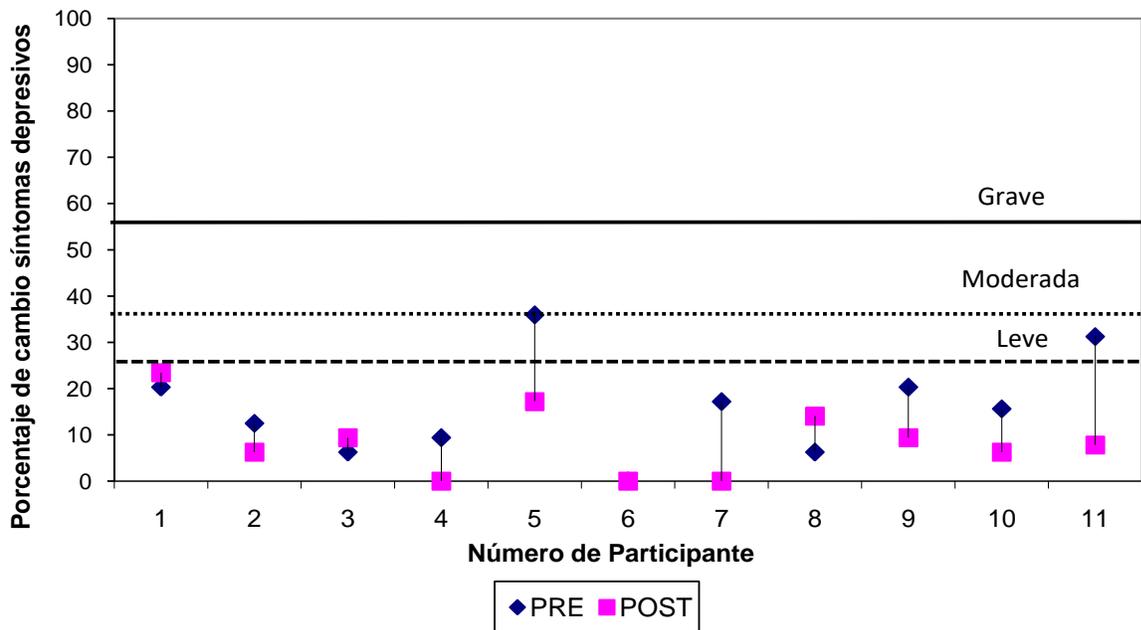


Figura 6. En el grupo diferido 7 de los 11 participantes mostraron una disminución en el porcentaje de depresión, uno no presentó ningún cambio y tres incrementaron en este porcentaje.

Como se observa en la figura anterior, el paciente 8 presenta un incremento considerable en el nivel de depresión terminada la intervención, sin embargo, existieron diversos factores que pudieron incidir en este aumento, uno de ellos fue que durante la aplicación de la misma, dicho paciente refirió tener problemas con su salud y estar atravesando por una situación que evaluaba como problemática ya que requería de una intervención quirúrgica.

En total, 14 (70%) de 20 participantes que integraron los grupos que sólo incluyeron al paciente dentro de la intervención mostraron una disminución, dos (10%) mantuvieron su porcentaje y cuatro (20%) presentaron un incremento mínimo en el porcentaje de cambio del nivel de depresión.

Discusión

El propósito del estudio fue determinar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual en personas con diabetes tipo 2 para modificar los niveles de depresión y control metabólico. En términos generales, la intervención fue efectiva para modificar los índices de las variables en estudio.

En el caso de la variable control metabólico que se midió utilizando el porcentaje de Hemoglobina Glucosilada, el grupo experimental presentó cambios estadísticamente significativos, mientras que el grupo diferido las ganancias fueron clínicas, alcanzando, en promedio, valores menores al 7% que corresponde con la recomendación de la Asociación Americana de Diabetes (2009).

En ambos grupos, el promedio en el nivel de glucosa de los pacientes cambio de 180 a 145 mg/dl en los tres meses alrededor de la toma, disminuyendo con ello, el riesgo de complicaciones a largo plazo. Dicha disminución, pudo atribuirse a los diversos componentes de la intervención. De esta forma, la educación en diabetes permitió a los pacientes comprender e informarse sobre cómo la diabetes interfiere con el funcionamiento de una persona cuando la padece y comparar dicho funcionamiento con el funcionamiento del cuerpo de una persona sin la enfermedad; de igual forma, los participantes fueron informados respecto al efecto que tiene el tratamiento, incluyendo a los fármacos, el seguimiento del plan alimenticio y la realización de actividad física en el nivel de glucosa en sangre.

También se les brindó un entrenamiento en el manejo de técnicas de autorregulación como el automonitoreo, el autoreforzamiento y el control de estímulos, las cuales pudieron permitir que los participantes adquirieran diversas habilidades para el control de conductas de riesgo y así aumentar la realización de conductas saludables para el adecuado manejo de la enfermedad. Aunado a estos componentes, aquellas sesiones dedicadas al manejo y regulación de las emociones, así como la identificación y modificación de pensamientos

disfuncionales pudieron haber intervenido aumentando el bienestar de los participantes, disminuyendo el estrés y brindándoles un estado de mayor funcionalidad para un adecuado automanejo de la enfermedad.

Por otra parte, respecto a los niveles de depresión, ambos grupos reportaron disminuciones clínica y estadísticamente significativas. Al inicio de la intervención la mayoría de los pacientes se encontraban en un rango de depresión leve y al final de la misma disminuyeron su nivel al rango mínimo. Es decir, después del tratamiento los pacientes informaron sentirse menos tristes, presentaron mayor satisfacción por las cosas que antes les resultaban agradables, disminuyeron su culpa y la percepción de fracaso e ideas de muerte en general.

Al igual que la disminución en el porcentaje de Hemoglobina Glucosilada; la disminución en los niveles de depresión, pudieron deberse al efecto de los diversos componentes del tratamiento. Primero, el brindar herramientas para que los pacientes fueran más eficaces en el seguimiento de su tratamiento pudo haber incidido en mejoras en su control metabólico, disminución de síntomas y por lo tanto un decremento en la sintomatología depresiva. Así también, aquellos componentes del tratamiento que involucraron la modificación de pensamientos disfuncionales de los pacientes con respecto a la enfermedad pudieron haber disminuido la sintomatología depresiva, así, la modificación de pensamientos disfuncionales asociados a la enfermedad, a sí mismo, los otros y el futuro pudo haber contribuido en la disminución de los niveles de esta variable. De igual forma, el aumento en su repertorio conductual, pudo haber fomentado la realización de comportamientos satisfactorios y autoreforzar el logro de metas relacionadas con el tratamiento.

Cabe señalar, que los resultados expuestos anteriormente coinciden con los de otros estudios que han evaluado la efectividad de las intervenciones de corte cognitivo conductual para mejorar el control metabólico, disminuir los síntomas depresivos y mejorar en general la calidad de vida de personas con diabetes tipo 2 (Del Castillo, 2005; Jimenez y Davila, 2007; Lloyd, 2008; Lustman, Griffith,

Freedland, Kissel y Clouse, 1998; Moreno, 2001; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa, 2005).

Lustman et al. (1998) afirma a razón de un estudio realizado con 51 personas que la combinación de educación y de terapia cognitivo conductual es un efectivo tratamiento no farmacológico para el tratamiento de la depresión en pacientes con diabetes tipo 2.

Respecto a la eficacia en nuestro país de estas intervenciones que han tenido como objetivo la disminución de síntomas depresivos en personas con diabetes, resultados derivados de diversos estudios como los mencionados a continuación, sugieren la efectividad de las mismas.

Moreno (2001) confirma esta afirmación con un estudio realizado en Guadalajara, México en donde encontró que la terapia cognitivo conductual administrada a un grupo de pacientes con diabetes mostró ser un tratamiento no farmacológico efectivo para el alivio de la depresión, incluso la mejoría se extendió hasta la evaluación realizada 6 meses después de la intervención en el grupo experimental.

Otro estudio realizado con 34 personas con diabetes con el propósito de determinar la eficacia de una intervención cognitivo conductual en la modificación de diversas variables psicológicas, entre ellas, la depresión, demostró mejoras clínicas y estadísticamente significativas para la mayoría de los pacientes (Riveros, Cortazar- Palapa, Alcazar y Sánchez- Sosa, 2005).

Del Castillo (2005) también encontró ganancias clínicas y significativas al realizar una intervención cognitivo conductual en modalidad grupal para disminuir los niveles de depresión en 21 pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Juárez de México.

Ahora bien, dentro de las limitaciones encontradas en este estudio y sugerencias para las siguientes investigaciones se encuentra; primero, el procedimiento llevado a cabo para la selección de los participantes ya que debido a la falta de recursos económicos y humanos fue imposible llevar a cabo un muestro probabilístico que controlara el efecto de la selección. La aleatorización hubiera permitido que todos los individuos que integraron a la población estudiada hubieran tenido la misma probabilidad de ser elegidos y por tanto los grupos del experimento equiparables y los resultados obtenidos tendrían mayor confiabilidad y validez para ser generalizados con mayor certeza a toda la población y descartar el efecto de variables extrañas en los resultados del estudio (Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2008). Por ello, se sugiere para próximas investigaciones la realización de estudios clínicos aleatorizados que permitan controlar este sesgo.

Otra situación a considerar relacionado con el sesgo anterior es que la mayoría de los participantes eran mujeres por lo que se sugiere en posteriores estudios controlar el efecto que el sexo de los participantes pudiese tener en los resultados, se recomienda formar grupos de comparación que incluyan un número de hombres y mujeres equivalente a la población a estudiar (Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2008).

De igual forma, la ampliación del número de participantes en cada uno de los grupos de comparación permitirá aumentar la confianza de los resultados de las pruebas estadísticas utilizadas y tener más certeza de los datos. Esto, debido a que la curva dice que a menor tamaño de la muestra, mayor será el error, y que por el contrario a mayor tamaño de ésta, menor será el error resultante (Kerlinger y Lee, 2002).

Cabe señalar, que se descarta algún tipo de sesgo relacionado con los evaluadores y terapeutas responsables de la intervención y calificación de las diversas pruebas para la medición de las variables en cuestión, descartando la posibilidad de que la eficacia del tratamiento dependa únicamente de la intervención de los experimentadores quienes fueron entrenados de igual manera

y permanecieron ignorantes respecto a la distribución de los participantes, es decir, que no sabían a qué grupo pertenecían los participantes a los cuales evaluaron o intervinieron (Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2008).

Finalmente, como ya se mencionó, la presente investigación forma parte de un proyecto mayor en donde se incluyeron otras variables de estudio, entre las cuales se encontraba el apoyo social, se ha comprobado, que un factor que hace que las personas con algún padecimiento crónico como la diabetes modifiquen su conducta terapéutica se relaciona con la respuesta que obtengan de sus familiares o amigos ante la necesidad de buscar ayuda o consejo para solucionar sus problemas de salud; recibir el apoyo adecuado puede facilitar el logro de los objetivos del tratamiento (Fisher et al., 1998). Por ello, es importante señalar que las sesiones dedicadas a modificar esta variable pudieron intervenir con el resultado obtenido tanto en el nivel de depresión y control metabólico de los participantes.

Diversas investigaciones en todo el mundo, reafirman dichas afirmaciones encontrando que altos niveles de apoyo social, sobre todo aquel que brindan las parejas y los hijos en el manejo de la enfermedad, facilitarán el llevar a cabo conductas de autocuidado (Ford, Tilley y McDonald, 1998; Lorenz et al., 1996; McDonald, Wykle, Misra, Suwonnarop y Burant, 2002); que este apoyo estará asociado con una mejor adherencia al tratamiento (Brawley y Culos-Reed, 2000; Glasgow y Toobert, 1988; Sherman et al., 2000); con niveles adecuados de indicadores objetivos de control metabólico como la hemoglobina glucosilada y la glucosa sérica (Glasgow, Strycker, Toobert y Eakin, 2000; Glasgow et al., 2001), facilitará la adaptación del paciente a la enfermedad (McDonald et al., 2002; Trief, Grant, Elbert y Weinstock, 1998); y puede modular los efectos negativos del estrés ambiental en el nivel de glucosa en sangre (Griffith, Field y Lustman, 1990).

Resultados similares se han encontrado en pacientes mexicanos (Rodríguez-Moran y Guerrero-Romero, 1997), sin embargo, ninguna de estas investigaciones muestran hallazgos en muestras semi-rurales como la de la

presente investigación, es por ello, que se puntualiza la importancia de que para próximas investigaciones se tome en cuenta el estudio de la variable apoyo social en pacientes con diabetes tipo 2 con las características de la muestra estudiada en la presente tesis.

Por último, los resultados de este estudio permitirán desarrollar intervenciones psicológicas efectivas que contribuyan a un mejor manejo de la diabetes por parte del equipo de salud, permitir la reducción del impacto negativo en el bienestar de los pacientes debido a la enfermedad, así como la reducción también en el impacto económico para el sistema de salud. De igual forma, la presente investigación podrá ser adaptada posteriormente a otros ambientes socioculturales de nuestro país.

Referencias

- Aguilar, I., Mapolón, Y., Palma, M. y Quiñones, S.I. (2005). Estrategias para definir las acciones de salud de los equipos disciplinarios, *Revista Humanidades Médicas*, 5, 1-10.
- Alberti, G. y Zimmet, P. (2007). Consenso de la FID para la prevención de la diabetes tipo 2. *Diabetes Voice*, 52, 23-27
- Alfonso, F., Bosh, X. y Bermejo, J. (2002). Diabetes y enfermedad Cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI [Versión electrónica], *Revista Española de Cardiología*, 55, 525 - 527
- American Diabetes Association. (2008). *Afecciones y Tratamiento*. Recuperado el 10 de marzo de 2008, de <http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/afecciones-tratamiento.jsp>
- American Diabetes Association. (2007a). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 30, (Suppl. 1), 42-47.
- American Diabetes Association. (2007b). Standards of Medical Care in Diabetes-2007. *Diabetes Care*. 30 (Suppl. 1), 4-11.
- American Diabetes Association. (2002). *Diabetes Tipo 2. Una guía para una vida saludable*. USA: McGraw-Hill
- American Diabetes Association. (2003a). Informe del Comité de Expertos sobre diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 26, 247-261.
- American Diabetes Association. (2003b). Administración de insulina. *Diabetes Care*. 6, 363- 366.
- American Diabetes Association. (2003c). Principios y recomendaciones nutricionales basados en la evidencia para el tratamiento y prevención de la diabetes y complicaciones relacionadas. *Diabetes Care*, 6, 293-303.
- American Diabetes Association. (2003d). Actividad física, ejercicio y diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 6, 315-319.
- American Diabetes Association. (2005a). Cómo reconocer y manejar la depresión cuando se tiene diabetes Guía No. 15. Recuperado el 15 de junio de 2009, de www.diabetes.org/uedocuments/15.sp.Depression.pdf

- American Diabetes Association. (2005b). *Todo sobre resistencia a la insulina*. Recuperado el 15 de junio de 2009, de www.diabetes.org
- American Diabetes Association. (2009). *La depresión*. Recuperado el 10 de julio de [www.http://:La depresión - En Español - Asociación Americana de Diabetes.mhts](http://www.diabetes.org)
- American Psychiatric Association. (2003). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales (4 ed.). Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor. Recuperado el 15 de junio de 2009, de www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_7_Criterios_%20diagnosticos_segun_la_DSM-IV-TR.pdf
- Arredondo, A. (1992). Análisis y Reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad, *Cad Saúde Pública*, 8, 254-261.
- Arredondo, A. & Zuñiga, A. (2004). Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle income countries: the mexican case. *Diabetes Care*, 27,(1), 104-109
- Bayarre, H., Pérez, J y Menéndez, J. (2006). Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad [Versión electrónica], *Gerionfo Publicación de Gerontología y Geriatria*, 1.
- Beneit, J., Latorre, J.M. (1994). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen.
- Borda, M., Pérez, M., y Blanco, A. (2000). *Manual de Técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. Sevilla : Universidad de Sevilla.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. España: Thomson Learning.
- Brawley, L. R. & Culos-Reed, S. N. (2000). Studying Adherence to Therapeutic Regimens. *Controlled Clinical Trials*, 21, 5, S156-S163.
- Buela- Casal, G., Caballo, V. y Sierra, C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Castillero, Y. y Pérez, M. (2005). El uso de la biorretroalimentación en los programas de tratamiento del estrés, *Revista Electrónica*

Psicología Científica.com. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-64-1-el-uso-de-la-biorretroalimentacion-en-los-programas-de-trata.html>

- Chiasson, J., Demers, J., Desroches, F., Fecteau-Cote, M., Fournier, S., Gauthier, L., Gobeil, C., Lussier, L., Rivest, C. y Tremblay, D. (2005). *Convivir con diabetes*. México: Editorial Pax México
- Colunga-Rodriguez, C., Gracia de Alba, J., Salazar- Estrada, J. y Ángel-González, M. (2008). Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. *Salud Pública*, 1. 137-149.
- Colwell, J. (2003). *Hot Topics. Diabetes*. USA: Elsevier.
- Consejo Nacional de Población. (1999). *Veinticinco años de transición epidemiológica en México*. México: CONAPO.
- Del Castillo, A. (2005). *Intervención cognitivo-conductual para modificar los índices de adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Del Castillo, A. y Martínez, J. P. (2008). Factores psicosociales asociados al automanejo del paciente con diabetes tipo 2. En G. Morales, D. García, D., S. Madrigal, y F. Ramírez. *Diabetes*. (pp. 217-234). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- De los Ríos, J., Barrios, P. y Ávila, T. (2004). Alteraciones Emocionales en pacientes diabéticos con Nefropatía. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 5. 379-385
- Dubos, R. (1975). *El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio biológico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Eaton, W., Armenian, H., Gallo, J., Pratt, L. y Ford, D. (1996). Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population-based study. *DiabetesCare*, 10.1097-1102.
- Eggers, C. (1987). *Hipocrates de la medicina antigua*. México: UNAM.
- Eysenck, H. (2007). *Prólogo*. En V. Caballo. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. (pp. 1-2). España: Siglo XXI

- Federación Internacional de Diabetes. (2003). *Atlas de la Diabetes*. Recuperado el 6 de abril de 2008, de www.eatlas.idf.org
- Federación Internacional de Diabetes. (2007). Perspectivas Mundiales de la Diabetes. *Diabetes Voice*, 4, 1- 41.
- Federación Internacional de Diabetes. (2010). *Diabetes and Impaired Glucose Tolerance*. Recuperado el 8 de abril de 2010, de www.diabetesatlas.org/content/diabetes-and-impaired-glucose-tolerance
- Federación Mexicana de Diabetes. (2010). *Diabetes en números*. Recuperado el 8 de abril de 2010, de www.fmdiabetes.org/v2/paginas/d-numerosphp
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós
- Figuerola, D. (2003). *Diabetes*. España: Masson.
- Ford, M.E., Tilley, B.C. & McDonald, P.E. (1998). Social support among African American adults with diabetes. Part 2: a review. *Journal of the National Medical Association*, 90, 425–432.
- Funnell, M. y Anderson, R. (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22, 123-127.
- García, J.E. y Hernández, L. E. (2005). *Principales causas de muerte en las etapas del curso de vida 1980-2002 Hidalgo*. México: Consejo Nacional de Población.
- Gerrig, R. y Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. México: Pearson Educación.
- Glasgow, R. E., Strycker, L. A., Toobert, D. J., & Eakin, E. (2000). A Social-Ecologic Approach to Assessing Support for Disease Self-Management: The Chronic Illness Resources Survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(6),559-583.
- Glasgow, R. E. & Toobert, D.J. (1988). Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care*, 11, 377–386.
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J., & Gillette, C. D. (2001). Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*, 14(1), 33-41.

- González, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud [Versión electrónica], *Revista Cubana de Salud Pública*, 28 (2).
- Griffith, L.S., Field, B.J. & Lustman, P.J. (1990). Life stress and social support in diabetes: association with glycemetic control. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 20,365–372.
- Guerrero, F. (2006). *Vivir con Diabetes*. Buenos Aires: imaginador.
- Hadel, R., Yudofsky, S. y Valdez, M. (2008). *Fundamentos de Psiquiatría Clínica*. España:Elsevier
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2007). Estadísticas a propósito del día de muertos. Datos nacionales. Recuperado el 2 de mayo de 2008, de www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2008/Muertos08.doc
- Jervis, G., González, J.y Calvo, J. (2005). *La depresión: dos enfoques complementario*. México: Editorial Fundamentos.
- Jiménez, M. y Dávila, M.(2007). Psicodiabetes. *Avances en psicología latinoamericana*, 1, 126-143.
- Katon y Miranda. (1997). *Cómo vivir con trastornos de Ansiedad. Un programa de autoayuda para toda la familia*. México: Mosby Great Performance
- Kerlinger, F.N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores
- Lazarus, R. y Lazarus, B. (1994). *Pasión y Razón: La comprensión de nuestras emociones*. España: Paidós.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A.(2002). *Terapia y Práctica de la terapia racional emotiva-conductual*. España: Siglo XXI
- León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, A. (2004). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. Barcelona: Editorial UOC
- Libertad, M. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad [Versión electrónica], *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (3).
- Lloyd, C. (2008). Los efectos de la diabetes sobre la depresión y de la depresión sobre la diabetes. *Diabetes Voice*, 1. 23-26.

- Lorenz, R.A., Bubb, J., Davis, D., Jacobson, A., Jannasch, K., Kramer, J., Lipps, J. & Schlundt, D. (1996). Changing behavior: practical lessons from the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care*, 19,648–652.
- Lovelle, R. (1984). El papel de la psiquis en la determinación de la salud, *Revista Cubana de Psicología*, 1, 3-15.
- Lustman, P., Griffith, L., Clouse, R. y Cryer (1986). Psychiatric illness in diabetes: relationship to symptoms and glucose control, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174. 736–742.
- Lustman, P., Griffith, L., Kenneth, M., Freedland, E., Kissel, S. & Clouse, R. (1998). Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus. *Annals of Internal Medicine*, 8. 613-621.
- Lustman, P., Anderson, R., Freedland, K., Groot, M., Carney, R. & Clouse, R. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23. 934-942.
- Lustman, P. & Anderson, R. (2002). Depression in adults with diabetes. *Psychiatric Time*, 1. Recuperado el 15 de junio de 2009, de <http://www.psychiatrictimes.com/print/article/10168/47911?pageNumber=1&printable=true>
- Lutsman, P. y Clouse, R. (2004). Practical Considerations in the Management of Depression in Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 3. 160-165.
- Lutsman, P. y Clouse, R. (2007). Depression in Diabetes: The Chicken or the Egg?, *Psychosomatic Medicine*, 69. 297-299
- Matarazzo, J. D.(1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new Health Psychologist. *American Psychologist*, 35. 807-817.
- Martínez-Donante y Rubio, V. (2003). *El concepto de salud en la actualidad*. México: UAM
- McDonald, P.E., Wykle, M.L., Misra, R., Suwonnaroop, N. & Burant, C.J. (2002). Predictors of social support, acceptance, health-promoting behaviors, and glycemic control in African Americans with type 2 diabetes. *Journal of National Black Nurses Association*, 13, 23–30.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México: Unison

- Moreno, M.(2001).Terapia Cognitivo Conductual para depresión en Diabetes Mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*, 1. 65.
- Nacional Institutes of Health. (2008). *Diabetes tipo 1*. Recuperado el 06 de abril de 2008, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000305.htm>
- Nacional Institutes of Health. (2006). *Guía para personas con diabetes tipo 1 y tipo 2*. Recuperado el 02 de mayo de 2008, de <http://diabetes.niddk.nih.gov/spanish/pubs/type1and2/care.htm>
- Nacional Institutes of Health. (2009a). Depresión mayor. Recuperado el 11 de julio de 2009 de, www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/depression.html
- Nacional Institutes of Health. (2009b). Causas de la Depresión. Recuperado el 11 de julio de 2009 de, <http://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/depression-lo-que-toda-mujer-debe-saber/causas-de-la-depresi-n.shtml>
- Organización Mundial de la Salud. (2001a).*Informe sobre la salud en el mundo: Trastornos mentales* (Nota descriptiva). Ginebra: Organización mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2001b).*La salud pública al servicio de la salud mental*. Recuperado el 10 de julio de 2009 de, www.who.int/whr/2001/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (2004a). *Adherencia a los Tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2006, septiembre). *Diabetes* (Nota descriptiva No. 312). Recuperado el 10 de marzo de 2008, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/print.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2006, octubre). Constitución Mundial de la salud. Recuperado el 20 de enero de 2008, de <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Diez cuestiones estadísticas de especial interés en*

- salud pública mundial*. Recuperado el 11 de julio de 2009 de, www.who.int/whosis/whostat/2007/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Las enfermedades crónicas: La principal causa de mortalidad. OMS. Recuperado el 11 de febrero de 2008, de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). Insulina en Aerosol. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5 (10). Recuperado el 25 de abril de 2008, de <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1020-49892001001100010>
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2*. Washington, DC: OPS.
- Pérez, E., Bautista, S., y Bazaldúa, A. (2008). Susceptibilidad percibida de Diabetes Mellitus en adultos no diagnosticados, *Revista Electrónica Psicología Científica.com*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-317-6-susceptibilidad-percibida-de-diabetes-mellitus-en-adultos-no-diagnosticados.html>
- Pérez-Tamayo, R., Rivero, O. y Tanimoto, M. (2007). El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX. *Salud y sociedad*. México: Siglo XXI.
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Mengual, E., Romero, J., Medina, M., Leal, E., Rojas, J. y Toledo, A. (2004). Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 1. 74-78
- Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L. y Goodwin, F. (1990). Comorbidity or mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 21. 2511-2518.
- Reynoso, E. y Seligson, I. (2002). *Psicología y Salud*. México: CONACYT
- Rickheim, P., Flader, J. y Carstensen, K. (2000) *Información Básica sobre la diabetes tipo 2*. Estados Unidos Americanos: Internacional Diabetes Center.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. y Sánchez-Sosa, J.(2005). Efectos de una Intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos

- esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 445-462.
- Robles, R. (2006). Manejo de Enfermedades Crónicas y terminales. En L. Oblitas. *Psicología de la Salud y calidad de vida*. (pp. 249-275). México: Thomson.
- Rodríguez, J. (2001). *Psicología de la Salud*. España: Síntesis Psicológica.
- Rodríguez-Moran, M. y Guerrero-Romero, J.F. (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Publica*, 39, 1.
- Rodríguez-Saldaña, J., Jonguitud-Falcón, A., Clark, C., Escorza-Domínguez, A. B., Morales de Teresa, M., Ortiz-Gress, A. A. (2003). Optimizar la atención sanitaria en México con recursos limitados. *Diabetes Voice*, 28, 21.
- Sadek, N. y Nemeroff, C.(2000). Actualización en neurobiología de la depresión. *Revista Psiquiátrica del Uruguay*, 3. 462-485.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavior mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 85-92.
- Santacreu, J. (1991). Psicología Clínica y Psicología de la Salud. Marcos teóricos y modelos. *Revista de psicología de la salud*, 1, 3-20.
- Santacreu, J., Marquez, O. & Rubio, V. (1997). Prevention in the content of Health psychology. *Psicología y Salud*, 10, 81-92.
- Schwartz, G. y Weiss, S. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.
- Shea, L. y Owens-Gary, M. (2009). Diabetes y Depresión en mujeres mayores: doble riesgo, doble carga. *Diabetes Voice, Numero especial*, 8-11.
- Sherman, A. M., Bowen, D. J., Vitolins, M., Perri, M. G., Rosal, M. C., Sevick, M. A., & Ockene, J. K. (2000) Dietary Adherence Characteristics and Interventions. *Controlled Clinical Trials*, 21(5), S206-S211.
- Solomon, A. (2002). *El demonio de la depresión*. México: SINE QUA NON.
- Szot, J. (2003). La transición demográfico- epidemiológica en Chile, 1960- 2001 [Versión electrónica], *Revista Española de Salud Pública*, 77 (5), 605-613.

- Trief, P.M., Grant, W., Elbert, K. & Weinstock, R.S. (1998). Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 21, 241–245.
- Universidad Nacional Autónoma de Mexico. (2009). *Tipos de depresión*. Recuperado el 15 de julio de 2009 de, <http://www.acatlan.unam.mx/medicos/depresion/43/>
- Ven, N., Snoek, F. y Weiger, K. (2002). Terapia Cognitivo-Conductual: cómo mejorar el autocontrol de la diabetes. *Diabetes Voice*, 3 (47), 10-12.
- White, C. (2001). Cognitive Behavioral principles in managing chronic disease. *Western Journal of medicine*, 5, 338-342.

ANEXOS

Anexo 1. Cartas descriptivas

SESIÓN 1. PRESENTACIÓN.

Objetivos:

- Presentación del grupo y de los coordinadores.
- Detección de expectativas de los integrantes del grupo.
- Exposición de los objetivos, procedimiento y reglas de la intervención.

CONTENIDO:

Se recibió a los pacientes en la entrada del salón dándoles la bienvenida a la sesión, se inició una dinámica de presentación y ruptura de hielo, para que los pacientes se conocieran y conocieran a los coordinadores del grupo, se continuó con la presentación de todos los participantes. Durante esta primera sesión se realizó la detección de expectativas de los miembros del grupo solicitando a los participantes que respondieran de manera individual un grupo de preguntas: ¿por qué estoy aquí?, ¿qué me gustaría aprender?, ¿qué pienso aportar? y ¿qué me gustaría que no ocurriera durante la intervención?, terminando el último paciente se continuó con la presentación de los objetivos de la intervención psicológica, así mismo, se expusieron las reglas que debía cumplir del grupo durante cada sesión, las cuales incluyeron: ser puntuales, traer el material solicitado, presentarse a las evaluaciones correspondientes, discreción hacia los comentarios que se expongan en grupo, respeto a las opiniones de los demás, respeto al tiempo de participación durante las sesiones y realizar las actividades en casa.

SESIÓN 2. EDUCACIÓN EN DIABETES

Objetivos:

- Informar a los pacientes sobre las causas, características, síntomas, complicaciones y tipos de tratamiento de la diabetes.

CONTENIDO:

En esta segunda sesión se abordaron temas relacionados con los principales aspectos de la diabetes como su definición, su fisiología, el tratamiento y la función de cada medicamento dentro del cuerpo así como de la insulina y el ejercicio, también se les dio a conocer los síntomas, las posibles complicaciones de la enfermedad y las cifras recomendadas de glucosa en la sangre de una persona con y sin diabetes, la exposición se apoyó de presentaciones Power Point y de rotafolios.

SESIÓN 3. ALIMENTACIÓN 1**Objetivos:**

- Que los pacientes aprendieran a identificar los alimentos que contienen carbohidratos.
- Informar a los pacientes sobre las porciones de carbohidratos que debían consumir diariamente.
- Entrenar a los pacientes en el conteo de porciones de carbohidratos consumidos diariamente.

CONTENIDO:

En esta sesión se dio a conocer a los pacientes aquellos alimentos que contienen carbohidratos, el número de porciones que contienen aproximadamente, se hizo mención de los alimentos que contienen proteínas. También se trabajó con los pacientes el conteo de porciones de carbohidrato por día y se les dio a conocer las porciones que debían consumir por día. Desde una semana anterior se les pidió a los pacientes que hicieran un autorregistro de los alimentos consumidos diariamente y este mismo se retomó para enseñar al paciente a contar sus carbohidratos consumidos y de esta manera ir haciendo los ajustes necesarios.

SESIÓN 4. ALIMENTACIÓN-2

Objetivos:

- Que el paciente conociera el número de porciones de carbohidrato que consumía semanalmente y se diera cuenta si se estaba excediendo o le faltan porciones por consumir.
- Exponer al paciente las diferentes técnicas de autocontrol que existen y que aprendieran cómo ponerlas en práctica en su vida diaria.
- Que el paciente buscara soluciones para los principales obstáculos que le impiden llevar una alimentación saludable.

CONTENIDO:

En esta sesión se retomaron las dudas de los pacientes acerca del conteo de carbohidratos, se sacaron los promedios de carbohidratos consumidos durante la semana por cada paciente y a partir de esto se les pidió que se formularan una meta personal sobre el número de carbohidratos que esperaban consumir en la semana siguiente, para esto, se especificaron las características básicas de las metas, es decir, que sean realistas, medibles, verificables y que fueran a corto plazo. En esta misma sesión se abordaron las técnicas de autocontrol en donde se expusieron los conceptos de control de estímulos, autorregistro, autoreforzamiento, autocastigo, señales y entrenamiento en respuesta alternativa, la exposición se apoyó con presentaciones Power point. Con la utilización de estas técnicas se trabajaron algunas de las dificultades expuestas por los pacientes sobre el control de su alimentación.

SESIÓN 5. EJERCICIO

Objetivos:

- Que los pacientes conocieran la importancia y función del ejercicio dentro de su tratamiento para la diabetes.
- Que los pacientes conocieran la diferencia entre el ejercicio y la actividad física.

- Entrenar a los pacientes en una rutina de ejercicio.

CONTENIDO:

En esta quinta sesión se trabajó con la importancia del ejercicio en el automanejo de la diabetes. En un primer momento, se detectaron los conocimientos previos de los pacientes sobre el tema y después, se les explicó el efecto y los beneficios del ejercicio en su cuerpo con ayuda de una pirámide que representaba las diferentes actividades, desde las recomendadas diariamente, hasta las que se tenían que evitar. Tomando en cuenta dicha pirámide, los participantes mencionaron algunos ejemplos respecto al ejercicio que acostumbraban realizar en su vida cotidiana. Finalmente, se describieron las etapas de una rutina de ejercicio y las medidas necesarias en caso de presentar malestar durante la actividad, una de las coordinadoras dirigió una rutina de ejercicio a los pacientes.

SESION 6. ESTRÉS

Objetivos

- Dar a conocer a los pacientes las manifestaciones e influencia del estrés en el control de la diabetes.
- Enseñar a los pacientes algunas estrategias para el control de estrés.

CONTENIDO:

En esta sesión se trabajó con el tema del manejo de estrés, se utilizó una imagen de un cuerpo humano para señalar los principales síntomas y zonas del cuerpo donde se presenta el estrés, se pidió la opinión de los participantes y se retomó la pirámide del ejercicio de la sesión anterior para exponer diferentes estrategias para manejarlo haciendo una distinción entre estrategias saludables y no saludables. Finalmente, se trabajó una práctica en imaginación guiada con los pacientes. En esta sesión también se abordaron las principales dificultades de los pacientes para el manejo del estrés y se propició que ellos mismos buscaran una estrategia para enfrentar estas dificultades.

SESIÓN 7. PENSAMIENTOS-1

Objetivos:

- Que los pacientes identificaran la importancia de los pensamientos en el malestar emocional.
- Que los pacientes identificaran las características de los pensamientos racionales e irracionales.

CONTENIDO:

Durante esta sesión se trabajó con los pensamientos identificando las características de los pensamientos racionales e irracionales y su relación con las emociones, para esto se utilizó una historia imaginaria sobre una paciente con diabetes, la información expuesta se relacionó con experiencias de los mismos pacientes experimentadas a lo largo de su vida estuvieran o no relacionadas con su enfermedad, se utilizaron preguntas como ¿Qué pasó?, ¿Qué pensó en ese momento? ¿Cuáles fueron sus emociones? ¿Qué hizo? el personaje de la historia, posteriormente en base a esas preguntas se explicó a los pacientes la relación entre los pensamientos, las emociones y conductas.

SESIÓN 8. PENSAMIENTOS-2

Objetivos:

- Que los pacientes identificaran en qué medida los pensamientos se relacionan con la conducta y las emociones, así como su impacto en la diabetes.
- Que los pacientes aprendieran como combatir pensamientos irracionales.

CONTENIDO:

Durante esta sesión se continuó con el tema de pensamientos, en esta ocasión se trabajó con la identificación de pensamientos irracionales en los paciente y las estrategias para modificarlos por pensamientos racionales, para esto, se utilizaron

algunas tarjetas en donde se expuso a los pacientes diferentes pensamientos irracionales y la forma como estos podían ser modificados, así mismo se brindaron a los pacientes algunas estrategias para combatir los pensamientos irracionales.

SESION 9. PENSAMIENTOS- 3

Objetivos:

- Que los pacientes continúen con la práctica para identificar pensamientos irracionales e identificación de la relación entre estos, sus emociones y sus conductas
- Que los pacientes visualizaran los beneficios de identificar y cuestionar los pensamientos irracionales

CONTENIDO:

En esta sesión se utilizaron algunas frases que reflejaban los diferentes tipos de pensamientos, dichas frases eran relacionadas al automanejo de la diabetes, dichas frases fueron leídas a los participantes, se les solicitó la participación a los pacientes para que mencionaran algún ejemplo de su vida cotidiana y sus consecuencias emocionales y conductuales. Después se debatió respecto a qué tipo de pensamiento era el que se había leído y se retomó la conexión: pensamiento, emoción y conducta.

SESIÓN 10. ASERTIVIDAD

Objetivos:

- Que los pacientes identificaran los diferentes tipos de comunicación (Agresiva, Pasiva y asertiva).
- Entrenar a los pacientes en la comunicación asertiva

CONTENIDO:

Esta sesión abordó los diferentes tipos de comunicación que son: comunicación pasiva, comunicación agresiva y comunicación asertiva, se hizo énfasis en esta

última, se expuso una historia imaginaria donde se representaran los tres tipos de comunicación y se cuestionó a los pacientes sobre la diferencia entre estos tres tipos de comunicación y su relación con las emociones y conductas. Posteriormente, se explicaron en qué consistían los tipos de comunicación mencionados y se les brindaron a los pacientes algunas estrategias para la comunicación asertiva y se propició el entrenamiento de estas mediante representaciones que los mismos pacientes realizaron.

SESIÓN 11. APOYO SOCIAL.

Objetivos:

- Que los pacientes y familiares conocieran la importancia del apoyo social para el bienestar del paciente.
- Que los integrantes del grupo conocieran los diferentes tipos de apoyo social que pueden dar y recibir.

CONTENIDO:

En esta sesión se invitó a los familiares de los pacientes para que se integraran en las actividades, se abordó el tema del apoyo social mencionando su importancia para el paciente con diabetes, así mismo se describieron los diferentes tipos de apoyo y la forma en cómo estos podían ser expresados. Se propició la participación tanto de los pacientes como de los familiares y se propuso la formulación de compromisos entre paciente y familiar para recibir y dar apoyo. Las actividades se apoyaron con dinámicas.

SESIÓN 12. DESPEDIDA.

Objetivos:

- Conocer si se cumplieron las expectativas de los participantes.
- Conocer las opiniones del grupo sobre el proceso de la intervención.
- Propiciar que el paciente realizara una autoevaluación sobre su participación dentro del grupo.

- Agradecer la participación de cada uno de los pacientes en el grupo y se les motivó a seguir aprendiendo de su enfermedad.

CONTENIDO:

En esta última sesión se retomaron las expectativas de los pacientes cuestionándolos sobre si se habían cumplido o no, así mismo se cuestionó sobre las sesiones desarrolladas, es decir, ¿Que hubieran cambiado de las sesiones?, ¿Que no les gustó de las sesiones?, ¿Que agregarían a las sesiones? Y comentarios generales. Se entregó un reconocimiento a cada uno de los pacientes por su participación dentro del grupo, se les realizó una invitación para que se siguieran reuniendo como grupo. Los coordinadores del grupo dirigieron unas palabras hacia cada integrante del grupo agradeciendo la participación y empeño en la realización de las actividades. Finalmente se programaron las citas para la siguiente evaluación.

Anexo 2. Consentimiento informado

La Subdirección de Investigación de la Secretaría de Salud de Hidalgo y el Área Académica de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo sustentan la práctica de protección para sujetos humanos participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuario de los servicios de la clínica de diabetes o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, y el aprendizaje de distintas maneras de sobrellevarlas, para ello se le harán una serie de entrevistas y se le pedirá que conteste una serie de cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia su diabetes. Participaran alrededor de 200 pacientes de las clínicas de diabetes de Actopan y Progreso de la Secretaría de Salud.

Posteriormente se le asignará de forma aleatoria a un grupo donde se le pedirá que asista a una intervención grupal tipo curso, en la que se revisarán y modificarán aquellas conductas, emociones o pensamientos que interfieran en su bienestar y el de su familia, dicha intervención será de aproximadamente ocho sesiones, una por semana, con una duración aproximada de dos horas cada una. También se invitará a uno de sus familiares que asista a una intervención tipo curso donde se modificarán aquellas conductas relacionadas con el apoyo para el manejo de su enfermedad, dicha intervención será de aproximadamente 10 sesiones, una por semana, con una duración aproximada de dos horas cada una. El director del proyecto tendrá la facultad de pedirle que se retire del estudio en caso de no asistir a las entrevistas de evaluación o que falte a más de una de las sesiones de intervención antes descritas.

Es probable que pueda sentirse incómodo (a) con algunas preguntas, pero su franqueza nos permitirá desarrollar el tratamiento adecuado a sus necesidades, contribuyendo a la mejora substancial de su calidad de vida aún dentro del proceso de enfermedad. Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación y los registros únicamente podrán ser examinados por los miembros del proyecto o por Autoridades Regulatorias autorizadas.

Si desea información adicional con respecto al estudio, antes, durante o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de preguntarle a su médico tratante o enfermera en las clínicas de diabetes correspondientes:

Con mi firma declaro tener 18 años o más y que también otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios pertinentes, asistir a las entrevistas y participar en las intervenciones antes descritas.

Nombre y firma del paciente

Nombre y Firma Testigo 1

Nombre y Firma Testigo 2

Entrevistador _____

Fecha _____

Anexo 3. Formato de Datos Sociodemográficos

Evaluación e Intervención Psicológica en Pacientes con diabetes tipo 2

Formato Datos Sociodemográficos

SEDE	FOLIO EIPD	# EXPEDIENTE
FECHA	APLICADOR	
NOMBRE		

Datos Clínicos

Dx HTA	Dx Obesidad	Dx Dislipidemia	Glibenclamida	Metformina	Ins NPH	Ins R	Captopril	Metoprolol	Nifedipino	Clortalidona	Pin Aliment	Ejercicio	Gluc Ayunas	Gluc Casual	TAS	TAD	Colesterol	LDL	HDL	Triglicéridos	Peso	Talla	Cintura	IMC	Fecha de Ultima Cons

Datos Sociodemográficos

1	Nombre	
2	Dirección	
3	Teléfono (propio/recados)	
4	Fecha de nacimiento/Edad	
5	Sexo	1) Masculino 2) Femenino
6	Estado Civil	1) Soltero (a) 3 Otro _____ 2) Casado (a)
7	Ocupación	1) Tiempo completo Especifique _____ 2) Medio tiempo 3) Desempleado 5) Incapacitado 4) Retirado 6) Ama de casa
8	Máximo grado escolar [poner () numero de años]	1) Primaria () 4) Técnica () 2) Secundaria () 5) Profesional () 3) Preparatoria ()
9	Ingreso mensual familiar	1) 1000 o menos 5) 4001 a 5000 2) 1001 a 2000 6) 5001 a 6000 3) 2001 a 3000 7) 6001 a 7000

		4) 3001 a 4000	8) 7001 o mas
10	¿Qué tipo de diabetes padece	1) Tipo 1 2) Tipo 2	3) No sabe
11	¿Hace cuantos años le diagnosticaron diabetes?	1) 0 a 1 años 2) 2 a 5 años	3) 6 a 10 años 4) 11 años o mas
12	¿Cuál cree usted que fue la causa de su diabetes?		
13	¿En que consiste su tratamiento?	1) Solo dieta 2) Solo pastillas	3) Pastillas + insulina 4) Solo insulina
14	¿ Cuantos episodios de hipoglucemia graves tuvo el año pasado? (recibió ayuda de otras personas)	1) Ninguna 2) Uno 3) Dos o mas	
15	¿Tiene alguna otra enfermedad crónica además de la diabetes?	1) Ninguna otra 2) 1 enfermedad crónica además de la diabetes 3) 2 o mas enfermedades crónicas además de diabetes	
16	Actualmente utiliza alguno o varios de los siguientes medios alternativos para tratar su diabetes	1) Homeopatía 2) Curandero 3) Acupuntura 4) Licuados	5) Otros _____ 6) Ninguno
17	¿En que medida sufre por su diabetes?	1) Nada 2) Un poco 3) Algo	4) Bastante 5) Mucho
18	¿En los últimos seis meses le han ocurrido uno o más de los siguientes eventos?	1) Ninguno 2) Perdida de un ser querido 3) Perdida del trabajo 4) Divorcio o conflictos familiares 5) Problemas económicos 6) Enfermedad grave (de usted o un ser querido) 7) Otro suceso impactante	
19	¿Cuál de los siguientes temas le gustaría tratar en su próxima consulta médica?	1 Ningún tema en especial 2 Tratamiento o los medicamentos (pastillas) 3 Síntomas/dolores 4 Estilo de vida (dieta, alcohol, cigarro) 5 Estado de ánimo o estrés 6 Problemas sexuales 7 Otro tema	
20	Sabe leer y escribir	1 Si 2 No	

Apoyo Familiar

1) Mencione el nombre los **familiares** que son más importantes en su vida y su parentesco. 2) Ahora dígame quien de las personas(s) que menciono es la(los) que **más le apoya** en el manejo de su diabetes (*acompaña a las consultas, compra alimentos o medicamentos, recuerda tomar el medicamento, etc.*). 3) En caso de ser varias personas las que le apoyan ordénelas de mayor a menor, comenzando con el numero 1.