



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

Intervención cognitivo conductual grupal para
modificar el nivel de malestar emocional
en pacientes con diabetes tipo 2.

Tesis

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Martínez Bautista Claudia

DIRECTOR: Mtro. Arturo Del Castillo Arreola.

DIRECTOR ADJUNTO: Dr. Juan José Sánchez Sosa.

PACHUCA, HGO. 2009

DEDICATORIA:

Dedico mi tesis a todas aquellas personas que con su participación hicieron posible este trabajo. A mis padres por haberme dado la oportunidad de llegar hasta donde he llegado, por el apoyo que me brindaron durante mi carrera profesional y por haberme dado el regalo más valioso que es la vida.

Agradecimientos:

A Dios:

Agradezco la fortaleza que me diste para enfrentar cada uno de los obstáculos que se me atravesaron a lo largo este transcurso, pero sobre todo, te doy gracias por la buena elección que hiciste al poner en mi camino a cada una de las personas que de forma directa e indirecta me apoyaron para llegar hasta el final de la meta.

A mis padres y hermanos:

Quiero agradecerles todo el apoyo y cariño que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida, hoy con este documento concluyo mi licenciatura y ustedes fueron una parte importante en este proceso porque su compañía, apoyo y consejos me ayudaron a tomar decisiones importantes que hoy me han permitido llegar hasta donde estoy y que en este momento me dejan satisfecha porque sé que cumplí con una de mis metas, mi carrera profesional.

David:

Gracias amor por todo el apoyo que me brindaste para hacer posible este trabajo, gracias porque cada vez que estaba a punto de desistir tu siempre estabas ahí para ayudarme a seguir adelante y me enseñaste que las cosas más valiosas de la vida son las que más cuestan, pero también, las que más valen la pena.

Mtro. Arturo Del Castillo:

Me siento muy agradecida con usted, en primer lugar por haberme dado la oportunidad de formar parte de su equipo de trabajo y en segundo lugar por su apoyo, tiempo y dedicación para la realización de este documento. Hoy me siento muy satisfecha, porque durante el tiempo que estuve trabajando con usted me lleve experiencias muy gratas que me ayudaron a crecer profesionalmente y que me dieron la oportunidad de darme cuenta que un título no sólo se obtiene por un número, sino por una acción que le pueda cambiar la vida a otros, en este caso, a nuestros pacientes.

Dr. Juan José Sánchez Sosa:

Es muy grato para mí el haber tenido la oportunidad de contar con su apoyo para la realización de esta tesis, su colaboración fue de gran importancia, ya que me permitió adquirir nuevas experiencias durante mi estancia en la UNAM que me ayudaron a concluir con éxito el presente documento. Gracias.

Dra. Sofía Rivera Aragón.

Agradezco el apoyo que me brindó durante mi estancia en la UNAM, gracias por aceptarme en su clase y por haberme compartido sus conocimientos y experiencia que me permitieron fortalecer el desarrollo de mi tesis.

Tere y Gaby:

Gracias por el excelente equipo de trabajo que formamos y por darme la oportunidad de conocerlas y compartir este tiempo con ustedes, espero que más adelante nuevamente tengamos la oportunidad de trabajar juntas.

Lady y Lulú:

Amigas, les agradezco mucho sus palabras de ánimo que siempre me dieron, porque realmente me ayudaron a no dejarme vencer antes de tiempo, hoy culmino mi tesis y ustedes fueron personas importantes que me ayudaron a llegar hasta el final, por eso y más... gracias.

Índice

Resumen	8
Abstract	9
Introducción.....	10
Capítulo 1. Psicología y salud.	
Concepto de salud y enfermedad	12
Evolución de la psicología de la salud	14
Enfermedades crónicas y psicología de la salud	18
Capítulo 2. Diabetes.	
Epidemiología	21
Definición	22
Etiología.....	22
Factores de riesgo	22
Tipos	23
Síntomas.....	24
Complicaciones.....	25
Tratamiento.....	27
Capítulo 3. Malestar emocional y diabetes.	
Epidemiología	31
Definición	31
Antecedentes históricos.....	32
Malestar emocional (<i>distress</i>)	40
Síntomas del estrés	41
Estrés asociado a la salud y enfermedad	42
Estrés asociado a la diabetes	44
Evaluación del estrés asociado a la diabetes	50

Capítulo 4. Intervenciones psicológicas y diabetes.	
Definición y antecedentes de la terapia cognitivo-conductual.....	52
Intervención cognitivo-conductual en diabetes	56
Capítulo 5. Metodología.	
Justificación	61
Pregunta de investigación.....	62
Objetivos.....	62
Objetivo general	62
Objetivos específicos.....	62
Hipótesis	62
Variables.....	63
Participantes	63
Criterios de selección.....	65
Tipo de estudio	65
Diseño de investigación	65
Instrumento	66
Procedimiento	67
Capítulo 6. Resultados.....	70
Capítulo 7. Discusión y conclusiones	83
Referencias.	

Índice de tablas y figuras

Tabla 1 Definición de variables	63
Tabla 2. Datos sociodemográficos de la muestra.....	64
Figura 1. Diseño de investigación	65
Figura 2. Malestar emocional total pre-post tratamiento por grupo	71
Figura 3. Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional total, grupo experimental	72

Figura 4. Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional total, grupo diferido.....	73
Figura 5. Malestar emocional asociado a emociones desagradables pre-post tratamiento por grupo	74
Figura 6. Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional relacionado a emociones desagradables, grupo experimental	75
Figura 7. Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional relacionado a emociones desagradables, grupo diferido	76
Figura 8. Malestar emocional asociado al tratamiento pre-post por grupo.....	77
Figura 9. Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional asociado al tratamiento, grupo experimental.....	78
Figura 10. Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional asociado al tratamiento, grupo diferido	79
Figura 11. Malestar emocional asociado a la falta de apoyo social pre-post tratamiento por grupo	80
Figura 12. Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional asociado con la falta de apoyo social, grupo experimental	81
Figura 13. Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional asociado con la falta de apoyo social, grupo diferido.	82

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado	100
Anexo 2. Cuestionario de datos sociodemográficos.....	101
Anexo 3. Cuestionario de áreas problema en diabetes.....	103
Anexo 4. Descripción de sesiones	104

Resumen

La diabetes tipo 2 es una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial y es la primera causa de muerte en México. Dentro del amplio grupo de variables psicosociales que influyen en el automanejo adecuado de la diabetes, el malestar emocional (*distress*) es un factor que puede alterar el control glucémico del paciente modificando su respuesta fisiológica y complicando la realización de conductas de tratamiento. Estudios previos muestran que las intervenciones de corte cognitivo-conductual son eficaces para disminuir los síntomas de estrés en pacientes con diabetes tipo 1, sin embargo, no se tienen antecedentes de estudios que hayan probado estas intervenciones en pacientes con diabetes de poblaciones semirurales de México. El objetivo del presente estudio fue conocer la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para modificar los niveles del malestar emocional (*distress*) en un grupo de 20 pacientes con diabetes tipo 2 usuarios de centros de salud del estado de Hidalgo. Para medir el malestar emocional se utilizó la versión adaptada en población mexicana del Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID). Los pacientes se asignaron aleatoriamente a dos grupos, uno experimental, que comenzó la intervención inmediatamente y uno diferido cuya intervención comenzó al terminar la del primer grupo. Los grupos, integrados por 11 y 9 personas respectivamente, se expusieron a la intervención durante 12 sesiones semanales de dos horas cada una. Los resultados de la prueba t de Student, muestran diferencias estadísticamente significativas en las medias de malestar emocional total, así como en cada una de las sub-escalas del instrumento al finalizar la intervención. Los resultados obtenidos dan indicios de la efectividad de intervenciones cognitivo conductuales para modificar los niveles de malestar emocional (*distress*) en pacientes con diabetes tipo 2 de comunidades semirurales de México.

Palabras clave: diabetes tipo 2, malestar emocional (*distress*), intervención cognitivo-conductual

Abstract

Type 2 diabetes is one of the diseases with greater prevalence worldwide and it is the first cause of death in Mexico. Within the group of psychosocial variables that influence diabetes self-management, emotional distress can alter patient's glycemic control modifying its physiological response and making specific treatment behaviors more complicated. Cognitive behavioral interventions have been effective to modify distress levels in patients with type 1 diabetes, but there are not studies that test this interventions in semirural Mexican samples. The purpose of this investigation was to determine the effectiveness of a cognitive behavioral group intervention to modify the levels of emotional distress in a group of 20 patients with type 2 diabetes users of health centers in Hidalgo State. Emotional distress was measured with the Mexican version of the Problem Areas in Diabetes Scale PAID. Patients were randomly assigned in two groups, an experimental group that begin intervention immediately and a differ group that begin intervention after the conclusion of the first group. Groups, integrated by 11 and 9 patients respectively, were exposed to the intervention during 12 weekly sessions of two hours each. Results of Student's *t* test show statistically significant differences in means of total PAID, and each one of their subscales after intervention. These results suggest the effectiveness of cognitive behavioral interventions to modify levels of emotional distress of patients with type 2 diabetes in Mexico semirural towns.

Key words: Type 2 diabetes, distress, cognitive-behavioral intervention

Introducción

El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado en México a partir de la década de los cincuenta ha generado una lenta disminución de los padecimientos infecciosos y un crecimiento rápido de los crónico-degenerativos, dentro de los cuales se encuentra la diabetes, definida como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia provocada por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas (ADA, 2009). La prevalencia de diabetes es de 246 millones de personas en el mundo (FID, 2006) y entre 6.5 y 10 millones de personas en México (FMD, 2007). Sus complicaciones implican importantes consecuencias económicas no sólo para los pacientes, sino también para sus familias y los sistemas de salud (FID, 2006).

Un punto central para prevenir el desarrollo de complicaciones de la diabetes es el adecuado automanejo de la enfermedad a través de la realización de conductas de autocuidado. Sin embargo, los cambios que demanda la enfermedad en el paciente pueden generar una serie de reacciones emocionales que obstaculizan la realización de estas conductas. Una de estas reacciones es el malestar emocional (*distress*), caracterizado por la presencia de emociones negativas constantes asociadas a problemas relacionados con el tratamiento, el plan alimenticio, la relación con el médico y la falta de apoyo social (Polonsky, 1995). Altos niveles de malestar emocional influyen en el control metabólico del paciente con diabetes de forma directa al fomentar la secreción de catecolaminas y glucocorticoides que pueden alterar los niveles de glucosa en la sangre y de forma indirecta al dificultar la realización de conductas de automanejo de la enfermedad (Surwit et al., 2002).

Se han desarrollado intervenciones desde el enfoque cognitivo-conductual efectivas para disminuir los niveles de malestar emocional en pacientes con diabetes tipo 1, sin embargo, pocos son los que se han realizado en pacientes tipo 2 y ninguno se ha llevado a cabo en zonas semirurales de México

A razón de esto, el objetivo del presente estudio fue determinar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual grupal para modificar el nivel de malestar emocional (*distress*) en pacientes con diabetes tipo 2 del estado de Hidalgo.

Este documento se divide en siete capítulos, el primero de ellos incluye los antecedentes históricos del concepto de salud-enfermedad, el desarrollo histórico de la psicología de la salud, su definición y la forma como aborda el manejo de pacientes con padecimientos crónicos como la diabetes. El siguiente capítulo describe de manera amplia la diabetes mellitus incluyendo su definición, epidemiología, síntomas, etiología, clasificación, diagnóstico, complicaciones y tratamiento. El tercer capítulo presenta el tema de malestar emocional en diabetes, se abordan los antecedentes históricos del concepto, las diferentes teorías desde las cuales ha sido abordado, y su relación con el automanejo y el control metabólico en pacientes con diabetes. El cuarto capítulo incluye información sobre los antecedentes y componentes principales de las intervenciones cognitivo conductuales, así como, los estudios que han utilizado estas intervenciones en la modificación de niveles de malestar emocional en pacientes con diabetes. Los siguientes capítulos del documento abordan la descripción del método del estudio, presentación de los resultados y análisis de los mismos, así como, las conclusiones generales del estudio.

Capítulo 1. Psicología y Salud

Concepto de salud y enfermedad.

La lucha del hombre por su salud ha sido una constante de todos los tiempos y en todas las culturas. Durante mucho tiempo el concepto de salud estuvo ligado a la historia de la medicina, de esta manera, la visión de la salud y enfermedad se han considerado de forma diferente según la evolución de diversas sociedades (Foster y Anderson, 1978, en Perea y Bouché, 2004). Cada una de estas sociedades han planteado diferentes teorías para explicar el origen de la enfermedad, entre ellas se encuentran: las teorías personales que atribuyen su origen a factores extracorporales (brujas hechiceros, espíritus); teorías naturales que hablan acerca de un desequilibrio entre los fluidos corporales (sangre, flema, bilis negra o amarilla y la melancolía) producto de la doctrina humoral; y teorías emocionales que han considerado a las emociones como el origen de la enfermedad (Perea y Bouché, 2004).

Durante un tiempo la salud fue considerada básicamente como la ausencia de enfermedad física, considerando a la enfermedad como la existencia de una alteración en el organismo que perturbaba su funcionamiento normal (Bravo, Serrano, García y Bernal, 1999, en Romero, 2006), por lo tanto, la salud era responsabilidad únicamente del personal médico y su intervención se encaminaba a eliminar la patología existente, dejando al paciente en un papel pasivo (Delgado y Tercedor, 2002). Posteriormente esta definición fue modificada integrándole el marco de referencia tanto psicológico como el social. Así en 1948, en el Congreso de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad” (OMS, 1948, en Rodríguez, 2001, p. 16). Por primera vez se reconocían explícitamente como componentes de la salud dos áreas relevantes del ser humano: la psicológica y la social, sumándose a la biológica, logrando así un concepto integral de salud (Rodríguez, 2001).

A pesar de ser un concepto integral, el concepto de salud de la OMS tampoco fue aceptado completamente, siendo criticado en varios aspectos. En primer lugar

por la palabra *estado*, ya que esta implica algo inmovible, fijo y estable, por el contrario tanto la salud como la enfermedad se mueven en un ciclo, de la misma manera, el ser humano está permanentemente evolucionando de un nivel a otro; en segundo lugar, está el concepto de *bienestar* debido a que es un término muy subjetivo que depende de cada persona tanto de la que presta cuidados como de la que los recibe, por lo tanto, no se puede generalizar la aplicación de determinados estándares de salud y de calidad de las prestaciones para una colectividad, puesto que existen diferentes perspectivas sobre lo que es salud (Serra, Díaz y De Sande, 2003).

Otra crítica a esta definición es dada por Terris (1992, en Morales, 1997) quien considera incorrecto el uso del término *completo* justificando que no se puede entender la salud como algo absoluto pues existen diversos grados de salud; de la misma manera propone que el término *enfermedad* se reemplace por el término *dolencia*, ya que la salud y enfermedad no son mutuamente excluyentes. Éste autor define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social que permite funcionar, y no sólo la ausencia de dolencia o afección.

Al igual que Terris, otros autores han intentado ampliar el concepto dado por la OMS. Una de las definiciones más completas es propuesta por San Martín (1984, en Morales, 1997), quien define a la salud como una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos como la adaptación biológica, mental y social; y aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social, fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y por su grupo como la manifestación de un estado mórbido.

Complementando lo anterior se hace referencia a Matarazzo (1980, en Perea y Bouché, 2004) quien destaca el término *conducta* en el concepto de salud, definiendo la salud conductual como un campo interdisciplinar que tiene como finalidad la promoción de la filosofía de la salud que se encarga de estimular la responsabilidad individual para la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales con el objetivo de prevenir enfermedades y disfunciones, así como el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y las iniciativas sociales.

Esto permite observar la transición que ha seguido el concepto de salud pasando de un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial, en este último se vincula la salud física con el estado mental y con el mundo que le rodea al paciente (Gerrig y Zimbardo, 2005), considerando la salud como una condición de bienestar resultado de la interacción dinámica entre aspectos físicos y psicológicos de la persona, su ambiente natural y social, facilitando el disfrute de la vida, el acceso a múltiples recursos y contribución a las esferas productivas y creadoras de la sociedad (Romero, 2006). Este modelo enfoca su atención en la prevención y promoción de la salud así como en las variables del medio ambiente físico y social; y promueve la creación de estrategias en la relación del ser humano con su ambiente con el fin de crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social (Labiano, 2004).

Un punto importante a resaltar es que el desarrollo de la concepción de salud ha promovido de igual manera que se de un desarrollo en el campo de acción de la psicología, dejando atrás el enfoque individualista, en el cual sus acciones estaban dirigidas únicamente a personas específicas, y alcanzando una perspectiva más completa que tiene que ver con su impacto global sobre el desarrollo de sociedades saludables, esta visión implica la integración de la ciencia psicológica al conjunto de disciplinas aportando una nueva concepción y práctica de la salud pública. Actualmente se habla de la psicología de la salud como una ciencia enfocada en la prevención y promoción de la salud así como en la evaluación y tratamiento de la enfermedad, además de promover la formulación de políticas sanitarias que sustenten la creación de un sistema eficiente de salud pública (Londoño, Valencia y Vinnacia, 2006).

Evolución de la psicología de la salud.

La aparición de la psicología de la salud además de venir precedida por el desarrollo del concepto de salud tiene sus antecedentes en distintos modelos, los cuales conforme han aparecido han ido ampliando la concepción de lo que hoy se conoce como el campo de psicología de la salud. El primer modelo es la psicología clínica cuyo estudio comenzó desde finales del siglo XIX asociado al trabajo de instituciones

para enfermos mentales. Este modelo está centrado únicamente en la enfermedad y no en la salud y se enfoca hacia al individuo, más que al grupo o comunidad debido a su relación con la psiquiatría, a consecuencia de esto se considera un modelo limitado pues deja de lado los problemas del soma dirigiéndose únicamente al diagnóstico, vinculándose con mayor frecuencia al trabajo hospitalario. A pesar de lo anterior, este modelo forma parte de un antecedente muy importante para la psicología de la salud ya que el método clínico ocupa un lugar relevante en el abordaje de problemas específicos (Libertad, 2003).

Posterior al modelo clínico, aparece la psicología médica que comienza a tomar en cuenta el aspecto psicológico del paciente aplicándolo a la comprensión de las manifestaciones emocionales y comportamientos de los enfermos. Este enfoque analiza la participación del psiquismo en el origen de enfermedades de expresión somática y se preocupa por la relación médico-paciente. Una de sus influencias más notables fue la medicina psicosomática que consideraba la relación entre el desarrollo de enfermedades la represión y los conflictos psicosexuales, por lo que se creía que los conflictos no resueltos, así como vivencias y necesidades persistentes podían originar enfermedades de expresión somática (Libertad, 2003). A pesar de que este modelo se interesa en el aspecto psicológico del paciente, padece de las mismas limitaciones que la psicología clínica, ya que su interés está centrado en los concomitantes psicológicos de la condición del enfermo, en favorecer los comportamientos adecuados para una buena evolución y en que el personal de asistencia tenga una buena comprensión de los pacientes, es decir, sigue enfocándose en el individuo y en la situación de enfermedad (Floréz, 2004).

Otro modelo antecedente a la psicología de la salud es la Medicina Conductual, que destaca el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestaciones de las enfermedades. Este modelo empieza a considerar los problemas de salud como multifactoriales y no exclusivos de un enfoque o un profesional determinado. Se enfoca no solamente en la parte interna del sujeto, sino que también considera la parte externa como son las conductas aprendidas que pueden estar implicadas en las enfermedades, y uno de sus objetivos es la búsqueda de medios para cambiar estos comportamientos con el fin de tratar y prevenir enfermedades (Brannon y Feist, 2001). Sin embargo, este modelo también

ha recibido críticas, entre ellas: no presentar una definición sobre salud que fundamente las bases de su desarrollo tecnológico; enfocarse en las manifestaciones de la enfermedad, siendo menor su desarrollo en relación con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Morales, 1997).

La Psicología Comunitaria es el primer modelo que toma en cuenta los factores sociales y comunitarios en la explicación de salud y enfermedad (Libertad, 2003), se apoya en el modelo de competencias, que parte de la idea de que la incidencia de los problemas de salud que presenta un ciudadano o una comunidad puede depender de efectos o causas orgánicas y del estrés ambiental, así como de los sistemas de autoestima y apoyo social. Sin embargo, a pesar de ser un modelo más completo no queda exento de las críticas, en primer lugar por el modelo de competencias ya que se dice que este no contribuye suficientemente ni esclarece el modo de participación de las variables psicológicas ni sociales presentes en el proceso salud-enfermedad; también se le critica porque los determinantes sociambientales tomados en cuenta para operar en ellos con el fin de resolver los problemas son casi siempre los pertenecientes al mismo nivel ecológico del ecosistema de la comunidad en cuestión, y no considera los pertenecientes a sistemas y estructuras más amplias; además de esto su orientación general no logró rebasar en la práctica el campo de la llamada salud mental (Morales, 1997).

La psicología de la salud busca cubrir los aspectos que se han dejado de lado en modelos anteriores y enfoca su interés en todo lo relacionado con las variables psicológicas del proceso salud-enfermedad, y no sólo de la atención o curación de los enfermos; promueve la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; se relaciona con todos los problemas de salud y no sólo con la salud mental; tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención y su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye el trabajo con la familia y la comunidad. Además, es parte de ella, el estudio de los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores (Libertad, 2003).

El término psicología de la salud se comenzó a utilizar de manera sistemática en 1968 por los psicólogos cubanos, quienes en 1974 fundaron una sociedad

científica de ese nombre (Morales, 1997). Sin embargo, fue hasta 1978 que un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etc.), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reunió para formar la División de la Psicología de la Salud de la Asociación Americana de la Salud (APA, por sus siglas en inglés), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud (Oblitas y Becoña, 2000).

Su primera definición como ciencia es asignada a Matarazzo (1980, en Oblitas y Becoña, 2000) quien conceptualizó a la psicología de la salud como el agregado de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la identificación de correlatos etiológicos y de diagnóstico de salud, enfermedad y disfunciones. Definición ampliamente aceptada y apoyada por la división 38 de la APA denominada psicología de la salud.

A partir de esta definición han habido otros intentos para conceptualizarla, la mayoría de ellos coincide en que esta disciplina se centra en el proceso de salud-enfermedad así como en la promoción y mantenimiento de la salud a través de la prevención, evaluación y tratamiento de la enfermedad; estudia las conductas, ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y se enfoca en un modelo biopsicosocial (Domínguez, Morales y Landeros, 1999; Nunes, García y Alba, 2006; Oblitas, 2008; Reynoso y Seligson, 2005).

El crecimiento de la psicología de la salud como ciencia ha sido asombroso, su momento actual se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas, a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica así como la planificación de acciones para modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos. Una de las prioridades de esta rama es el tratamiento psicológico en enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes, SIDA, etc. (Labiano, 2004).

Enfermedades crónicas y psicología de la salud.

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido, o es probable que persista, durante largo tiempo; puede definirse también como un proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación (Oblitas, 2006).

Las enfermedades crónicas están caracterizadas por tres aspectos, 1) el tiempo de duración de la enfermedad y/o sus secuelas; 2) las limitaciones, las minusvalías o discapacidades que entrañan; 3) los requerimientos, de todo tipo, que precisan, tanto sanitarios como sociales (García y González, 2000).

La aparición de estas enfermedades se dio como resultado de dos transiciones ocurridas en el último siglo a nivel mundial. La primera de ellas, llamada transición demográfica, fue descrita por Omram (1971, en Szot, 2003) a comienzos de los setenta y corresponde a un proceso de evolución de las características demográficas de la población, que pasa de un estado inicial caracterizado por una alta tasa de natalidad (TN) y una alta tasa de mortalidad general (TMG), a un estado posterior en que caen las TN y TMG.

La transición demográfica ha traído consigo un aumento de la longevidad en México y en el mundo. Esta se ha dado como consecuencia de mejoras en la nutrición, el saneamiento ambiental, una mayor higiene, un conocimiento más profundo de las alteraciones de la salud, la rápida difusión de los conocimientos médicos y su aplicación en las prácticas sanitarias así como la extensión de los servicios de salud (Vera, 1999). Otro de los factores que han contribuido a este aumento incluyen el incremento en la cobertura de los servicios de agua potable y drenaje, el aumento en la escolaridad y la cobertura por la seguridad social (Kumate, 2002).

La transición epidemiológica es un concepto que complementa el anterior y fue acuñado por Frenck (1991, en Szot, 2003); se refiere a la modificación en las

causas de enfermedad y muerte en la población conforme se modifica su estructura demográfica. A consecuencia de esta transición las enfermedades infecciosas (tifoidea, tuberculosis, cólera, difteria, lepra) vienen a ser desplazadas por enfermedades degenerativas y afecciones producidas por la acción del hombre (cardíacos, cáncer, diabetes, úlcera gástrica, accidentes) como las formas más importantes de morbilidad y causa de muerte (Martín, Albarrán y Lumbreras, 2004).

Según un informe de la OMS (2004), el 80 por ciento de las muertes por enfermedades crónicas ocurren en los países de ingresos bajos y medios afectando en igual número a hombres y mujeres.

En el año 2005 la OMS (en worley, 2006) reportó como primeras causas de muerte en todo el mundo a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. Mencionando que el número de personas que mueren anualmente de enfermedades cardiovasculares es cuatro veces superior a las muertes producidas por el SIDA, la tuberculosis y la malaria combinadas; y las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes constituyeron el 60 por ciento de las 58 millones de muertes que se estima tuvieron lugar en todo el mundo en 2005 (más de tres cuartas partes de las cuales ocurrieron en países en desarrollo).

Por otra parte, según datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en el año 2007 la diabetes mellitus fue la principal causa de muerte en mujeres y hombres representando el 16.2 por ciento de defunciones en mujeres y el 11.7 por ciento en hombres; le siguen los tumores malignos (14.6 por ciento defunciones femeninas y 11 por ciento masculinas); y las enfermedades isquémicas del corazón (10.7 por ciento muertes de mujeres y 11 por ciento muertes de hombres). Esta última causa se asocia a la inactividad física, tabaquismo, sobrepeso e hipertensión arterial que experimenta la población en edades intermedias y avanzadas. La cuarta causa de muerte en las mujeres la conforman las enfermedades cerebrovasculares (6.7 por ciento); y en los hombres las enfermedades del hígado (7.9 por ciento). Esta última, junto con los accidentes por transporte, sobresale debido a la importante sobremortalidad masculina que presenta (INEGI, 2009).

Finalmente en el estado de Hidalgo los datos reportados en el 2007 señalan que las principales causas de muerte son las la diabetes, los tumores malignos y las enfermedades isquémicas del corazón; representando el 10.7, 10.8 y 11.3 por ciento de la población masculina y el 14.8. 14.0 y 11.1 por ciento de la población femenina (INEGI, 2009).

Como se puede observar, la diabetes ocupa un lugar importante entre las principales causas de mortalidad por lo que ha sido considerada como una amenaza para la salud mundial; es una enfermedad crónica, debilitante y costosa, que tiene graves complicaciones, conlleva grandes riesgos no sólo para las familias sino para los estados y el mundo entero debido a que es una de las causas más importantes de gasto en el mundo por mortalidad, discapacidad y pérdida de crecimiento económico (Federación Internacional de la Diabetes [FID], 2006). En el siguiente capítulo se realizará una descripción más amplia sobre este padecimiento.

Capítulo 2. Diabetes

Epidemiología.

El crecimiento de la diabetes es uno de los problemas sanitarios más graves de nuestro tiempo, considerándose una epidemia mundial con devastadoras consecuencias humanas, sociales y económicas. Se calcula que unos 246 millones de personas en todo el mundo tienen diabetes, representando alrededor del 6% de la población mundial adulta (grupo de 20 a 79 años) y se espera que esta cifra alcance los 380 millones para 2025, lo cuál representará el 7.1% de la población adulta (FID, 2006). Siete de los diez países con el máximo número de personas con diabetes se encuentran en vías de desarrollo, lo que representa el 80% de la población con diabetes en el mundo (FID, 2007).

En la actualidad el mayor número de personas con diabetes se encuentra en el grupo de edad de 40 a 59 años con 113 millones, que representan el 46% del total de casos. Este grupo de edad cuenta con la mayor prevalencia en regiones como América del Sur y Central, el Sudeste Asiático y el Pacífico Occidental, mientras que en el caso de Europa el mayor número de personas con diabetes se encuentra en el grupo de edad de 60 a 79 años (FID, 2006).

En la población mexicana, la prevalencia de diabetes se encuentra cerca de los 10 millones, de las cuales dos millones de personas no han sido diagnosticadas; esto sitúa a México en el noveno lugar, a nivel mundial, de personas con diabetes y se estima que en los próximos años ocupará el séptimo lugar con casi 12 millones de mexicanos (Federación Mexicana de Diabetes [FMD], 2007). En el estado de Hidalgo, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición se registraron 263 mil casos en el año 2006, lo que representa el 7.1 % de la población (ENSANUT, 2006).

Definición.

La primera referencia del término diabetes se encuentra en el papiro de Ebers (1550 a.C.) y su nombre viene del síntoma más evidente: la orina excesiva. El término *mellitus* (que significa dulce) fue agregado varios siglos después (FMD, 2007).

Actualmente se considera a la diabetes como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia provocada por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas (Asociación Americana de la diabetes [ADA], 2009; OMS, 2006).

Etiología.

Respecto a su etiología, distintos procesos patogénicos están implicados en el desarrollo de la diabetes, desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta pancreáticas, con la consiguiente deficiencia de insulina, hasta las anomalías que ocasionan la resistencia a la acción de la insulina. La acción deficiente de la insulina en los tejidos blanco es responsable del metabolismo anómalo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas en la diabetes. Esta deficiencia proviene de la secreción inadecuada de la insulina o de la respuesta deficiente de los tejidos de la hormona, en uno o más puntos de la compleja vía de acción de la insulina (ADA, 2009).

Factores de riesgo.

Entre los principales factores de riesgo que la ADA (2006) establece, se pueden mencionar:

- Personas mayores de 45 años.
- Las personas con antecedentes de diabetes en su familia.
- Sobrepeso.
- Personas que no hacen ejercicio regularmente.
- Niveles bajos de colesterol HDL, con triglicéridos altos o con presión arterial superior a la normal.

- Ciertos grupos étnicos o raciales (por ejemplo, los negros no hispanos, los estadounidenses hispanos/ latinos, los estadounidenses asiáticos y los isleños del Pacífico, los indios norteamericanos y los nativos de Alaska)
- Las mujeres que han padecido diabetes gestacional o que han tenido un bebé de más de 4 kilos de peso al nacer.

Tipos.

Entre los tipos más comunes de diabetes se encuentran la diabetes tipo 1, tipo 2 y la diabetes gestacional (ADA, 2009).

- a) La *diabetes tipo 1* es originada por la destrucción autoinmunitaria de las células β pancreáticas, aparece más frecuentemente entre los niños y adolescentes, y requiere tratamiento con insulina. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2007). En este tipo de diabetes la velocidad de la destrucción de las células β puede ser sumamente variable, en algunos individuos es muy rápida (sobre todo en niños y adolescentes) y en otros es muy lenta (principalmente en adultos) (ADA, 2007).
- b) La *diabetes tipo 2* es el resultado de la resistencia a la insulina (una afección en la que el organismo no puede utilizar la insulina adecuadamente) sumada a una deficiencia relativa de insulina. Representa entre el 90 y el 95 por ciento de todos los casos diagnosticados de diabetes (ADA, 2006). Este tipo de diabetes a menudo permanece sin diagnosticar por muchos años porque la hiperglucemia se desarrolla gradualmente y al comienzo no es lo suficientemente grave para ocasionar los típicos síntomas de la diabetes. La mayoría de los pacientes con este tipo de diabetes es obesa y la obesidad en sí causa algún grado de resistencia a la insulina. El riesgo de este tipo de diabetes aumenta con la edad, el sobrepeso, la falta de actividad física, entre otros factores (ADA, 2007).
- c) La *diabetes gestacional* corresponde a la hiperglucemia que se identifica por vez primera durante el embarazo. Afecta a alrededor del 4% de todas las mujeres embarazadas y es más común en mujeres obesas y mujeres con

antecedentes familiares de diabetes (OMS, 2006). Durante el embarazo, la diabetes gestacional requiere de un tratamiento para normalizar los niveles de glucosa en la sangre de la madre, con el fin de evitar complicaciones en el bebé. Luego del embarazo, entre el 5 y el 10 por ciento de las mujeres que tuvieron diabetes gestacional desarrollan diabetes tipo 2 (ADA, 2006).

d) *Otros tipos de diabetes*; los cuales han sido asociadas con: *defectos genéticos de las células β* , caracterizados por la aparición de hiperglucemia a edad temprana y es conocida como diabetes juvenil; *defectos genéticos en la acción de la insulina*, en donde se encuentran anomalías metabólicas asociadas con mutaciones de los receptores de insulina que van desde hiperinsulinemia, hiperglucemia leve hasta diabetes grave; *enfermedades del páncreas exocrino*, que se relacionan con lesiones en el páncreas que dan origen a la aparición de la diabetes como lo son, pancreatitis, traumatismos, infecciones, pancreatectomía y carcinoma pancreático; *endocrinopatías*, cantidades excesivas de hormonas como cortisol, glucagón y adrenalina pueden ocasionar diabetes; *diabetes inducida por fármacos o sustancias químicas*, existen fármacos que pueden deteriorar la secreción de la insulina, precipitando la aparición de la diabetes en individuos con algún grado de resistencia a la insulina; por último, se han mencionado otros síndromes genéticos que algunas veces se asocian con la diabetes como son: *síndrome de Down*, *síndrome de Klinefelter* y *síndrome de Turner* (ADA, 2009).

Síntomas

Los síntomas de la diabetes son similares en los tipos 1 y 2, así como en la diabetes gestacional y entre ellos se encuentran: necesidad de orinar frecuentemente (poliuria), aumento en la sed (polidipsia), adelgazamiento a menudo asociado a polifagia, visión borrosa, fatiga, debilidad e irritabilidad; sin embargo la diabetes gestacional suele diagnosticarse por las pruebas realizadas durante los exámenes prenatales, más que por la manifestación de los síntomas (OMS, 2006; ADA, 2009).

Existen diferentes pruebas para detectar la diabetes una de ellas es la FPG (prueba de glucosa en el plasma en ayunas) tomando como referencia los siguientes lineamientos:

El nivel normal de glucosa en ayunas es menor a 100 mg/dl. La persona con prediabetes tiene un nivel de glucosa en la sangre en ayunas de entre 100 y 125 mg/dl. Si el nivel de glucosa en la sangre aumenta a 126 mg/dl o más, esa persona ha adquirido diabetes (ADA, 2007).

Otra prueba que puede ser utilizada para el diagnóstico de diabetes es la OGTT (Prueba oral de tolerancia a la glucosa), en la cual se mide el nivel de glucosa en la sangre después del ayuno y dos horas después de ingerir una bebida rica en glucosa. El nivel normal de glucosa en un análisis ocasional es menor a 140 mg/dl dos horas después de haber ingerido algún alimento rico en glucosa. En el caso de pre-diabetes, el nivel de glucosa en la sangre a las dos horas es de 140 a 199 mg/dl. Si el nivel de glucosa en la sangre, después de las dos horas, aumenta a 200 mg/dl o más, se diagnostica diabetes (ADA, 2007).

Complicaciones.

Una vez realizado el diagnóstico es importante mantener un control de la enfermedad debido a que cuando la diabetes no es controlada adecuadamente con los tratamientos prescritos, la enfermedad puede tornarse más grave y traer complicaciones. Según la Asociación Mexicana de Diabetes (AMD, 2008) las complicaciones se clasifican en:

a) Agudas: se presentan a corto plazo y son:

- Hipoglucemia. Disminución de glucosa en la sangre con aparición de síntomas como: temblor, nerviosismo, sudoración, angustia, taquicardia, hambre e irritabilidad.
- Cetoacidosis diabética. Es una alteración provocada por falta de insulina y por la consecuente utilización de otras sustancias (ácidos grasos) como fuente de energía.
- Coma Hiperosmolar. Se caracteriza por importantes elevaciones de glucosa en la sangre y deshidratación.

b) Crónicas: ocurren después de haber tenido una elevación crónica de glucosa en la sangre durante periodos prolongados y son:

- Retinopatía. Daños en los ojos que pueden llevar a la ceguera.
- Nefropatía. Problemas de riñones que pueden terminar en insuficiencia renal.
- Neuropatía. Problemas en la conducción nerviosa que se puede manifestar como falta de sensibilidad en extremidades (puede terminar en gangrena y amputaciones), problemas digestivos, impotencia.
- Complicaciones cardiovasculares. Aumento en la frecuencia de infartos cardíacos, derrames cerebrales y arteriosclerosis en general

La diabetes y sus complicaciones tienen importantes consecuencias económicas para los pacientes, sus familias, los sistemas de salud y los países (OMS, 2006). Los gastos sanitarios mundiales para tratar y prevenir la diabetes suman cientos de miles de millones de dólares cada año. Los mayores costos de la diabetes surgen de los fallecimientos prematuros y las discapacidades provocadas por sus complicaciones, que se podrían prevenir, como las cardíacas, renales, visuales y la enfermedad del pie (FDI, 2006). En 2007, se calcula que el mundo gastó al menos 232 miles de millones de dólares americanos en el tratamiento y la prevención de la diabetes y sus complicaciones. Para 2025, éste cálculo de mínimos superará los 302.5 miles de millones de dólares americanos (FID, 2006).

Sin embargo, resulta importante mencionar, que los máximos costos de la diabetes no son los cientos de miles de millones que se gastan en complicaciones, sino el sufrimiento que recae sobre las familias (muerte, discapacidad y estrés económico) ya que la diabetes no sólo afecta al paciente, sino a todos los miembros de la familia (FID, 2006).

Una forma de prevenir todos los gastos generados por esta enfermedad es que el paciente se someta a una continua asistencia médica y cumpla de manera adecuada con su tratamiento, el cual tiene como objetivo, aliviar los síntomas, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida, reducir la mortalidad por esta enfermedad por sus complicaciones y lograr un control glucémico que según la ADA, (2009) consiste en un porcentaje de hemoglobina

glucosilada (HbA1c) menor de 7 %, un nivel de glucosa en ayunas correspondiente a 80-125 mg/dl y menor de 140 mg/dl de una a dos horas después de comer.

Tratamiento.

El tratamiento para lograr estos objetivos consiste en: el plan alimenticio, actividad física, medicamentos orales, insulina y educación acerca de la enfermedad (ADA, 2007; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2005).

a) *Plan alimenticio:* la persona con diabetes debe trabajar estrechamente con su nutriólogo para conocer cuántas grasas, proteínas y carbohidratos necesita para su dieta, la cual se debe adaptar según la edad de cada paciente, el tipo de diabetes, el tratamiento farmacológico, niveles de lípidos, y otras condiciones médicas y debe centrarse en la reducción de la grasa saturada y colesterol.

Las personas con diabetes tipo 1 deben comer más o menos a la misma hora todos los días y tratar de ser coherentes con el tipo de alimentos que eligen. Esto ayuda a prevenir que los niveles de glucosa se eleven o bajen demasiado, mientras tanto, las personas con diabetes tipo 2 deben seguir una dieta bien balanceada y baja en grasas (ADA, 2007).

b) *Actividad física:* el ejercicio practicado en forma regular posee efectos benéficos para la persona con diabetes, es importante tomar en cuenta el estado de salud previo, la edad, el plan alimenticio, los horarios y el tipo de medicación. Durante el ejercicio, los músculos requieren de un aporte rápido y eficaz de energía adecuado para la contracción muscular, pasan de utilizar primordialmente ácidos grasos como fuente de energía a utilizar el glucógeno muscular y la glucosa circulante, para ello se requiere de un proceso metabólico coordinado por una serie de respuestas neurohormonales en las cuales se disminuyen la secreción de insulina y aumentan la secreción de las hormonas contrarreguladoras. Estos cambios condicionan al hígado para producir glucosa circulante mediante la neoglucogénesis y la glucogenólisis, activan la liberación de ácidos grasos por el tejido graso y la mayor captación muscular de la glucosa circulante. Durante el ejercicio el músculo puede captar y utilizar en cierto grado glucosa aún sin la ayuda de insulina, aumentando el

porcentaje de ocupación de los receptores de insulina, lo cual puede disminuir los requerimientos diarios de insulina o medicamentos orales (Veléz et al., 2006).

c) *Medicamentos*: a diferencia de la diabetes tipo 1 en la cual es necesaria la insulina, la diabetes tipo 2 puede responder al tratamiento con ejercicio, dieta y medicamentos orales.

Existen varios tipos de fármacos antidiabéticos orales utilizados señalados por la ADA (2009), para reducir el nivel de glucosa en la diabetes tipo 2 y se clasifican de la siguiente manera:

- Sulfonilureas que incrementan la producción de insulina por parte del páncreas.
- Tiazolidinedionas, ayudan a incrementar la sensibilidad de las células (respuesta) a la insulina.
- Medicamentos que retardan la absorción de la glucosa por parte del intestino, entre los cuales están la acarbosa y el miglitol
- Biguanidas, no requieren del tejido pancreático para ejercer su acción, aumentan la sensibilidad hepática a la insulina, suprimen la producción hepática de la glucosa, mejoran el transporte y captación de glucosa y mejoran el transporte y captación de glucosa periférica mediada por la insulina (Escalante, 2001).

d) *Insulina*: las personas con diabetes tipo 1 no pueden producir su propia insulina, por lo que necesitan inyecciones de insulina todos los días. La insulina se suministra mediante inyecciones que, por lo general, se requieren de una a cuatro veces por día (ADA, 2007).

La insulina es producida por células β en el páncreas y su función es ayudar al cuerpo a usar y a almacenar glucosa (azúcar), la cual se produce durante la digestión de los alimentos. La insulina se secreta hacia la sangre en cada comida, y permite al cuerpo usar la glucosa como energía para las funciones diarias básicas, como moverse y respirar. La insulina debe entregarse al torrente sanguíneo, y

usualmente se administra por medio de una inyección. Los médicos o las enfermeras deben enseñar a los pacientes cómo inyectarse insulina (AMA, 2007).

Muchas personas con diabetes se inyectan la insulina debajo de la piel del abdomen, mientras que otros prefieren el brazo o el muslo. Algunos pacientes con diabetes tipo 1 usan una “bomba” de insulina y requieren administrarse por vía parenteral (AMA, 2007).

Las personas con diabetes que necesitan insulina deben administrarla todos los días pues la necesitan para movilizar la glucosa de la sangre hacia los músculos donde se usa y necesitan suficiente insulina para utilizar la glucosa de los alimentos. La dosis de insulina para las comidas depende de la cantidad de carbohidratos consumidos por la persona (AMA, 2007).

e) *Educación en Diabetes*: la educación va encaminada al desarrollo de habilidades en la solución de problemas presentes a causa de la enfermedad del paciente, así mismo, debe incluir el asesoramiento de la dieta, ejercicio, y en algunos casos la intervención farmacológica, esto es, que los pacientes deben ser enseñados cómo utilizar los datos para ajustar la toma de comida, el ejercicio o la terapia farmacológica para alcanzar metas y glucemias específicas (ADA, 2007).

La educación es la piedra angular de la conducta clínica ante la diabetes. La educación diabetológica puede mejorar la conducta del paciente ante la enfermedad, el control de la glucemia y la adherencia a ciertos componentes de la atención médica (Barceló, Robles, White, Jadue y Vega, 2001).

Tanto el plan alimenticio, como la actividad física, medicamentos, insulina y la educación en diabetes son aspectos importantes e indispensables dentro del tratamiento, sin embargo no todos los pacientes cumplen con todos estos aspectos. Existen diferentes variables psicosociales que se han asociado al cumplimiento con el tratamiento o automanejo de la diabetes (Gatchel y Oordt, 2003; Glasgow et al., 1999; Gonder- Frederick, Cox y Ritterband, 2002; Williams, McGregor, Zeldman, Freedman y Decci, 2004), entre las más citadas están el conocimiento y las destrezas asociadas al manejo de la diabetes, la autoeficacia específica a la

diabetes, el locus de control interno, las creencias acerca de la salud, el bienestar emocional, la motivación, la disposición hacia el cambio y el malestar emocional causado por la falta de estilos de afrontamiento al estrés. En el siguiente capítulo se describirá de manera más detallada la relación entre el malestar emocional y la diabetes.

Capítulo 3. Malestar Emocional y Diabetes

El estrés acompaña al ser humano desde sus orígenes. A lo largo de milenios ha sido un inseparable estímulo para que las personas hayan logrado aprender de sus experiencias vividas (Mingote, Mingote, Mingote y Pérez, 2003) por lo que se ha convertido en uno de los conceptos más revolucionarios de la psicología y la medicina del siglo XX debido al protagonismo central que ha ocupado en el campo de la salud (Humpherey, 1998, en Caldera y Pullido, 2007).

Epidemiología.

Existe una fuerte incidencia de estrés, a nivel mundial uno de cada cuatro individuos sufre de algún problema grave de estrés. En países como Estados Unidos, el 70 por ciento de las consultas médicas son por problemas derivados del estrés y una cuarta parte de los medicamentos que se venden en ese país, son antidepresivos u otro tipo de drogas que afectan al sistema nervioso central (Caldera y Pullido, 2007). Se ha señalado a México como uno de los países con mayores niveles de estrés en el mundo, en razón de que presenta los principales factores que provocan esa enfermedad, tales como pobreza y cambios constantes de situación, además de que los cambios que se viven a nivel político y social y el elevado índice de pobreza que registra el país, provocan que la gente viva en constante tensión y depresión.

Definición

El concepto de estrés está relacionado con el vocablo inglés *strain*, el cual hace referencia a la tensión excesiva, conducente a comprimir y constreñir. En el caso de las ciencias biológicas se usa para describir las características fisiológicas de la respuesta corporal del estrés (Pérez, 2004); sin embargo, el significado del concepto ha sido utilizado desde diferentes perspectivas a lo largo del tiempo.

En un principio, la conceptualización del estrés se abordó desde una perspectiva biológica entendiéndolo como una respuesta del organismo, posteriormente apareció una nueva perspectiva, la psicológica, que lo definió como

un estímulo y finalmente aparece la teoría transaccional en donde se unen las perspectivas anteriores y se considera al estrés como una interacción entre el individuo y su ambiente (Holmes y Rahe, 1967; Lazarus y Folkman, 1986; Selye, 1925, en Mingote, Mingote, Mingote y Pérez, 2003). A continuación se describirán cada una de estas perspectivas, comenzando con los antecedentes históricos del concepto.

Antecedentes históricos.

Hipócrates fue el primero que planteó la presencia del estrés en la vida del hombre (Grau, Hernández y Vera, 2005); en el siglo XIV el término estrés se usaba para referirse a experiencias negativas y como sinónimo de dureza, tensión, angustia, opresión, adversidad o aflicción. Más tarde, en el siglo XVII la palabra fue utilizada en el contexto de la física por el biólogo Hock, en donde *load* era la entrada o la carga, *stress* era la fuerza en el interior del cuerpo y *strain* representaba la salida, es decir, era la deformación sufrida por el objeto (Hinckle, 1997 en Lazarus y Folkman, 1991). En este mismo siglo la palabra estrés fue utilizada frecuentemente para expresar el sufrimiento, la privación, las pruebas, calamidades y adversidades que tenían que padecer las personas (Selye, 1956, en Pérez, 2004)

Bernard (1859, en Grau et al., 2005) introdujo el término en la medicina, refiriéndose al estrés como un proceso activo de resistencia y considerando a la enfermedad como resultado de los intentos insuficientes del organismo para restablecer un equilibrio mediante respuestas adaptativas a los agentes ofensores.

Retomando la idea de Bernard, Canon (1911, en Mingote et al., 2003) se refiere al estrés como todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores, es decir, se trata de la evaluación rápida de una amenaza resultante del significado atribuido a cada situación por un individuo particular.

Sin embargo, el estudio científico del estrés comenzó con los trabajos de Selye (1925, en Mingote et al., 2003) quién, basándose en la observación de reacciones en cadena generadas por el organismo ante situaciones que requerían de una súbita

adaptación, desarrolló la teoría del síndrome general de adaptación, en donde entendió al estrés como la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos, y describió tres fases de su teoría: alarma, adaptación y agotamiento.

En la *fase de alarma* el individuo percibe un estrés físico o mental, y se inicia la respuesta de lucha o huida (Lewis, Heitkemper y Dirksen, 2004). El cerebro envía señales químicas que activan la secreción de catecolaminas y glucocorticoides, las primeras aceleran el ritmo cardíaco, elevan los niveles de glucosa en la sangre y aumentan la presión sanguínea y los segundos operan en la sangre actuando catabólicamente como consecuencia de la situación estresante incrementando el potencial de energía del organismo. Tanto las catecolaminas como los glucocorticoides ejercen funciones inmuno-moduladoras que intervienen en el funcionamiento del sistema inmunológico; pues en su intento por restablecer la homeostasis del organismo y hacer frente a la situación de estrés, inhiben el funcionamiento de los sistemas con mayor gasto energético, dejando al organismo expuesto a la acción de agentes infecciosos del ambiente, volviéndolo más susceptible a padecer enfermedades (González y Escobar, 2006).

La *fase de resistencia* se caracteriza por la vuelta del organismo a la función normal. Todos los efectos físicos de la reacción de alarma han desaparecido y la persona afronta la situación. Muchos factores contribuyen a la capacidad de afrontamiento, como la salud física y mental, la educación, las experiencias y los sistemas de apoyo, que incluyen familia, amigos y compañeros (Markenson, 2007), sin embargo, cuando los recursos no son suficientes, el individuo puede pasar a la siguiente fase (Lewis et al., 2004).

La *fase de extenuación* aparece cuando la exposición al factor estresante es prolongada o dicho factor es especialmente grave. Llegando este punto, se pierde la capacidad de adaptarse o de resistir el factor estresante, por lo que puede que la persona desarrolle una enfermedad grave, que la puede llevar incluso a la muerte, por fortuna, es poco probable que la gente llegué a esta fase (Markenson, 2007).

La perspectiva desde la cual Selye (en Roa, 1995) aborda el estrés se limita únicamente al aspecto biológico y ve al estrés sólo como respuesta. Una segunda perspectiva propone el estudio de los estímulos o eventos desencadenadores de la respuesta de estrés, esta propuesta se enmarca dentro de la teoría de los sucesos vitales de Holmes y Rahe (1967, en Oblitas, 2006) quienes conceptualizan al estrés como un estímulo o acontecimiento que altera el equilibrio homeostático del individuo.

La teoría de los sucesos vitales parte de una serie de supuestos: a) todo cambio vital es de por sí estresante; b) los eventos vitales han de ser importantes para producir estrés y c) el estrés psicológico resultante es un factor primordial en la aparición de trastornos y enfermedades (Grau et al., 2005). En esta nueva teoría se asocia al estrés a circunstancias o acontecimientos externos al sujeto que son dañinos, amenazadores o ambiguos, que pueden alterar el funcionamiento del organismo y/o el bienestar e integridad psicológica de la persona (Trianes, 2002). Estos acontecimientos pueden ser entendidos también como sucesos vitales y pueden definirse como aquellos eventos que requieren un reajuste sustancial, es decir, un cierto nivel de cambio en la conducta de la persona, lo que los lleva a convertirse en situaciones generadoras de estrés (Sandín, 2003).

Se ha realizado una clasificación de las situaciones causantes de estrés dentro de las cuales se han incluido: estresores físicos, psicológicos y sociales (Casals, 2005). Respecto a los estresores físicos, estos, se clasifican en tres clases: a) cualquier actividad corporal causa estrés ya que el organismo debe de tener a disposición una mayor cantidad de energía para realizar el esfuerzo exigido; b) condicionamientos físicos que obligan a tener una reacción de estrés como calor elevado, estímulos ópticos, frío, heridas mecánicas, etc., y c) procesos corporales que deben ser respondidos con el estrés, como bacterias, virus, sustancias tóxicas o sensaciones de dolor que exigen una reacción general de acomodación del cuerpo (Lazarus y Folkman, 1991). Por otra parte, los estresores psicológicos comprenden todas las emociones, como la frustración, la ira, los celos, el miedo, los sentimientos de inferioridad, etc. Finalmente los estresores sociales son aquellos que provienen de la interacción con las demás personas: los conflictos con otros individuos constituyen una gran fuente de estrés (Casals, 2005).

Se ha realizado una diferenciación entre los estresores sociales crónicos y los estresores sociales cotidianos; los primeros consisten en problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que la mayor parte de la gente experimenta en su vida diaria. Muchos de los estresores crónicos se relacionan con los principales roles sociales (Sandín, 2003), y se han clasificado de la siguiente manera: a) por sobrecarga de roles, se presentan cuando las demandas exceden las capacidades del individuo; b) conflictos interpersonales en conjuntos de roles, es una modalidad de estrés crónico que aparece en formas diferentes, siempre conlleva problemas y dificultades que se originan entre personas que interactúan entre sí en conjunto de roles complementarios, tales como esposa y esposo; c) conflictos entre roles, estos se producen cuando existen demandas incompatibles entre diversos roles, como por ejemplo entre las demandas laborales y familiares; d) por cautividad de rol, se presentan cuando una persona no está dispuesta a llevar a cabo un rol que les incumbe, ejemplo de ello pueden ser las amas de casa o jubilados que prefieren un trabajo fuera de casa, y e) por reestructuración de rol se refiere al producido por los cambios asociados a la evolución del propio rol (Pearlin, 1989, en Sandín, 2003). Wheaton (1996, en Sandín, 2003) resalta dos formas más de estrés crónico. Una estaría asociada a estresores de falta de ocupación de rol, como esperar un hijo cuando no se ha podido tener. La otra forma de estrés crónico es la que viene determinada por estresores que definen un nuevo rol, como una enfermedad crónica de larga duración.

Por otra parte, los estresores sociales cotidianos implican la existencia de sucesos concretos (discretos), con un comienzo y un final que pueden delimitarse con cierta precisión, y suelen tener una duración relativamente breve, ejemplo de ello puede ser, llegar tarde a una cita importante, no encontrar un documento importante, quedarse sin dinero temporalmente, etc.(Sandín, 2003).

También se encuentran los estresores biológicos que son estímulos que se convierten en estresores por su capacidad para producir cambios bioquímicos o eléctricos en el organismo que suscitan por sí mismos la respuesta de estrés; y los psicosociales que atribuyen a situaciones que no causan directamente la respuesta de estrés, sino que se convierten en estresores a través de la interpretación cognitiva o del significado que la persona le asigna (Everly. 1989).

Labrador (1995, en Grau et al., 2005), menciona un grupo de características que pueden determinar la condición estresante de una situación, entre estas se encuentran: el cambio novedad de la situación, falta de información de lo que está pasando, predictibilidad, incertidumbre, inminencia y ambigüedad de la situación estresora, falta de habilidades y conductas para enfrentar y manejar la situación, alteración de condiciones biológicas del organismo y duración de la situación estresante.

Por lo tanto, se puede decir que un punto importante que determina el carácter estresante de una situación tiene que ver con la valoración cognitiva que se haga de la situación (Grau et al., 2005). Este punto representa un antecedente importante para el surgimiento de una tercer perspectiva desde la cual se aborda el estrés, la perspectiva transaccional, en la cual se integra la consideración del estrés como estímulo y como respuesta entendiéndolo como una relación que se establece entre la persona y el ambiente, en donde este debe ser percibido como una amenaza (Lazarus y Folkman, 1986).

De acuerdo con la teoría transaccional la evaluación cognitiva representa un aspecto central en la explicación del estrés, mediante este proceso la persona evalúa las demandas de la situación y realiza cambios en la forma de actuar, no en función de cómo es la situación en sí, sino en función de cómo la valora.

Los principios de la evaluación cognitiva radican en que la conducta y sus efectos emocionales están determinados por las cogniciones, hipótesis, valores, percepción, creencias, vulnerabilidad, factores situacionales como novedad, control, predictibilidad, incertidumbre, inminencia, duración y ambigüedad, lo que empuja al empleo de variables cognitivas y por lo tanto a la conceptualización del estrés como proceso dependiente de los significados para el sujeto (Lazarus y Folkman, 1991).

Lazarus y Folkman (1986) plantean tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación. La evaluación primaria se produce en cada transacción (o encuentro) con algún tipo de demanda externa o interna y puede dar lugar a tres modalidades de evaluación: a) irrelevante, cuando las demandas del entorno no conllevan implicaciones para la persona; b) benigno-positivo, cuando se evalúan las

demandas del medio como favorables para lograr o mantener el bienestar personal, y c) estresante, que a su vez puede ser de tres tipos: daño o pérdida, amenaza y desafío. La evaluación secundaria se refiere a la evaluación de los propios recursos para afrontar la situación y finalmente la reevaluación implica una retroalimentación y permite realizar correcciones respecto a valoraciones anteriores.

Otro aspecto importante dentro del modelo transaccional del estrés son las estrategias de afrontamiento caracterizadas por aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991). La función del afrontamiento es identificar aquellos elementos que intervienen en la relación que se da entre situaciones estresantes de la vida y sin síntomas de enfermedad y a su vez actúa como regulador de la perturbación emocional (Casaretto et al., 2003).

Existe una distinción entre estrategias y estilos de afrontamiento, las primeras se refieren a procesos concretos que se utilizan en los diferentes contextos y pueden cambiar en función de los estímulos que actúen en cada momento (Fernández, 1997); por otra parte, los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son las que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional (Cassaretto et al., 2003).

Lazarus y Folkman (1986), plantean dos estilos de afrontamiento, el centrado en el problema y aquel centrado en la emoción. El primero de ellos generalmente se enfoca en la búsqueda de soluciones alternativas y en la consideración de tales alternativas con base en su costo y beneficio. Este tipo de afrontamiento engloba un conjunto de estrategias más amplio, ya que la resolución de un problema implica un objetivo, así como, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno. Existen dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema, las que hacen referencia al entorno y las que refieren a la persona; en el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos etc., y en el segundo grupo se encuentran aquellas encargadas de los cambios motivacionales o cognoscitivos, como la variación del nivel de las

aspiraciones, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos o aprendizajes nuevos (Lazarus y Folkman, 1991; Scheier, Carver y Bridges, 1994; Steptone, 1991; Taylor, Peplau y Sears, 2000).

El enfrentamiento centrado en la emoción es utilizado por el individuo para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no le afectara (Lazarus y Folkman, 1991). De acuerdo con la medicina somática el reconocimiento o la expresión inapropiada de las emociones puede ser generador de enfermedades, pero también puede resultar adaptativa en algunos casos, todo depende de la naturaleza de la situación y de cómo son medidas las respuestas fisiológicas, así como las características de personalidad y las diferencias individuales. Una forma de enfrentamiento centrado en la emoción es a través de los procesos cognoscitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional incluyendo estrategias como el escape o evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a lo negativo. Otra forma de afrontamiento cognoscitivo tiene que ver con la reevaluación o revalorización, su función consiste en atenuar la amenaza consiguiendo cambiar el significado de la situación (Lazarus y Folkman, 1991; Scheier, Carver y Bridges, 1994; Steptone, 1991; Taylor, Peplau y Sears, 2000). Dentro de este estilo también se pueden encontrar estrategias como la aceptación de la responsabilidad, el autocontrol y la búsqueda de apoyo social (Lazarus y Folkman, 1986).

Además de las estrategias que se utilizan dentro de los estilos de afrontamiento anteriormente mencionados Carver, Scheier y Weintraub (1989 en Cassaretto et al., 2003) amplían el panorama presentando quince estrategias: el afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades competitivas, la postergación de afrontamiento, el soporte social instrumental y emocional, la reinterpretación positiva, la aceptación, la negación, el acudir a la religión, la expresión de las emociones, el uso de alcohol y drogas y el compromiso conductual y cognitivo.

Una vez que se ha hablado de los estilos y estrategias resulta importante hablar de los recursos de afrontamiento, definidos como aquellas características o acciones encaminadas a controlar el estrés (Mantik et al., 2004). Lazarus y Folkman (1991) identificaron dos categorías de recursos de afrontamiento, recursos individuales (internos) y recursos ambientales (externos).

Los recursos individuales incluyen recursos físicos y psicológicos. La salud y la energía son ejemplos de recursos físicos, por otra parte, los recursos psicológicos involucran las creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza, favorecen el enfrentamiento en las condiciones más adversas, y las aptitudes de resolución de problemas que incluirán habilidades para conseguir información, analizar situaciones, examinar posibilidades, alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseables y elegir un plan de acción apropiado.

Los recursos ambientales se conforman por recursos sociales y materiales. Los primeros involucran habilidades sociales y apoyo social; las habilidades sociales están relacionadas con la capacidad de la persona para comunicarse y actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva facilitando la resolución de los problemas en coordinación con otras personas; y por otro lado el apoyo social implica el apoyo emocional, informativo e instrumental. Respecto a los recursos materiales, estos hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Se ha referido que los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de enfrentamiento en la mayoría de las situaciones estresantes puesto que proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo, así mismo puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza facilitando el enfrentamiento efectivo (Lazarus y Folkman, 1991).

Aún cuando la persona cuente con diferentes recursos para hacer frente a las demandas de la vida, existen factores personales que pueden limitar la utilización de estos recursos como son las creencias, valores, tolerancia a la ambigüedad, miedo al fracaso, así como el grado de amenaza percibida (Grau, Hernández y Vera, 2005).

De acuerdo con las tres perspectivas desde las cuales se ha abordado el estrés (respuesta, estímulo y transacción), un punto importante a considerar es que no todo tipo de estrés es perjudicial para la salud, puesto que todo individuo para responder a las exigencias de la vida cotidiana requiere de una determinada cantidad de estrés que le facilite la búsqueda de bienestar y realización personal, a este nivel se le denomina eustres y se define como una situación en la que la buena forma física y el bienestar mental facilitan que el cuerpo en su conjunto adquiera y desarrolle su máximo potencial; por otra parte, existe un tipo de estrés muy habitual, que lejos de ser saludable, resulta nocivo para la salud y provoca una sensación incómoda de malestar y se ha identificado como *distress*, reconocido en la lengua española como malestar emocional (Oros de Sapira y Neifert, 2006).

Malestar emocional (distress)

El *distress* se refiere a un tipo de estrés destructivo que puede generar angustia, dolor o ambos. Es importante mencionar que en el lenguaje castellano el término *distress* no existe, por lo que al estrés negativo se le ha reconocido como malestar emocional. Neidhardt et al. (1989 en Oros de Sapira y Neifert, 2006) afirman que el malestar emocional afecta negativamente tanto al organismo como a la mente, manifestando una disminución en los recursos que dispone todo individuo para su afrontamiento.

A pesar de la diferenciación que se ha hecho del estrés positivo y negativo, la mayoría de las veces se hace una generalización de todo proceso de estrés como negativo, es decir, siempre se utiliza el vocablo “estrés” de manera general, cuando en realidad se habla de estrés negativo o malestar emocional, esto ha llevado a convertir al estrés positivo y negativo en meros sinónimos, por lo que la mayoría de los autores que estudian el malestar emocional lo hacen mediante el término estrés y son pocos los que marcan la diferencia entre las dos expresiones (Peiró, 1993).

Es importante mencionar que la vivencia del estrés como positivo o negativo va a depender de la valoración que realiza el individuo de las demandas de la situación y de sus propias capacidades para hacer frente a las mismas (Olga y Terry, 1997 en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). A su vez, está determinada en gran

medida por factores tales como, la herencia, antecedentes de enfermedades anteriores, salud física y mental, alimentación, contexto profesional y social, así como también el perfil de personalidad, mismos que influyen considerablemente en su sintomatología.

Síntomas del estrés.

Existe una variedad de signos y síntomas asociados al estrés los cuales pueden clasificarse en físicos y psicológicos. Dentro de los primeros pueden encontrarse dolores de cabeza, fatiga, intranquilidad, perturbaciones en el sueño, así mismo, puede presentarse tensión muscular, problemas gastrointestinales, dolores estomacales, problemas digestivos e incremento en la frecuencia cardíaca y presión sanguínea (Frank et al., 2003).

Respecto a los síntomas psicológicos estos pueden manifestarse mediante reacciones cognitivas, emocionales y conductuales. En el área cognoscitiva puede presentarse un decremento en la concentración y atención, aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria a corto y largo plazo, cambios en la velocidad de respuesta, aumento en la frecuencia de errores con decisiones inciertas, deterioro de la capacidad de organización y planeación a largo plazo, pérdida de objetividad y capacidad crítica, los patrones de pensamiento pueden volverse confusos e irracionales (Fontana, 1992, en Grau, et al., 2005). Las reacciones emocionales incluyen, aumento de la tensión, disminución de la capacidad para relajarse y detener preocupaciones ansiosas, aumento de hipocondría, cambios en rasgos de personalidad y preocupación por la apariencia física, aumento de explosiones emocionales, depresión del ánimo y sensación de impotencia e incontrolabilidad de los propios actos, pérdida de autoestima con sentimientos de incompetencia (Fontana, 1992, en Grau et al., 2005); también puede presentarse nerviosismo, ira, irritabilidad, confusión, impotencia, sentimientos de soledad y depresión (Frank et al, 2003). Finalmente los síntomas conductuales pueden manifestarse mediante problemas en la comunicación y el habla, disminución del interés y entusiasmo por objetivos y metas vitales, disminución de pasatiempos, aumento del ausentismo e impuntualidad en el trabajo, aumento en el consumo de drogas y sustancias psicoactivas, descenso en los niveles de energía,

alteración en los patrones de sueño, aparición de patrones de conductas extrañas y amenazas de daño autoinfligido (Fontana, 1992, en Grau et al., 2005).

La aparición y permanencia de estos síntomas puede dar origen a diferentes enfermedades en el individuo, pues se ha mencionado que de 50 a 75 por ciento de todas las enfermedades y accidentes del hombre moderno se relacionan con el estrés (Grau, 1998 y Hernández, 2003, en Grau et al., 2005).

Estrés asociado a la salud y enfermedad

La asociación entre estrés y enfermedad se menciona desde los primeros trabajos de Selye y su descripción del síndrome general de adaptación. Un estado de funcionamiento idóneo del organismo mantiene un equilibrio homeostático, cuando existe una alteración prolongada en este equilibrio, pueden desencadenarse manifestaciones sintomáticas de orden fisiológico y/o psicológico produciendo la aparición de enfermedades (Rivera, 1980 en Morera y González de Rivera, 1983).

Por otra parte, retomando la idea del estrés como un agente positivo y/o negativo se ha hablado de un continuo estrés-salud enfermedad que puede describirse como un círculo vital el cual define a la salud como un estado positivo de bienestar donde el estrés se configura y se vive como una situación de creatividad y actividad efectiva, pero que puede dar paso a la utilización de estilos disfuncionales de afrontamiento del estrés y llegar a producir alteraciones psicobiológicas asintomáticas prolongadas conduciendo a la aparición de enfermedades (Mingote et al., 2003).

La relación entre el estrés y la enfermedad puede observarse desde dos puntos, el primero considerando el estrés como agente causal o coadyudante en la génesis y desarrollo de la enfermedad; y el segundo considerado la enfermedad como acontecimiento productor del estrés en la persona (Steptone y Ayers, 2004; Rodríguez, 2001). En el primer caso, se ha retomado un concepto importante, el de alostasis, que se refiere a la posibilidad de que se produzcan cambios fisiológicos relevantes con el fin de mantener la homeostasis frente a la demanda de aumento de la actividad (Sterling y Eyer, 1995); este sistema alostático se pone en marcha

por la acumulación de distintos acontecimientos aversivos que dan lugar al desgaste de los tejidos y órganos, provocando, a largo plazo, la enfermedad (McEwen, 1995).

La relación entre estrés y enfermedad también está basada en los cambios fisiológicos, pues se ha observado que la liberación de catecolaminas y corticosteroides ante la reacción del estrés tienen efectos negativos sobre el sistema cardiovascular, conduciendo a la formación de placas de ateroma en la pared de los vasos, reduciendo el calibre de las arterias y produciendo cardiopatía isquémica, que se manifiesta principalmente como angina de pecho o infarto de miocardio. También se ha observado que el estrés y el mantenimiento de niveles circulantes elevados de glucocorticoides y catecolaminas conllevan a la supresión del funcionamiento del sistema inmune, con el consecuente aumento en la susceptibilidad para contraer infecciones y de prolongar la duración de las enfermedades infecciosas y el tiempo de cicatrización de heridas (Frank et al., 2003; Glaser, 2005; Sternberg, 2001). Lo mencionado anteriormente, ha sido demostrado en diferentes estudios en donde se ha reportado que la incapacidad del organismo humano para controlar los estresores sociales y psicológicos pueden llevarlo al desarrollo de alteraciones cardiovasculares, hipertensión, úlcera péptica, dolores musculares, asma, jaquecas, pérdida de la calidad de vida, depresión y otros problemas de salud (Cockerham, 2001; Siegrist, Siegrist y Weber, 1986; Turner Wheaton y Lloyd, 1995).

Es importante aclarar que la asociación entre estrés y enfermedad no sólo se da directamente por la respuesta fisiológica, sino también a través de una ruta indirecta, afectando la conducta del individuo. En referencia a esto, se ha demostrado que las personas que experimentan estrés tienden a realizar comportamientos dañinos para su salud, como patrones de sueño alterados, malnutrición o desnutrición, sedentarismo, consumo excesivo de drogas y abuso de alcohol; potenciando los efectos adversos del estrés sobre el funcionamiento inmunológico y sus repercusiones sobre la salud (González y Escobar, 2006).

Respecto a la consideración de la enfermedad como suceso causante de estrés, existen diferentes factores que propician su carácter estresante, entre los cuales se pueden mencionar: su duración (aguda/crónica), su forma de aparición

(repentina e inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta o insidiosa), su intensidad, gravedad y las etapas del proceso de la enfermedad (Rodríguez, 2001).

Otro aspecto que determina a la enfermedad como situación de estrés, es que se ha considerado como un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico y/o psicológico y/o social de una persona y que puede llegar a conducir a la muerte. Además de ello, en la mayoría de las sociedades y culturas se otorga a la salud un valor muy alto, por lo tanto, la aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento estresante, produciendo un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, generando con ello una situación de desequilibrio, lo que da lugar al estrés (Rodríguez, 2001).

De acuerdo con lo anterior se ha referido que las enfermedades crónicas son las que causan mayor estrés en los pacientes, debido a su carácter crónico así como por las demandas hacia el paciente para la modificación de sus estilos de vida y adaptación a su enfermedad (Vinaccia y Orozco, 2005).

Las investigaciones que se han realizado respecto al estrés en enfermos crónicos refieren que el estrés está presente desde el momento en que se recibe el diagnóstico y éste puede manifestarse con frecuencia en estados emocionales negativos entre los cuales la ansiedad y la depresión son los más habituales (Forner, Guerrero, Gilabert y Rojo, 2002); sin embargo, existen otras manifestaciones emocionales como son la culpa, desamparo, desesperación, vergüenza, disgusto, ira y otros estados afectivos negativos que también han servido para evaluar el estrés asociado a la enfermedad (Rodríguez, 2001).

Estrés asociado a la diabetes.

En la actualidad, la diabetes es una de las enfermedades crónicas que ha sido considerablemente asociada con el estrés emocional, y su relación se ha estudiado desde dos perspectivas, en primer lugar considerando al estrés como un factor de riesgo importante en el desarrollo de la enfermedad (Meland, Shirom, Toker y

shapira 2006), en segundo lugar se han realizado estudios sobre la diabetes como suceso estresante (Garay et al., 2000; Peyrote et al., 1999).

Estrés como factor de riesgo: Respecto al estrés como factor de riesgo para la diabetes, se han realizado diferentes estudios aplicados en animales en donde se ha reportado que situaciones estresantes pueden inducir a altos niveles de glucemia, sin embargo son pocos los estudios que han demostrado estos resultados en seres humanos (Surwit y Schneider, 1993, en Meland et al., 2006).

Otra forma de entender al estrés es mediante el agotamiento vital y se ha encontrado que características relacionadas con este agotamiento como sentimientos de cansancio excesivo, carencia de energía, irritabilidad y hostilidad, están asociados con el desarrollo del síndrome de resistencia a la insulina representando un riesgo para la diabetes tipo 2 (Raikkonen et al., 1999).

Sin embargo, es importante aclarar que no todos los estudios han demostrado una asociación entre el estrés y el desarrollo de diabetes y muchos de los estudios que lo han hecho han trabajado con un número pequeño de individuos o han carecido de controles adecuados (Cosgrove, 2004). Específicamente en la diabetes tipo 1 la asociación entre los sucesos estresantes y el desarrollo de la enfermedad no ha quedado comprobada (Meland et al., 2006; Surwit et al., 2002).

Estrés como respuesta a la diabetes: Respecto al estudio que se ha hecho sobre la diabetes como suceso de estrés, diferentes variables se han asociado con la presencia del estrés en el paciente con diabetes como son, el impacto del diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad, el cambio en el estilo de vida, control glucémico, el apoyo social, entre otras (Hains et al., 2001; Polosky, 2005; Snoek, 1999);

Polonsky (1995), integró estas variables en un sólo concepto al que denominó malestar emocional y lo definió como el grado de conflicto psicológico asociado a los cambios derivados de la enfermedad que el paciente con diabetes tipo 2 experimenta, caracterizado por la presencia de emociones negativas constantes

asociadas a problemas relacionados con el tratamiento, al plan alimenticio, a la relación con el médico y a la falta de apoyo social.

En un estudio dirigido a personas con diabetes tipo 1 y 2 para detectar las actitudes deseos y necesidades respecto a su diabetes (estudio DAWN) se reportó que de las 5104 personas entrevistadas el 85.2 por ciento presentó malestar emocional como respuesta al diagnóstico, experimentando sobresalto, culpa, enfado, ansiedad, depresión e impotencia; posterior al diagnóstico el malestar permanece reflejando el miedo a futuras complicaciones así como cargas psicológicas y sociales, el 73.6 por ciento de los entrevistados en el estudio reportaron al menos uno de estos miedos o cargas; así mismo se reportó que la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 1 y 2 experimentan problemas psicológicos el 67.9 y el 65.6 por ciento respectivamente (Skovlund y Peyrot, 2005).

Otro estudio para detectar la presencia de estrés en pacientes con diabetes tipo 2, se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco, el estudio tuvo como objetivo describir las características psicosociales de los pacientes, se encontraron altos niveles de estrés en el 26 por ciento de la población estudiada (Colunga, García de Alba, González y Salazar, 2008).

La presencia de estrés en el paciente con diabetes puede resultar perjudicial debido a los efectos negativos que tienen sobre la salud al obstaculizar las estrategias de afrontamiento (Atkins, 2004, en Lazcano y Salazar, 2006). Afectando también el proceso cognitivo de adaptación, a través de los conductos cognitivo-emotivos, perturbando las habilidades en la solución de problemas, juicio, emoción, búsqueda de resultados, creatividad y manejo de situaciones (Roy y Andrews, 1999, en Lazcano y Salazar, 2006).

De acuerdo a la literatura revisada se ha encontrado que los mecanismos por los cuales las experiencias de estrés afectan el nivel de control metabólico del paciente con diabetes pueden ser mediante dos vías, una directa (a través del efecto fisiológico del sistema neuroendocrino) y otra indirecta (a través del cambio en las conductas de salud que el paciente lleva a cabo cuando se encuentra estresado (Garay et al., 2000; Peyrote et al., 1999; Surwit et al., 2002).

Los estudios que se han realizado sobre la relación directa del estrés y control metabólico, se han enfocado especialmente en niños y adolescentes con diabetes tipo 1 y son menos los estudios en pacientes adultos con diabetes tipo 2. Además, muchos de estos estudios no han podido determinar el tipo o gravedad de estrés que pueda influir en los cambios en el control glucémico de los pacientes y tampoco han podido identificar el papel que algunos factores realizan para mediar el impacto del estrés en el control glucémico (Lloyd, Smith y Weinger, 2005)

Algunos estudios han señalado que el efecto del estrés sobre el metabolismo en pacientes con diabetes tipo 1 es idiosincrásico, pero consistente en cada sujeto, y no resulta necesariamente en hiperglucemia (Carter, Gonder-Frederick, Cox, Clarke y Scott, 1985). Esto puede deberse a que según Gonder-Frederick et al. (1990) la reacción fisiológica del estrés cambia dependiendo de las características o naturaleza del o los estresores implicados.

Lloyd et al. (1999) encontraron que diferentes tipos de estresores generan diferentes niveles de control, aquellos pacientes que a lo largo de un año experimentaron una mayor proporción de experiencias de estrés tuvieron un deterioro en su nivel de control metabólico, mientras que aquellos que vivieron experiencias positivas incrementaron su control presentando niveles de glucosa en sangre más cercanos al ideal. El estrés incluyó conflictos interpersonales, muerte de alguien cercano, problemas económicos; mientras que los estresores positivos incluyeron bodas, nacimiento de un hijo o un cambio de empleo deseado.

Un problema común en muchas investigaciones que buscan la relación entre estrés y control metabólico es que enfocan su estudio en eventos estresantes de alto impacto dejando de lado aquellos pequeños estresores que generan una menor respuesta de estrés, pero cuya acumulación a lo largo de los días genera consecuencias a largo plazo en la salud del individuo (Lloyd et al., 2005).

Además de las situaciones estresantes que la mayor parte de los seres humanos viven diariamente, específicamente en el paciente con diabetes, se han identificado una serie de situaciones y eventos específicos que pueden ser generadores de estrés; estos estresores se han clasificado en tres grandes grupos

que incluyen: 1) asociados a los síntomas y al tratamiento, 2) relacionados con la falta de apoyo familiar y del equipo de salud; y 3) asociados a emociones negativas (Polonsky et al., 1995; Smith, 2002).

Respecto a los problemas relacionados con el tratamiento se han señalado aquellos cambios conductuales que el paciente con diabetes debe realizar para obtener las metas del tratamiento. Hunter, Hamera, O'Connell y Heilman (1985) informaron que 92 de los 100 sujetos que tomaron parte en su estudio informaron sentir algún grado de estrés con su régimen de tratamiento. Dentro de los estresores asociados al tratamiento también se encuentran los efectos secundarios que los distintos componentes del mismo suelen generar. Algunos pacientes con diabetes, sobre todo aquellos con diabetes tipo 1 que utilizan regularmente dosis de insulina, desarrollan un temor intenso a que su nivel de glucosa en sangre disminuya más allá de los límites normales (hipoglucemia debido a las consecuencias aversivas, físicas, cognitivas, motoras y sociales que este conlleva (Gonder-Frederick, Cox, Driesen y Clarke, 1992; Snoek, Scholtes y Heine, 1991).

Otro estresor común incluye la dificultad para diferenciar entre diferentes tipos de síntomas (Cox, Irvine, Gonder-Frederick, Nowacek y Butterfield, 1987). Muchos pacientes con diabetes que carecen de la adecuada información confunden los síntomas asociados al aumento de glucosa en sangre (hiperglucemia) con los de la hipoglucemia descritos anteriormente. El impacto de esta confusión no sólo se da a nivel emocional, sino que tendrá como consecuencias acciones equivocadas para afrontar estos síntomas.

Respecto a los estresores relacionados con la falta de apoyo social y del equipo de salud, el paciente con diabetes se enfrenta a una serie de cambios en su medio familiar y social. Algunas de ellas incluyen la presión de familia, amigos y compañeros de trabajo para realizar conductas distintas a las sugeridas para controlar su nivel de glucosa (Viner et al., 1996). Otro factor importante es el estigma de estar enfermo y considerarse diferente a los demás, así también enfrentarse al desconocimiento y las ideas erróneas de la población general con respecto a la diabetes (Méndez y Belendez, 1994).

Existe un tercer grupo de estresores que incluye la presencia de emociones negativas asociadas a la enfermedad; en primer término los sentimientos de frustración que muchos pacientes presentan cuando a pesar de realizar la mayor parte de las conductas de tratamiento, presentan índices elevados de glucosas en algunas mediciones (Demas y Wylie-Rosett, 1990).

Aunado a lo anterior, se ha mencionado que los sentimientos de enojo, tristeza y preocupación relacionados con la posible presencia de complicaciones en el futuro y de muerte prematura son emociones comunes en los pacientes con diabetes (La Greca et al., 1991), la incertidumbre sobre las posibles complicaciones futuras y los sentimientos de frustración ante niveles altos de glucemia inexplicados.

Con referencia a la relación indirecta del estrés y la diabetes, existen estudios que han demostrado que las reacciones emocionales como la ansiedad y la tristeza que el paciente experimenta ante estresores externos pueden generar cambios en el nivel de actividad física, menor seguimiento del plan alimenticio y de la toma de medicamentos obteniendo como consecuencia altos niveles de glucosa en la sangre (Albright, Parchman y Burge, 2001; Lin et al., 2004). Piña y Torres, (2008) realizaron un estudio en el Instituto mexicano de Seguridad Social en Hermosillo México, con 225 mujeres con diagnóstico de diabetes tipo 2 en donde reportaron que niveles bajos de estrés facilitan la adherencia a la toma de medicamento para la diabetes.

Así mismo se ha demostrado que las experiencias estresantes pueden aumentar la probabilidad de que el paciente lleve a cabo conductas no saludables como el consumo de tabaco y alcohol que dificultan aún más el control de la diabetes (Spangler, Summerson, Bell y Konen, 2001).

Es importante aclarar que los efectos del estrés sobre el paciente varían dependiendo de la frecuencia e intensidad en que se den las situaciones y lo más importante es el significado que tienen para la persona ya que esto es lo que determina el estado de salud (Johnson, Sarason, 1979 en Garay et al., 2000), debido a esto, aún cuando se ha reportado la presencia de estrés en el transcurso de la enfermedad los efectos de este no se pueden generalizar puesto que cada

persona responde de diferente manera ante situaciones estresantes (Garay et al., 2000).

A partir de los datos obtenidos en los estudios sobre la relación entre el estrés y la diabetes se ha sugerido incluir el entrenamiento en el manejo de estrés como una opción en el tratamiento del paciente con diabetes tipo 2 (Garay et al., 2000; Lazcano y Salazar, 2006; Lloyd et al., 1999; Surwit et al., 2002).

Evaluación del estrés asociado a la diabetes.

Se han utilizado diferentes instrumentos para evaluar la presencia de estrés en la diabetes dentro de las cuales se encuentran: la Escala de Estrés Percibido (PSS) de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) que es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, fue validado en población mexicana por González y Landero (2007b), el instrumento consta de 14 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos. El instrumento evalúa el estrés en general y no específicamente asociado a la diabetes.

Otro instrumento utilizado es el Questionnaire on Stress in Patients with Diabetes – Revised (QSD-R) de Herschbach et al. (1997). Este instrumento fue desarrollado para evaluar el estrés psicológico asociado a los problemas de la vida diaria en pacientes con diabetes. La versión revisada contiene 45 preguntas que describen situaciones comunes de estrés en pacientes con diabetes tipo 1 o tipo 2. Consta de ocho escalas que incluyen: tiempo de placer, depresión o miedo del futuro, hipoglucemia, régimen alimenticio, reclamaciones físicas, trabajo, compañero, y relación médico-paciente. Tiene un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos que indica la intensidad del problema. Aún no existe una validación de este instrumento para la población mexicana.

El PAID (Escala de Áreas Problema en Diabetes) de Polonsky et al., (1995), es uno de los instrumentos más utilizados recientemente para evaluar el malestar emocional relacionado con la diabetes. Es una escala autoaplicable que consta de veinte reactivos que incluyen emociones negativas que los pacientes con diabetes frecuentemente experimentan. La escala cuenta con 4 subescalas relacionadas a

emociones negativas, problemas relacionados con el tratamiento, problemas relacionados con el plan alimenticio y falta de apoyo social (Snoek, Pouwer, Welch y Polonsky, 2000). Recientemente se realizó una adaptación y validación del PAID en población mexicana reportándose la conformación de sólo tres factores: reactivos relacionado a emociones negativas asociadas a la diabetes, reactivos relacionados con el tratamiento y alimentación y reactivos relacionados con la falta de apoyo social (Del Castillo et al., 2007).

El PAID ha mostrado ser una medida útil para medir los cambios en el malestar emocional de pacientes con diabetes derivados de distintas intervenciones farmacológicas y psicosociales en distintos países (Snoek et al., 2000; Weinger y Jacobson, 2001).

Respecto a estas intervenciones se ha hecho una diferenciación de aquellas que se dirigen a aumentar el conocimiento, las que se dirigen al automanejo incluyendo técnica de desarrollo de destrezas, solución de problemas, cambio de conductas y actitudes, entre otras; por último están las intervenciones psicológicas dirigidas a reducir estados de ánimo negativos, principalmente la depresión, ansiedad, y estrés (Steed, Cooke y Newman, 2003).

Las intervenciones basadas en el enfoque cognitivo-conductual han intentado retomar los tres aspectos anteriores demostrando su efectividad para ayudar a los pacientes a realizar cambios importantes en su forma de percibir, pensar, sentir y actuar, logrando por su intermedio una concepción diferente de sí mismos, de su enfermedad y de su entorno social (Hernández y Sanchez, 2007). En el siguiente capítulo se realizará una descripción mas detallada de los avances del modelo cognitivo conductual en el padecimiento de la diabetes.

Capítulo 4. Intervenciones Psicológicas y Diabetes

Las intervenciones psicológicas en pacientes con diabetes tipo 2 surgieron en un periodo relativamente reciente, con la aparición de la psicología de la salud en los años 80, sobre todo en estados Unidos, España, Brasil y Argentina, países que han llevado a cabo investigaciones y en los que se han desarrollado programas de intervención psicológica con aproximación cognitivo-conductual cuyo enfoque se ha orientado principalmente a aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el peso corporal, controlar la glucosa en sangre, disminuir el estrés y los síntomas de ansiedad o depresión. Los resultados de este tipo de intervenciones han mostrado ser efectivas para ayudar a los pacientes a realizar las conductas de automanejo y tener un mejor control metabólico (Hernández y Sánchez, 2007; Kane y Kendall, 1989, en Hains, Davies, Parton y Silverman, 2001). Antes de describir los avances de las intervenciones cognitivas- conductuales en el padecimiento de la diabetes resulta importante abordar los aspectos generales de este modelo.

Definición y antecedentes de la terapia cognitivo-conductual.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo) (Brewin, 1996, en Lega, Caballo y Ellis, 2002).

La base teórica de la terapia conductual o del comportamiento se remonta a principios del siglo XX, con los experimentos realizados con animales del soviético Pavlov y del estadounidense Thorndike, que demostraron los postulados de la teoría del aprendizaje y del condicionamiento clásico y operante. El primero de ellos, basado en el aprendizaje por asociación y el segundo basado en el aprendizaje por consecuencias. La aplicación práctica de estos conceptos fue descrita inicialmente en los trabajos de Watson y Rayner (1920, en Jiménez y Fernández, 2001) en los

que se introdujeron conceptos como reforzamiento y control de estímulos y donde se demostró que el ambiente podía modificar la conducta del sujeto.

La terapia conductual ha sido definida como la aplicación de principios establecidos del aprendizaje con el propósito de cambiar conductas desadaptadas, de modo que los hábitos desadaptativos son disminuidos y/o eliminados, en tanto que aquellos adaptativos son reforzados (Wolpe, 1958, en Reynoso y Seligson, 2005). El propósito de esta terapia es identificar el área del problema, de tal modo que el tratamiento sea prescrito con claridad y evaluado de manera objetiva. Esto incluye evaluar las capacidades y debilidades de la persona y hacer un análisis cuidadoso de las situaciones que precedieron y siguieron al momento o etapa en que ocurrió el comportamiento inadecuado y, así, mediante la definición de los cambios que el paciente deberá llevar a cabo y los que es imprescindible realizar en su entorno social, será posible mejorar sus habilidades conductuales, resolver el problema presentado y conseguir que logre funcionar adecuadamente en su entorno social y personal (Reynoso y Seligson, 2005).

La terapia conductual se convirtió en una fuerza importante en la psicología clínica americana durante 30 años, sin embargo, diversos factores dieron origen a su paulatina pérdida de importancia. Uno de estos factores se debe a que, a pesar de que las técnicas conductuales demostraban su eficacia, no lo hacían por regla general por encima de otras estrategias alternativas; en segundo lugar, aún cuando las técnicas funcionaban la mayoría de las veces, no lo hacían siempre (Caro, 1997). A pesar de esto, la terapia conductual ha hecho importantes contribuciones mediante el énfasis en la necesidad de realizar un análisis detallado de la forma en que reaccionan las personas ante situaciones específicas de vida. Así mismo se ha demostrado también el valor de la capacitación en habilidades para la terapia, y de especificar los resultados especialmente relevantes de la terapia para cada paciente (Sarason y Sarason, 2006).

Las limitaciones de la terapia conductual propiciaron que en la psicología se prestara mayor atención a los modelos de procesamiento de información de la cognición (Compas, 2003). A medida que la psicología se movía hacia una dirección cognitiva, quedó claro que los procesos de pensamiento eran con frecuencia tan

importantes como las influencias ambientales. Como consecuencia, se desarrollaron intervenciones destinadas a modificar cogniciones que contribuyen a mejorar la conducta desadaptada. Esto dio origen a la aparición de la terapia cognitivo-conductual que refleja el interés de los terapeutas conductuales en las modificaciones cognitivas como medios para influir en las emociones y las conductas (Sarason y Sarason, 2006).

Dentro de la terapia cognitivo conductual el principal objetivo es disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento y patrones de pensamiento de la persona, para lo cual se han propuesto tres clases principales de terapias (Mahoney y Arnkoff, 1978, en Lega, Caballo y Ellis, 2002):

1. Métodos de *reestructuración cognitiva*, que suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamientos más adaptativos.
2. Terapias de *habilidades de afrontamiento*, que tratan de dotar a la persona de las habilidades necesarias para el manejo de situaciones estresantes y lograr un estilo de funcionamiento saludable en las distintas tareas de su vida cotidiana.
3. Terapias de *solución de problemas*, que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en entrenar a las personas en habilidades que le capaciten para abordar con éxito diferentes problemas.

Dentro de los métodos de *reestructuración cognitiva*, los principales representantes son: Ellis, que distingue entre creencias racionales e irracionales las primeras son útiles para ayudar a los individuos a obtener lo que quieren, las segundas son de naturaleza más dogmática y absolutista y pueden interferir sin justificación en la vida de alguien o en causarse daño innecesariamente (Ellis y Abraham, 2005); y Beck (1979 en Lyddon y Jones, 2002) que habla sobre los pensamientos negativos que las personas deprimidas experimentan en relación con el sí mismo, el ambiente y el futuro, resultado de un estilo de tendencia negativa en el procesamiento de la información, como la magnificación de los aspectos negativos de la información y la minimización de los rasgos positivos. Beck también diferenció

tres niveles de cognición que podían jugar un papel importante en la depresión y en su tratamiento: pensamientos automáticos, esquemas o asunciones subyacentes, y distorsiones cognitivas.

Pensamientos automáticos: aquellos que surgen de forma espontánea, son muy breves, e incluso pueden no reconocerse, al menos que se oriente al paciente a registrarlos de un modo deliberado. Estos pensamientos automáticos, son el reflejo de la valoración que el sujeto hace de una situación en vez de la situación objetiva actual, conduce directamente las respuestas comportamentales y emocionales del paciente. Estas respuestas serán desadaptadas si las valoraciones están distorsionadas o son exageradas lo cual, sucederá si provienen de una operación propia de un esquema disfuncional (Robins y Hayes, 1993).

Esquemas: pueden considerarse como modelos internos sobre aspectos del self y del mundo que los individuos utilizan para percibir, codificar y recuperar la información. Se van desarrollando a través de las numerosas experiencias particulares, y son adaptativos, desde el momento en que facilitan un procesamiento de la información más eficaz. Permiten conectar la información nueva con la antigua, de modo que se pueda reconocer y recuperar más rápidamente cuando ésta sea necesaria para realizar la acción apropiada (Robins y Hayes, 1993).

Distorsiones cognitivas: vínculos de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos. Cuando se procesa cognitivamente una información nueva o un recuerdo, a menudo se distorsiona o sesga esa información para que encaje en un esquema relevante. El resultado de esta valoración sesgada puede llegar a ser accesible a la conciencia en forma de pensamiento automático. Se han identificado diferentes tipos de distorsiones que suelen estar presentes en los pensamientos de las personas con trastornos emocionales entre las cuales se encuentran: pensamiento dicotómico, sobregeneralización, abstracción selectiva, descalificación de lo positivo, catastrofismo, engrandecer o minimizar, los deberías y la personalización (Robins y Hayes, 1993).

Respecto a las terapias de *habilidades de afrontamiento*, Lazarus y Folkman (1991) hacen referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales que las personas

desarrollan para manejar las demandas específicas que son evaluadas como excedentes; y hablan de dos estilos de afrontamiento, el centrado en la emoción y el centrado en el problema, el primero está dirigido a la búsqueda de soluciones alternativas con base en su costo-beneficio, y en el se encuentran estrategias dirigidas al entorno y dirigidas al problema, en el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos etc., y en el segundo grupo se encuentran aquellas encargadas de los cambios motivacionales o cognoscitivos, como la variación del nivel de las aspiraciones, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos o aprendizajes nuevos (Lazarus y Folkman, 1991; Scheier, Carver y Bridges, 1994; Steptone, 1991; Taylor, Peplau y Sears, 2000). El afrontamiento centrado en la emoción se basa en los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional incluyendo estrategias como, el escape o evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas, la extracción de valores positivos a lo negativo, el autocontrol y la búsqueda de apoyo social (Lazarus y Folkman, 1991; Scheier, Carver y Bridges, 1994; Steptone, 1991; Taylor, Peplau y Sears, 2000).

Diferentes técnicas de corte cognitivo-conductual se han utilizado en intervenciones psicológicas aplicada a diferentes problemas de salud como la hipertensión, ansiedad, trastornos delirantes, depresión, VIH, hipocondría, estrés postraumático, esquizofrenia, diabetes entre otros (Arrivillaga, Varela, Cáceres, Correa y Holguín, 2007; Ballester, 2003; Botero, 2004; Cuevas, Perona y Martínez, 2003; Del Castillo, 2005; Hains, Davies, Parton y Silverman, 2001; Martínez y Belloch, 2004; Moreno, 2001; Perona y Cuevas, 2002; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcázar y Sánchez, 2005; Sánchez, Velasco, Rodríguez, Baranda, 2006); lográndose cambios significativos en la mejora de los pacientes con respecto a su enfermedad.

Intervención cognitivo conductual en diabetes.

Específicamente en diabetes se han desarrollado diferentes intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual bajo el supuesto de que los pensamientos que las personas tienen en torno a su diabetes, su tratamiento y sobre

sí mismas son determinantes en los cambios conductuales necesarios para asegurar un autocontrol óptimo de su enfermedad. Por lo tanto, la intervención basada en el enfoque cognitivo-conductual puede ser de gran importancia cuando las cogniciones del paciente son el principal obstáculo para el cumplimiento con su tratamiento, esto debido a que las creencias negativas que el paciente tiene sobre su enfermedad se traducen en sentimientos negativos y conductas mal adaptadas que repercuten en el cumplimiento de su tratamiento para la diabetes reforzando de esta manera este ciclo negativo (Snoek et al., 1999).

Las intervenciones de corte cognitivo-conductual dirigidas a pacientes con diabetes se han orientado principalmente a aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el peso corporal, controlar y mejorar la vigilancia de glucosa en sangre, disminuir el estrés y los síntomas de ansiedad y depresión y se han utilizado técnicas como: el autocontrol, entrenamiento en habilidades para desarrollar nuevas conductas, autovigilancia, programas psicoeducativos, educación en el manejo de dietas, ejercicio físico, técnicas de relajación y visualización, reestructuración cognitiva, debate, diálogo socrático entre otras (Hernández y Sánchez, 2007).

Un punto importante que también se ha retomado dentro de las intervenciones de corte cognitivo-conductual dirigidas a los pacientes con diabetes, es la educación, ya que ha sido reconocida como la piedra angular de la conducta clínica ante la diabetes, refiriendo que la educación diabetológica puede mejorar la conducta del paciente ante la enfermedad, el control de la glucemia y la adherencia a ciertos componentes de la atención médica. Se ha mencionado también, que para que el paciente pueda alcanzar un control de la glucemia es necesario que adquiera conocimientos de cómo actuar ante su enfermedad y que aprenda a monitorizar su glucemia; así mismo se ha demostrado que la educación en diabetes tanto del paciente como del médico es una estrategia con una buena relación costo-efectividad y que permite reducir la frecuencia de las complicaciones crónicas y de las hospitalizaciones (Barceló, Robles, White, Jadue y Vega, 2001).

Díaz (1996, en Hernández y Sanchez, 2007), diseñó un programa psicoeducativo con enfoque conductual, en donde utilizó técnicas de autocontrol y automonitoreo como estrategias para el control de la glucemia y el autocuidado de

la dieta, así mismo permitió la adherencia al tratamiento y utilizó la relajación muscular progresiva de Jacobson como medida terapéutica para el manejo de estrés. Los resultados de dicho estudio demostraron que el autocontrol y la relajación, como técnicas conductuales aplicadas en el tratamiento de la enfermedad, tienen un impacto positivo en la disminución de los niveles de glucosa de los pacientes, quienes además aprendieron a monitorear y tener mayores autocuidados en el manejo de la dieta y ejercicio físico.

Otro estudio fue realizado por Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa (2005) quienes retomaron técnicas basadas en el enfoque intervención cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida y reducir los niveles de ansiedad, depresión en pacientes con diabetes e hipertensión, la intervención fue de tipo individual en 51 pacientes con una edad promedio 54 años de los cuales 39 fueron mujeres y 12 hombres, los principales procedimientos empleados incluyeron interrogatorio directo, detección de cambios de ánimo durante la sesión, registro de cogniciones disfuncionales, modificación de conceptos o creencias distorsionadas, programación y entrenamiento de actividades instrumentales y asignación y seguimientos de tareas; la intervención resultó ser eficaz para mejorar el estado de las variables abordadas.

Del Castillo (2005) realizó un estudio en el que se tuvo por objetivo determinar la efectividad de la intervención cognitivo-conductual grupal para mejorar los índices de adherencia terapéutica, calidad de vida, depresión y ansiedad de un grupo de 21 pacientes con diabetes tipo 2. La intervención se brindó a tres grupos de siete pacientes cada uno durante 16 sesiones de dos horas cada una. Las técnicas utilizadas fueron: la educación en diabetes, la autorregulación, respiración diafragmática, relajación muscular profunda, entrenamiento autogénico, desensibilización sistemática, retención del pensamiento, ensayo conductual, solución de problemas, reestructuración cognitiva y terapia racional emotiva conductual. Los resultados reportaron ganancias clínicas y estadísticamente significativas en las variables psicológicas evaluadas al inicio y final de la intervención.

Por otra parte Snoek (1997, en Snoek et al., 1999) desarrolló una intervención cognitivo-conductual para pacientes con diabetes tipo 1 mal controlados, el objetivo fue desarrollar un programa psicoeducativo de capacitación aplicado a pequeños grupos de pacientes para mejorar su autocuidado, su control glucémico así como mejorar su bienestar psicológico. Los principales puntos que retoma la intervención son: compartir en grupo, la reestructuración cognitiva y el manejo de estrés. Los resultados indicaron disminuciones en el nivel de hemoglobina glucosilada y ansiedad de los pacientes con diabetes tipo 1 que se expusieron a la intervención.

Respecto al estrés asociado a la diabetes, se han desarrollado intervenciones utilizando diferentes técnicas cognitivas y conductuales como: la identificación de cogniciones negativas, el automonitoreo, registro de ocurrencia de situaciones de estrés acompañadas de cogniciones, reestructuración cognitiva, habilidades para resolución de problemas; de la misma manera se han utilizado técnicas de relajación instrucciones en el empleo de habilidades cognoscitivas y conductuales para reconocer y reducir niveles de tensión fisiológicos así como educación sobre las consecuencias del estrés en la salud y educación en diabetes retomando los aspectos más importantes de la enfermedad como es el tratamiento (dieta, ejercicio, medicamento), los síntomas y complicaciones. Dichas intervenciones han reportado una disminución en los niveles de HbA1c, una reducción en los niveles de malestar emocional lo que a su vez puede asociarse con una reducción significativa en el riesgo de complicaciones microvasculares; también se ha reportado una mejora en las conductas de autocuidado y calidad de vida de los pacientes (Hains, Davies, Parton y Silverman, 2001; Surwit et al., 2002).

Robles (2001, en Hernández y Sanchez, 2007) diseñó un manual de terapia psicológica que contempla una serie de estrategias y técnicas basadas en la psicoterapia cognitivo conductual; dicho programa de intervención presenta una serie de estrategias para que las personas con diabetes tipo 2 adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para el cuidado de su enfermedad y aprendan a resolver problemas relacionados con el malestar emocional.

Aún cuando existe evidencia de la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de la diabetes, la mayoría de estos estudios se han

enfocado en pacientes con diabetes tipo 1 y se han aplicado a diferentes variables entre las cuales se encuentra el estrés, sin embargo la mayoría de estas investigaciones no ha realizado la diferencia de la connotación positiva o negativa del estrés, sino que ha retomado el término de manera general (Díaz, 1996, en Hernández y Sanchez, 2007; Hains, Davies, Parton y Silverman, 2001; Snoek, 1997, en Snoek et al., 1999; Surwit et al., 2002).

Tomando como referencia estos antecedentes, en la presenta investigación se retoma el estrés desde una connotación negativa, denominada también, malestar emocional y se aplica una intervención de corte cognitivo-conductual aplicada a pacientes con diabetes tipo 2, con el objetivo de evaluar la efectividad de dicha intervención en la modificación de niveles de malestar emocional en estos pacientes.

Capítulo 5. Método

Justificación.

El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado en México a partir de la década de los cincuenta ha generado una lenta disminución de los padecimientos infecciosos y un crecimiento rápido de los crónico-degenerativos (Sánchez-Sosa, 2002). Dentro del grupo de padecimientos crónicos, la diabetes es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario debido a su alta prevalencia representada por 246 millones de personas en el mundo (FDI, 2006) así como por su elevada tasa de mortalidad a causa de las complicaciones crónicas que genera (Goday, 2002). Dentro del grupo de variables que explican los problemas en el automanejo del paciente con diabetes, se encuentra el malestar emocional (*distress*), que indica el grado de conflicto psicológico asociado a los cambios derivados de la enfermedad que el paciente con diabetes tipo 2 experimenta, caracterizado por la presencia de emociones negativas constantes asociadas a problemas relacionados con el tratamiento, al plan alimenticio, a la relación con el médico y a la falta de apoyo social (Polonsky, 1995). Investigaciones recientes como el estudio DAWN (Skovlund y Peyrot, 2005) indican que un gran número de pacientes con diabetes presentan elevados niveles de malestar emocional como respuesta al diagnóstico y a complicaciones futuras. Partiendo de estos antecedentes, se han desarrollado diferentes intervenciones de tipo cognitivo-conductual que han tenido por objetivo reducir los niveles de malestar emocional y mejorar el control metabólico del paciente con diabetes. Los resultados de dichos estudios han resultado ser prometedores, sin embargo, la mayoría de ellos se han aplicado en otros países y son escasos los realizados en México y menos aún, en zonas semirurales. Partiendo de estos antecedentes la presente investigación tuvo como objetivo diseñar una intervención cognitivo conductual y probar su efectividad para modificar los niveles de malestar emocional en pacientes con diabetes tipo 2 del estado de Hidalgo. Los resultados de la presente investigación permitirán contar con intervenciones adecuadas que incidan en el autocuidado del paciente, retrasando la aparición de complicaciones graves en su salud y disminuyendo los gastos médicos por hospitalizaciones urgentes, mortalidad temprana e invalidez laboral.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es la efectividad de una intervención cognitivo-conductual grupal para modificar el nivel de malestar emocional de pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo?

Objetivos.

Objetivo general.

Determinar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual grupal para modificar el nivel de malestar emocional en pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo.

Objetivos específicos.

- ✓ Determinar el nivel de malestar emocional de los pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo.
- ✓ Determinar la efectividad de la intervención cognitivo-conductual grupal en el malestar emocional de los pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo.

Hipótesis.

Estadísticas:

- Nula. H_0 . No existen diferencias estadísticamente significativas en el malestar emocional de pacientes con diabetes tipo 2 antes y después de la intervención.
- Alterna. H_1 . Existen diferencias estadísticamente significativas en el malestar emocional de pacientes con diabetes tipo 2 antes y después de la intervención.

Variables

Tabla 1

Definición de variables.

Variables	Definición Conceptual
Dependiente	
Malestar emocional (<i>distress</i>)	Grado de conflicto psicológico asociado a los cambios derivados de la enfermedad que el paciente con diabetes tipo 2 experimenta, caracterizado por la presencia de emociones negativas constantes asociadas a problemas relacionados con el tratamiento, al plan alimenticio, a la relación con el médico y a la falta de apoyo social (Polonsky, 1995).
Independiente	
Intervención cognitivo-conductual	La intervención consistió en un programa terapéutico breve fundamentado en los principios de la psicoterapia cognitivo-conductual administrado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que constara de 12 sesiones aproximadamente de dos horas cada una y programadas una vez por semana para completar la intervención en tres meses.

Participantes.

Participaron 20 pacientes con diabetes tipo 2 de las clínicas de diabetes de la secretaría de salud del estado de Hidalgo, seleccionados de manera no probabilística intencional, distribuida de la siguiente manera:

Tabla 2.
 Datos sociodemográficos de la muestra.

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 (27.27%)	6 (30%)
Casado	3 (33.3%)	3 (27.27%)	7 (35%)
Unión Libre	4 (44.4%)	1 (9.09%)	3 (15%)
Divorciado	2 (22.2%)	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 Diagnostico</i>			
0-1	1 (11.1%)		
2-5	1 (11.1%)	3 (27.27%)	1 (5%)
6-10	4 (44.4%)	2 (18.18%)	4 (20%)
11 o más	3 (33.3%)	6 (54.54%)	6 (30%)
			9 (45%)
<i>Tratamiento</i>			
Solo pastillas	8 (88.8%)	6 (54.54%)	14 (70%)
Pastilla e Insulina	1 (11.1%)	5 (45.45%)	6 (30%)
<i>Sólo insulina</i>			
<i>Diagnóstico</i>			
Hipertensión	4 (44.4%)	8 (72.72%)	12 (60%)
Obesidad	5 (55.5%)	9 (81.81%)	14 (70%)
<i>Ingreso Mensual</i>			
1000 o menos	5 (55.5%)	3 (27.27%)	8 (40%)
1001-2000	2 (22.2%)	3 (27.27%)	5 (25%)
2001-3000		3 (27.27%)	3 (15%)
3001-4000	2 (22.2%)	1 (9.09%)	1 (5%)
4001-5000		1 (9.09%)	3 (15%)
<i>Medicamento</i>			
Glibendamida	6 (66.6%)	7 (63.63%)	13 (65%)
Metformina	8 (88.8%)	11 (100%)	19 (95%)
<i>IMC Promedio</i>	28.20	29.67	28.93

Criterios de selección.

Inclusión:

- Diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2, mínimo de 6 meses.
- Que de manera voluntaria e informada deseen participar en el estudio.

Exclusión:

- Diagnóstico confirmado de psicosis y retraso mental.
- Estar participando en otra intervención psicológica.
- Presentar complicaciones graves debido a su diabetes (insuficiencia renal, retinopatía, complicaciones cardiovasculares).

Eliminación:

- Faltar a más de una sesión durante la intervención.
- Desarrollar una complicación grave a causa de la diabetes durante el transcurso de la intervención.

Tipo de estudio.

Explicativo.

Diseño de investigación.

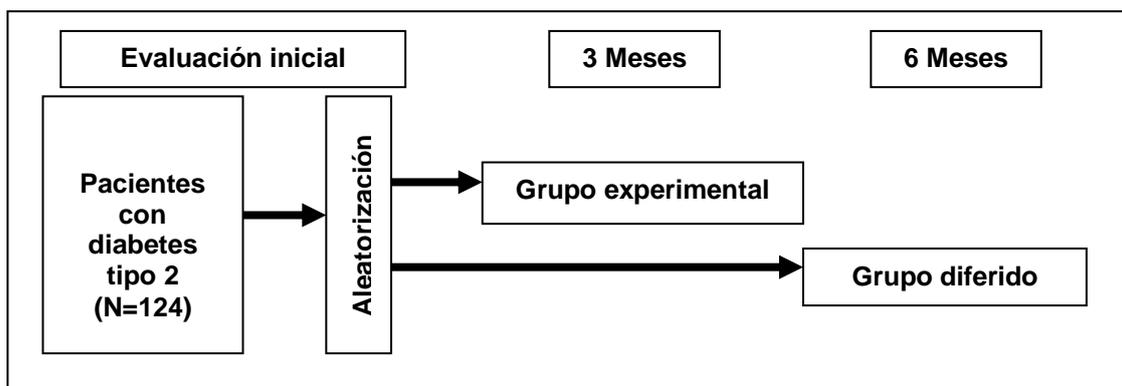


Figura 1. Diseño de investigación.

Instrumento.

Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID)

El Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID) consta de veinte reactivos que incluyen problemas emocionales que los pacientes con diabetes frecuentemente experimentan (Polonsky et al. 1995).

Originalmente la escala tipo Likert contaba con seis opciones de respuesta que iban desde 1 (no es un problema) hasta 6 (es un problema grave), que después se simplificaron a una escala de 5 opciones que van de 0 (no es un problema) a 4 (es un problema grave). Para facilitar la interpretación de los datos el puntaje crudo se multiplica por 1.25 para tener una escala del 0 al 100, donde los valores más altos indican un mayor malestar emocional (Welch, Weinger, Anderson y Polonsky, 2003).

En un primer estudio para conocer la validez de la escala, los veinte reactivos se distribuyeron en un sólo factor. La escala mostró una adecuada validez convergente y discriminante, al correlacionarla con otros instrumentos que miden bienestar psicológico y hemoglobina glucosilada, así como una elevada confiabilidad dada por un alpha de Cronbach de 0.95 (Welch, Jacobson y Polonsky, 1997).

Después de una serie de estudios para conocer la validez factorial del instrumento, se encontraron 4 factores llamados: emociones negativas (12 reactivos), problemas relacionados con el tratamiento (3 reactivos), problemas relacionados con el plan alimenticio (3 reactivos) y falta de apoyo social (2 reactivos) con una confiabilidad dada por un alpha de Cronbach de 0.93 a 0.95 (Snoek, Pouwer, Welch y Polonsky, 2000).

La primera versión de la escala fue traducida al español y validada con un procedimiento de traducción-retraducción en pacientes con diabetes tipo 1, con una confiabilidad alpha de Cronbach de 0.90 (González-Uresti et al., 1997).

Recientemente Del Castillo et al. (2007) llevó a cabo una adaptación y validación del instrumento en población mexicana. El instrumento quedó conformado por 16 reactivos distribuidos en tres factores. La escala total presentó un índice alpha de Cronbach de 0.9023 mientras que los índices alpha de las subescalas fueron los siguientes: 1) emociones negativas 0.8577; 2) problemas relacionados con el tratamiento 0.8354; y 3) problemas relacionados con el apoyo 0.7663. (Ver Anexo 3).

El PAID ha mostrado ser una medida útil para medir los cambios en el malestar emocional de pacientes con diabetes derivados de distintas intervenciones farmacológicas y psicosociales en distintos países (Snoek et al., 2001; Weinger y Jacobson, 2001).

Procedimiento.

El presente estudio se derivó de una investigación llamada “Evaluación e intervención psicológica en pacientes con diabetes tipo 2” (Del Castillo, 2009) el cual tuvo por objetivo probar la diferencia en la efectividad de dos intervenciones de corte cognitivo conductual para modificar los niveles de bienestar psicológico, malestar emocional, síntomas depresivos, autoeficacia, apoyo social y control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2. La primera intervención incluyó sólo a pacientes en los grupos de intervención, mientras que la segunda incluyó tanto a pacientes como a uno de sus cuidadores dentro de los grupos de intervención. Para el presente estudio sólo se tomaron las muestras de los dos grupos que recibieron la intervención sin familiar.

Se contactaron 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 en donde se les abordó después de salir de su consulta médica y de manera personal se les hizo una invitación para participar en la intervención. En el caso de que los pacientes aceptaran se procedía a leer el consentimiento informado (Ver Anexo 1) en el cual se plasmó de manera general el propósito y desarrollo de la intervención, así mismo se refirió que su participación era voluntaria y que podían retirarse del estudio, si así lo decidían, sin ninguna consecuencia. Una vez leído el

consentimiento, se aclaraban dudas en caso de existirlas y finalmente se solicitaba la firma del paciente junto con la de dos testigos, que en la mayoría de los casos fueron familiares. Posteriormente, se realizó una entrevista para obtener los datos sociodemográficos (Ver Anexo 2) y asignar la cita para realizar la primera evaluación.

El día de la evaluación se recibió al paciente y se le invitó a pasar al salón donde se llevaría a cabo la misma. Se comenzó agradeciendo al paciente por su participación en el estudio y reiterándole la importancia de la misma. Posteriormente se le cuestionó si tenía alguna duda sobre el consentimiento informado que había firmado con anterioridad, en caso de haberla, se aclaraba la duda al paciente de lo contrario sólo se le recordaba brevemente el objetivo del estudio y en que consistirían las sesiones. Una vez terminado este proceso se procedía a llenar el Cuestionario de Áreas Problema en la diabetes (PAID). Se leyeron los reactivos del cuestionario de manera ordenada y se le pedía al paciente que mediante un formato de respuestas fuera indicando la respuesta que mejor describiera la gravedad de los problemas relacionados con el manejo de su diabetes.

Al terminar de completar el cuestionario, se le indicaba al paciente el proceso de formación de los grupos y se le pedía esperara la llamada del equipo para confirmar la fecha y hora de inicio del grupo. Se asignó un número de folio a cada paciente que decidió participar, se aleatorizaron para formar dos grupos; el primero de ellos inició la intervención de inmediato, y el segundo grupo comenzó tres meses después, una vez que terminó la intervención del primer grupo. Se informó a cada paciente a cual grupo se integraría, así como la fecha de inicio de la intervención de la misma manera se le agradecía nuevamente por su participación.

Una vez que se terminó de evaluar a todos los pacientes se dio inicio a la intervención psicológica con el primer grupo. La intervención consistió en 12 sesiones, divididas en tres fases (Ver Anexo 4).

En la *primera fase* se expusieron los objetivos y reglas del funcionamiento del grupo. Así mismo, retomando la importancia de la educación en diabetes para paciente, se le brindo educación en donde se le informó sobre los principales

aspectos de su enfermedad, como la definición, etiología, epidemiología, consecuencias, formas de tratamiento y la importancia de la adherencia al mismo.

La *segunda fase* incluyó la psicoeducación del modelo cognitivo conductual, el entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales para aumentar el apego al tratamiento y finalmente se procedió a la identificación y modificación de los pensamientos disfuncionales relacionados con el automanejo en diabetes. Se utilizaron técnicas de solución de problemas con respecto a las conductas de autocuidado como la realización de ejercicio, conteo de carbohidratos, medición y registro de glucosa; así mismo se utilizaron técnicas para el manejo de estrés, identificaron creencias irracionales y se brindaron estrategias para combatirlas, se utilizó el entrenamiento en asertividad.

En la *tercera fase* se brindó información sobre la importancia del apoyo social para el paciente y se entrenó a familiares en la adquisición de conductas de apoyo hacia su paciente en el tratamiento de la enfermedad; se realizó la autoevaluación de metas logradas durante el tratamiento y finalmente se abordó la prevención de posibles recaídas promoviendo la transferencia de control de los pacientes a su ambiente cotidiano. Se procedió con la administración de instrumentos de evaluación.

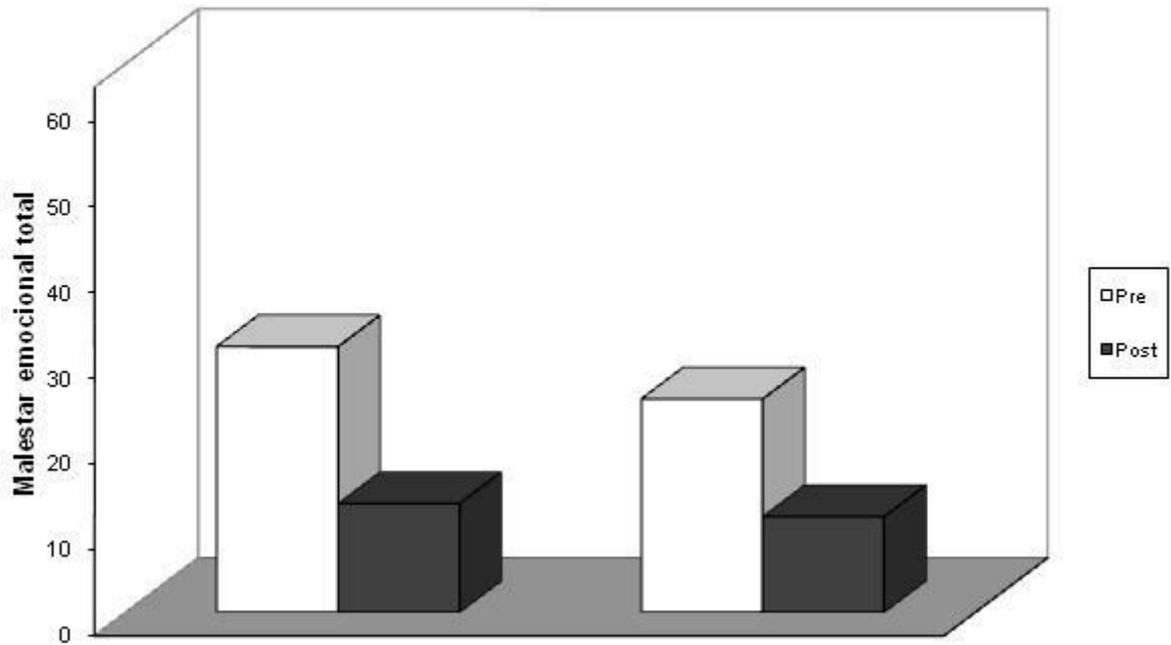
Una vez que se terminó la intervención con el primer grupo se inició con la intervención para el segundo grupo, siguiendo el mismo orden de sesiones que en el primero, después de tres meses finalizó la intervención y se repitió la evaluación del grupo para observar los cambios reportados una vez que recibieron la intervención.

Capítulo 6. Resultados

El propósito del presente estudio fue evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual grupal a pacientes con diabetes tipo 2 para modificar los niveles de malestar emocional (*distress*) asociado a su diabetes.

Para calcular 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 de estudio se utilizó la prueba t de Student para muestras relacionadas que es útil para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a las medias. Se decidió utilizar la prueba de rangos de Wilcoxon que es una prueba no paramétrica 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.

La figura 2 muestra las diferencias entre las medias de malestar emocional (*distress*) total al principio y al final de la intervención en cada uno de los grupos. Unida a la figura en la parte inferior se encuentra una tabla, que señala además de los datos mencionados, el valor de t, los grados de libertad (gl) y la probabilidad asociada correspondientes a la prueba t de Student; así como, el valor Z y la probabilidad asociada correspondientes a la prueba de rangos de Wilcoxon.



	Experimental	Diferido
PRE	31	24.9
POST	12.7	11.18
Rango	0-64	0-64
t	3.972	3.267
gl	9	10
p	.003*	.008*
Z	-2.666	-2.397
p	.008*	.017*

Figura 2: Malestar emocional total pre-post tratamiento por grupo.

Los puntajes al inicio de la intervención de cada uno de los grupos se encontraban muy cercanos a la media teórica (32) indicando que, en promedio, los pacientes no mostraban un malestar emocional (*distress*) intenso. A pesar de ello, al final de la intervención se encontraron cambios estadísticamente significativos en las medias de los dos grupos.

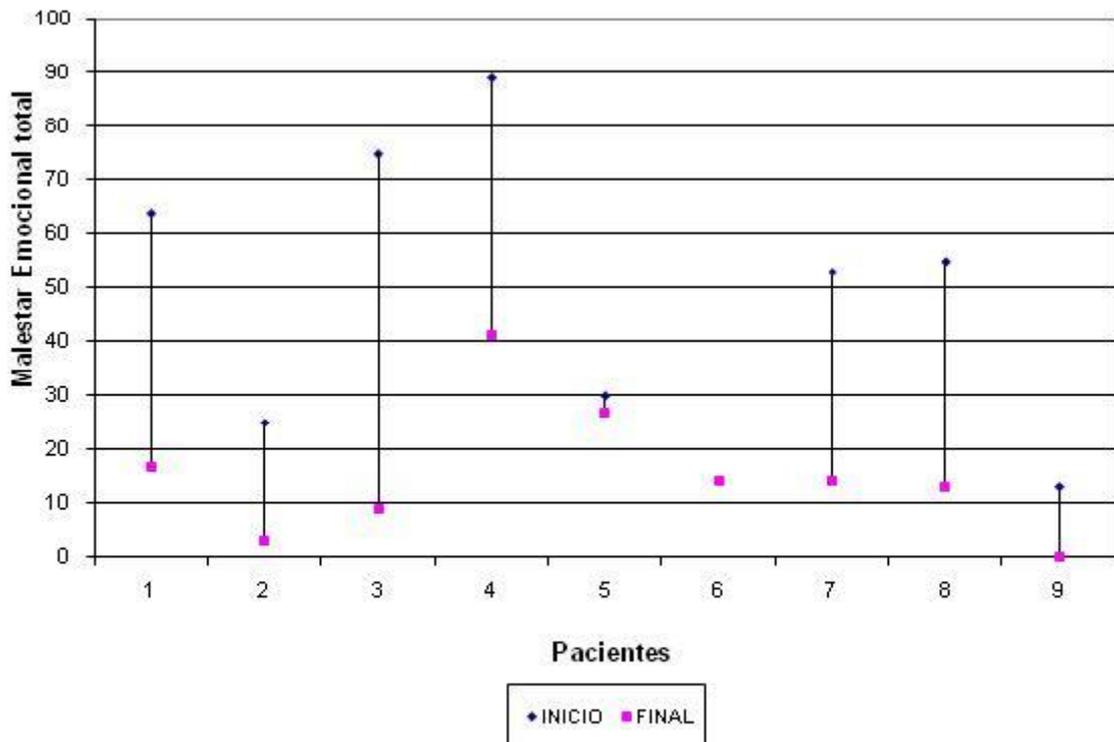


Figura 3. Cambios pre-post tratamiento en el porcentaje de malestar emocional total, grupo experimental.

La figura 3 muestra el porcentaje de cambio del pre-post tratamiento en el grupo experimental en el malestar emocional total. A un mayor puntaje en la escala se cuenta con un mayor malestar emocional. Al inicio de la intervención los pacientes 1, 3, 4, 7 y 8 presentaron un porcentaje moderado de malestar emocional, el paciente 4 fue el que presentó un porcentaje más alto, ubicándose cerca del 90%. Al finalizar la intervención estos mismos pacientes lograron una reducción significativa en su porcentaje de malestar ubicándose por debajo del 20%, excepto el paciente 4 que se quedó en el 40%. El resto de los pacientes, 2, 5 y 9 al inicio de la intervención se ubicaron debajo del 30% de malestar, después de la intervención los pacientes 2 y 9 lograron reducir aún más su porcentaje a casi el 0%. El paciente número seis no reportó ningún cambio posterior a la intervención ya que se ubicó en el mismo lugar antes y después de la misma.

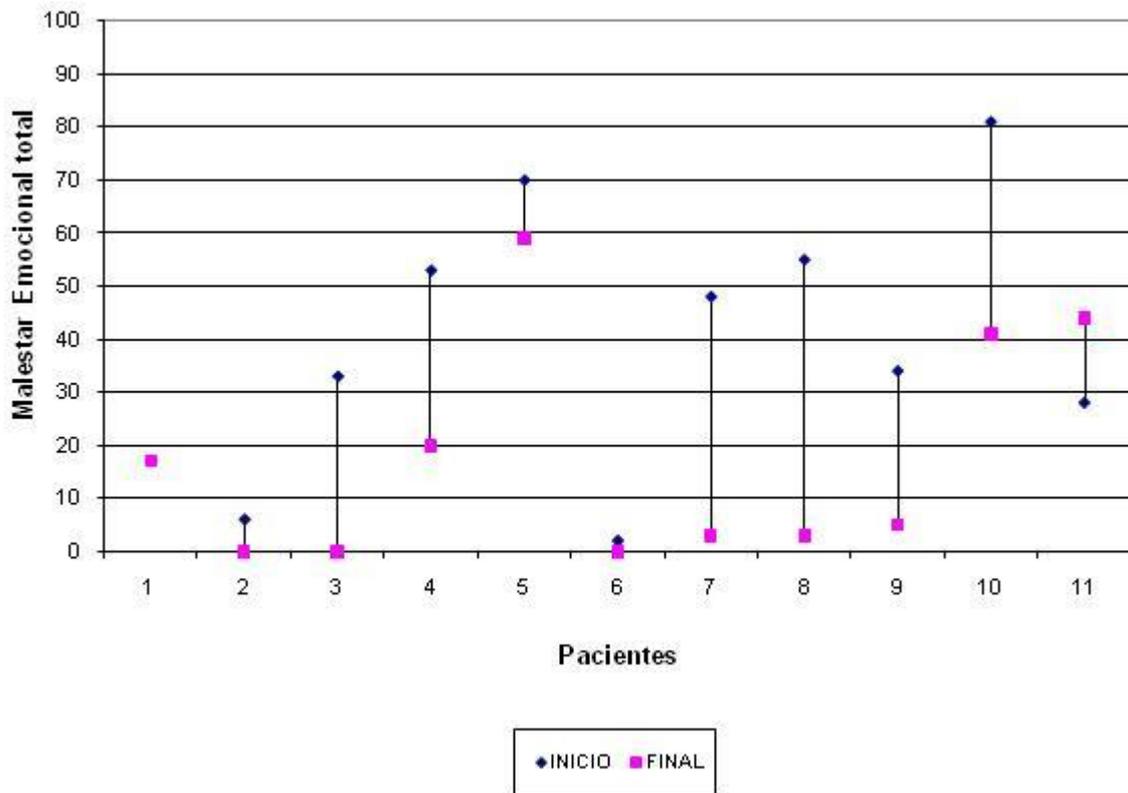
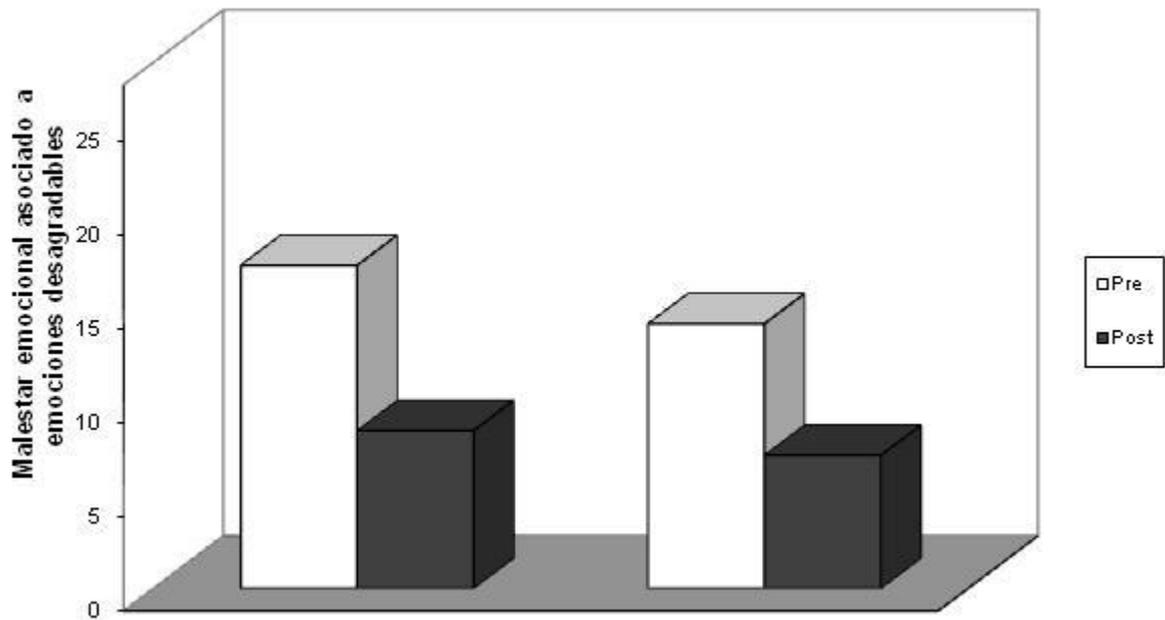


Figura 4. Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional total, grupo diferido.

La figura 4 presenta el porcentaje de cambio pre-post tratamiento del grupo diferido en el malestar emocional total. Como se puede observar, más de la mitad de los pacientes lograron un cambio significativo en los porcentajes de malestar emocional posterior a la intervención; el cambio más notable se observa en el paciente 8, que al inicio de la intervención reportó arriba del 50% de malestar y al final de la intervención se ubicó por debajo del 10%, le sigue el paciente 7 que al inició se ubicó cerca del 50% y al final de la intervención se ubicó por debajo del 10%. Los pacientes 3, 9, 4 y 10 reportaron una disminución significativa en el porcentaje de malestar emocional al finalizar el tratamiento. Los pacientes menos beneficiados fueron el 1 y el 11, el primero de ellos mantuvo su nivel de malestar en el mismo porcentaje y el segundo aumentó de manera moderada su malestar.



	Experimental	Diferido
PRE	17.2	14.09
POST	8.4	7.09
Rango	0-28	0-28
T	3.317	2.576
GI	9	10
P	.009*	.028*
Z	-2.346	-2.049
P	.019*	.040*

Figura 5: Malestar emocional asociado a emociones desagradables pre-post tratamiento por grupo.

La figura 5 muestra las diferencias entre las medias de los puntajes pre-post tratamiento en cada grupo de la subescala de malestar emocional asociado a emociones desagradables del PAID. A un mayor puntaje en la escala se cuenta con un mayor malestar emocional a este tipo de emociones. Los puntajes al inicio de la intervención de cada uno de los grupos se encontraban muy cercanos a la media teórica (14) indicando que, en promedio, los pacientes mostraban niveles de malestar emocional asociados a emociones desagradables moderados. Al final de la intervención se encontraron disminuciones en las medias de los dos grupos de tratamiento.

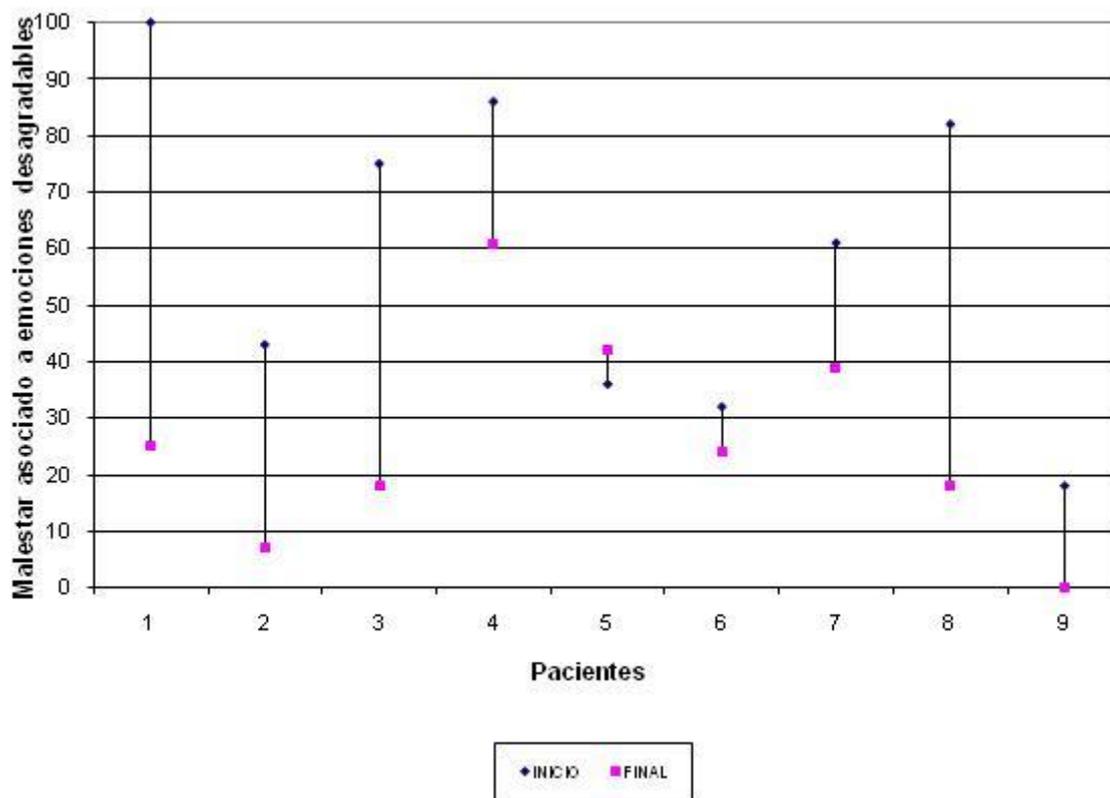


Figura 6: Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional relacionado a emociones desagradables, grupo experimental.

La figura 6 presenta el porcentaje de cambio pre-post tratamiento en la subescala de malestar asociado a emociones negativas en el grupo experimental. Como se puede observar en la figura, al inicio de la intervención la mayoría de los pacientes presentó niveles moderados de malestar asociado a emociones desagradables, a excepción de los pacientes 1, 8 y 3 que al inicio de la intervención se ubicaron entre el 80 y 100% de malestar en la subescala, sin embargo, al finalizar la intervención estos mismos pacientes fueron los más beneficiados, el paciente 1 disminuyó al 25% y los pacientes 8 y 3 pasaron al 20% en la subescala. Los pacientes 2, 4, 7 y 9 tuvieron una disminución moderada en el malestar emocional reportado al inicio del tratamiento, el paciente 6 tuvo una disminución mínima. El paciente que menos beneficios tuvo con la intervención fue el paciente 5 ya que reportó una reacción contraria a lo esperado obteniendo un incremento mínimo en su nivel de malestar.

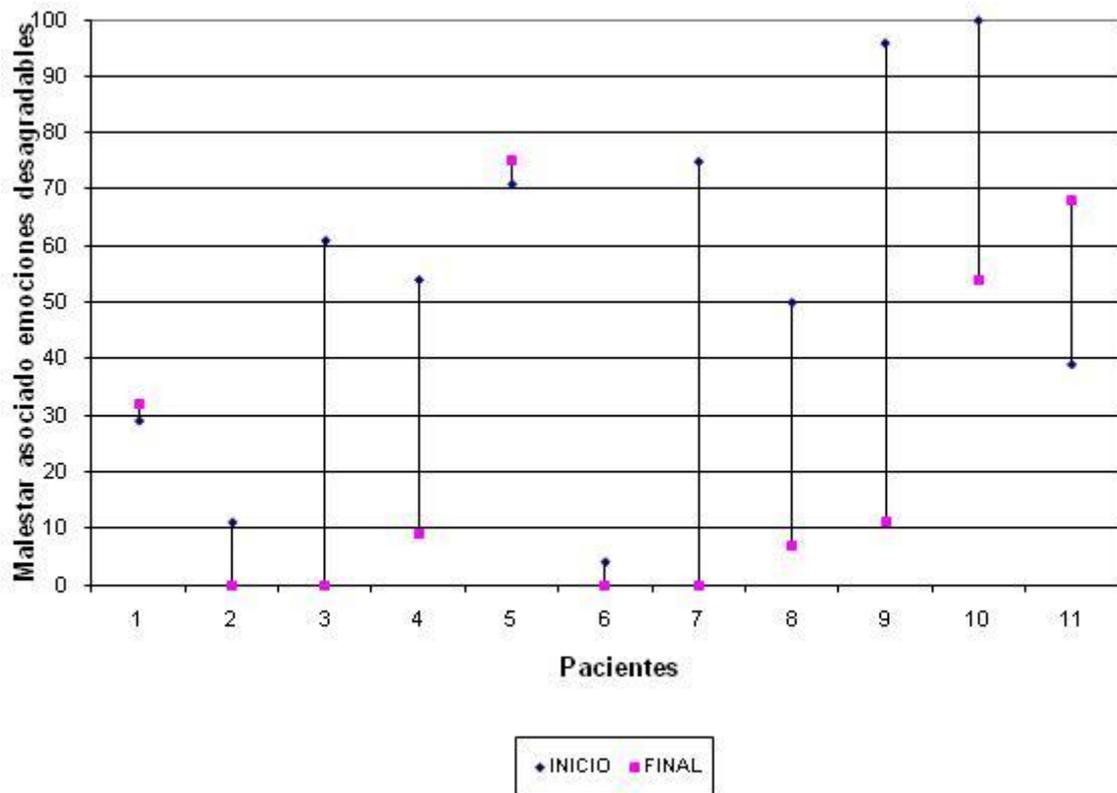
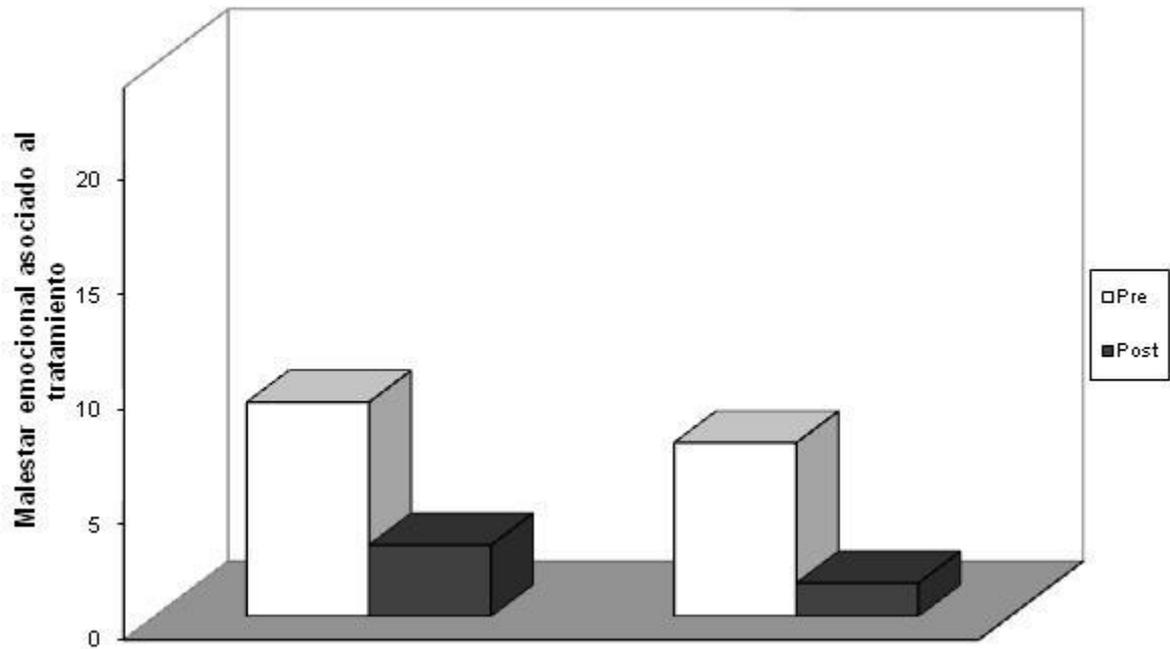


Figura 7: Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional relacionado a emociones desagradables, grupo diferido

La figura 7 muestra los porcentajes de cambio en el malestar asociado a emociones negativas en el grupo diferido. Al inicio de la intervención la mayoría de los pacientes reportaron niveles moderados de malestar asociado a emociones desagradables a excepción de los pacientes 9 y 10 que se ubicaron cerca del 100%. Al finalizar la intervención el paciente 9 fue uno de los más beneficiados reportando el 10% de malestar, le siguió el paciente 7 que pasó del 75% al 0% de malestar reportado posterior a la intervención y continúa el paciente 3 que reportó un 60% de malestar al inicio y bajó al 0% después del tratamiento. Los pacientes 4, 8 y 10 lograron una reducción significativa en el malestar reportado al final del tratamiento. Los pacientes 2 y 6 redujeron sus niveles al 0%. Los pacientes menos beneficiados con la intervención fueron el 5 y 11, el paciente 5 tuvo un aumento mínimo de malestar y el paciente 11 tuvo un aumento significativo llegando al 70%.



	Experimental	Diferido
PRE	9.3	7.54
POST	3.1	1.45
Rango	0-24	0-24
T	3.110	4.164
gl	9	10
p	.013*	.002*
Z	-2.439	-2.807
p	.015*	.005*

Figura 8: Malestar emocional asociado al tratamiento pre-post por grupo.

La figura 8 muestra las diferencias entre las medias de los puntajes de la subescala de malestar emocional asociado al tratamiento del Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID) al principio y al final de la intervención en cada uno de los grupos. Los puntajes al inicio de la intervención de los dos grupos se encontraban muy cercanos a la media teórica (10) indicando que, en promedio, los pacientes mostraban niveles moderados de malestar emocional asociado al tratamiento. Al final de la intervención se encontraron disminuciones significativas en las medias de ambos grupos de tratamiento.

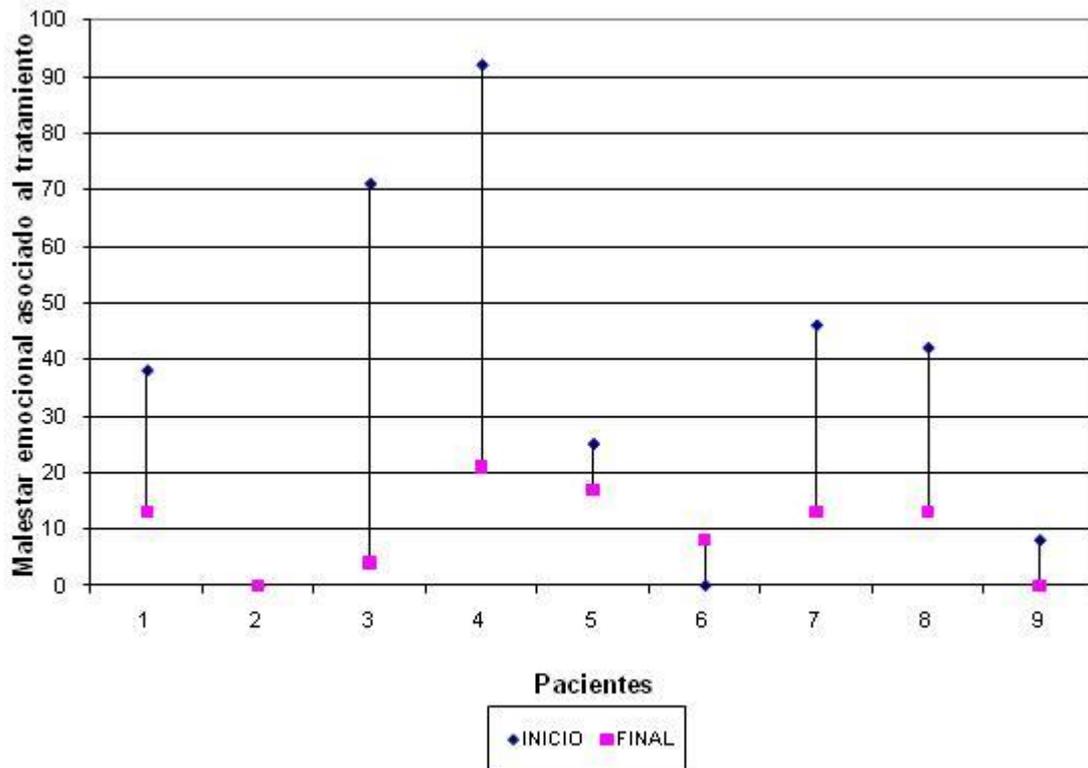


Figura 9: Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional asociado al tratamiento, grupo experimental.

La figura 9 muestra el porcentaje de cambio en el nivel de malestar emocional asociado al tratamiento del grupo experimental. A un mayor puntaje en la escala se cuenta con un mayor malestar emocional asociado al tratamiento. Al inicio de la intervención sólo los pacientes 3 y 4 reportaron niveles de malestar emocional elevados ubicándose en el 70 y 90% aproximadamente; estos mismos pacientes fueron los que se vieron más beneficiados con la intervención ya que al finalizar al paciente 3 se ubicó en el 4% aproximadamente y el paciente 4 en el 20%. Al inicio de la intervención los pacientes 2 y 6 no reportaron malestar emocional, sin embargo éste último al finalizar la intervención mostró un aumento mínimo del 10% en el malestar reportado. El paciente 9 mostró un nivel de malestar mínimo al iniciar el tratamiento y disminuyó al 0% al finalizar este. El resto de los pacientes mostraron niveles moderados al inicio y al finalizar la intervención se ubicaron entre el 10 y 20%.

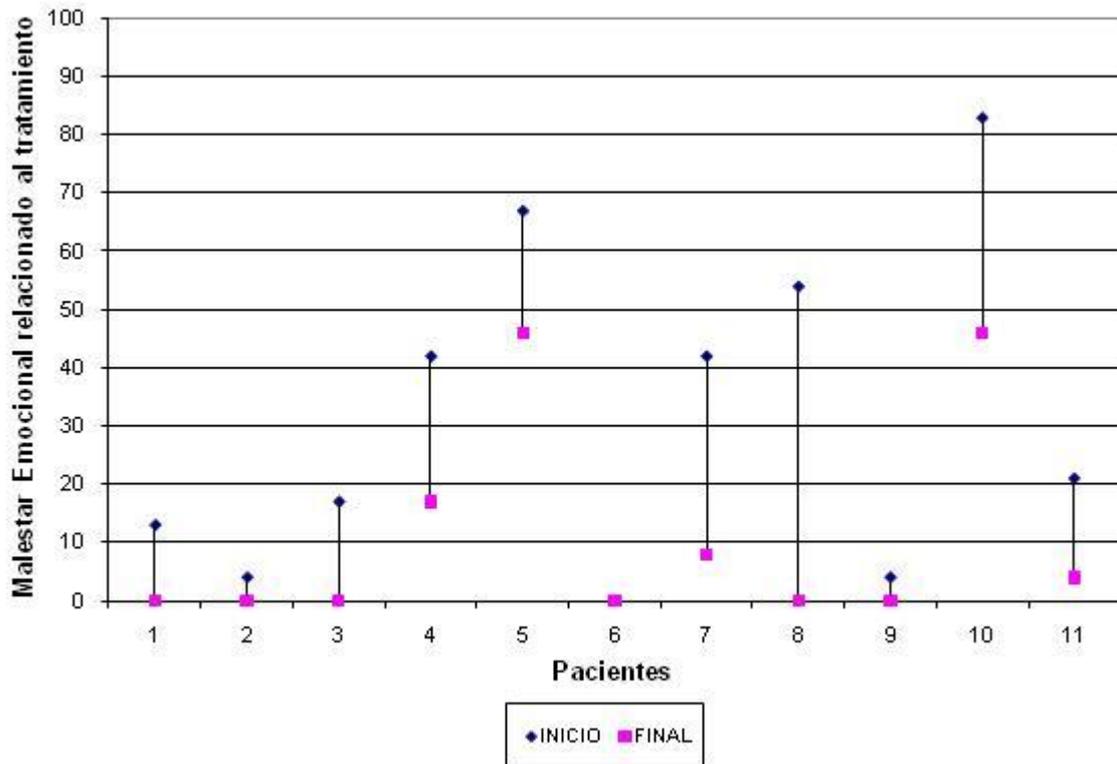
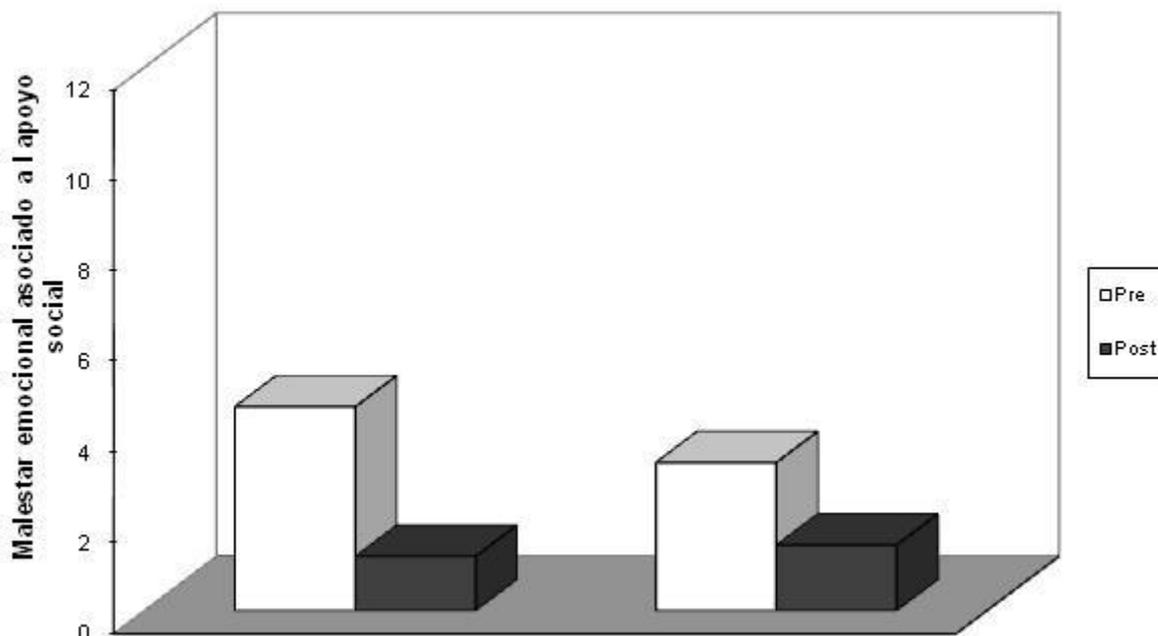


Figura 10: Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional asociado al tratamiento, grupo diferido.

La figura 10 muestra los cambios en el porcentaje de malestar emocional asociado al tratamiento del grupo diferido. Al inicio de la intervención la mayoría de los porcentajes de malestar emocional asociado al tratamiento de los pacientes se encontraban por debajo del 20%; sin embargo estos porcentajes bajaron aún más después de la intervención reportando la mayoría de los pacientes no sentir malestar con respecto a su tratamiento. Los pacientes que presentaron un nivel moderado de malestar emocional arriba del 50% al inicio de la intervención fueron el 5, 8 y 10, estos mismo pacientes lograron una disminución significativa en el malestar reportado, el cambio más notable fue el del paciente 8 pasando del 55% al 0% después de la intervención, los otros dos pacientes siguieron quedado muy cerca del 50%. Los pacientes 1, 2, 3, 6 y 9 y 11 al finalizar la intervención disminuyeron por completo su malestar mientras que los pacientes 4 y 7 disminuyeron sus niveles de malestar emocional en aproximadamente el 30% menos.



	Experimental	Diferido
PRE	4.5	3.27
POST	1.2	1.45
Rango	0-12	0-12
T	3.414	1.385
gl	9	10
P	.008*	.196
Z	-2.673	-1.355
P	.008*	.176

Figura11: Malestar emocional asociado a la falta de apoyo social pre-post tratamiento por grupo.

La figura 11 muestra las diferencias entre las medias de los puntajes de la subescala de malestar emocional asociado a la falta de apoyo social del Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID) al principio y al final de la intervención en cada uno de los grupos. Los puntajes al inicio de la intervención de los dos grupos se encontraban por debajo de la media teórica (6) indicando que, en promedio, los pacientes mostraban niveles bajos de malestar emocional asociado al tratamiento. A pesar de ello, al final de la intervención se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos.

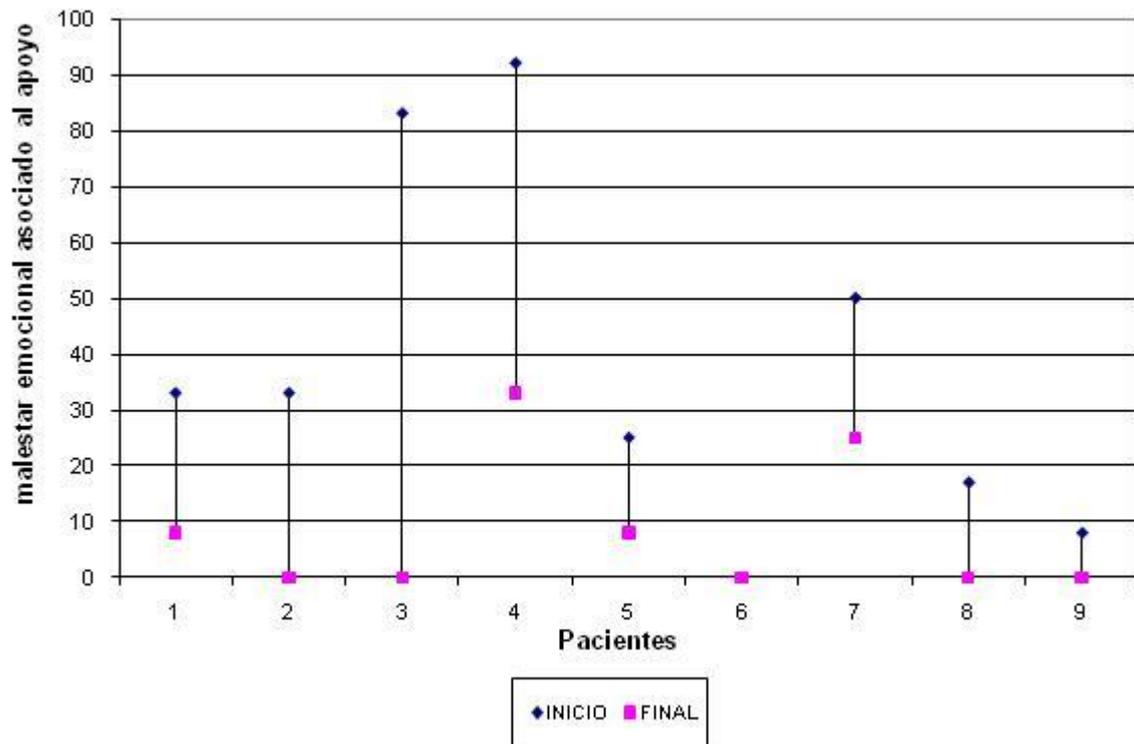


Figura 12: cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional (*distress*) asociado con la falta de apoyo social.

La figura 12 muestra el porcentaje de cambio pre-post en el malestar emocional asociado con el apoyo social de los pacientes del grupo experimental. Al inicio de la intervención la mayoría de los pacientes reportó niveles moderados de malestar emocional asociado al apoyo ubicándose por debajo del 50%, sólo los pacientes 3 y 4 reportaron niveles de malestar del 80 y 90% aproximadamente, sin embargo al finalizar la intervención fueron los pacientes mas beneficiados con el tratamiento ubicándose el paciente 4 arriba del 30% y el paciente 3 disminuyó por completo su malestar emocional. Los pacientes 1 y 5 alcanzaron un porcentaje menor al 10% posterior al tratamiento y los pacientes 2, 3, 8 y 9 disminuyeron completamente sus niveles de malestar posterior a la intervención. Finalmente el paciente 6 no reportó malestar emocional asociado al apoyo ni al inicio ni al final de la intervención.

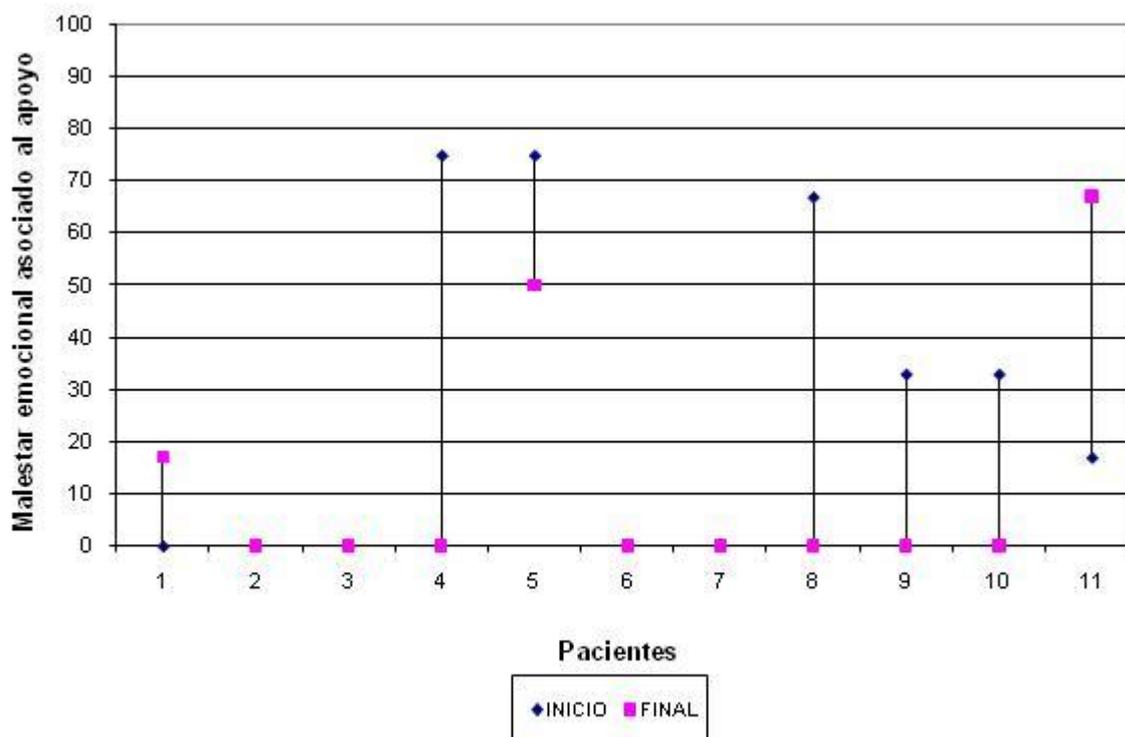


Figura 13: Cambios pre-post por paciente en el porcentaje de malestar emocional relacionado a la falta de apoyo social, grupo diferido.

La figura 13 muestra los porcentajes de cambio pre-post en el malestar emocional relacionado con el apoyo social de los pacientes que integraron el grupo diferido. La figura muestra que al inicio de la intervención los pacientes 1, 2, 3, 6 y 7 no reportaron sentir malestar emocional relacionado al apoyo social, sin embargo, posterior a la intervención el paciente 1 reportó un leve porcentaje de malestar ubicándose cerca del 20%. Se observa otro caso en el paciente 11 quien incrementó de manera considerable el malestar relacionado al apoyo social pasando del 20% de malestar reportado al inicio de la intervención a cerca del 70% posterior. Hubo cambios muy notables en los pacientes 4 y 8 que al inicio de la intervención reportaron entre el 70 y 80% de malestar y al final se ubicaron en el 0%. El resto de los pacientes, 5, 9 y 10 también reportaron una disminución en el malestar asociado al apoyo aproximadamente del 30%.

Capítulo 7. Discusión y conclusiones

El propósito del presente estudio fue evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual grupal para modificar los niveles de malestar emocional en pacientes con diabetes tipo 2. El primer objetivo específico incluyó el determinar el nivel de malestar emocional de la muestra en estudio. De acuerdo con los datos de la media de ambos grupos, en promedio, se encuentran niveles moderados de malestar emocional. Al llevar a cabo el análisis de las medias de cada una de las subescalas, se encuentran niveles moderados de malestar asociado a emociones desagradables y niveles bajos de malestar asociado al tratamiento y a la falta de apoyo social.

Los datos reportados difieren de los datos encontrados en estudios anteriores ya que en estos últimos se han reportado elevados índices de malestar emocional en pacientes con diabetes asociados al impacto del diagnóstico así como el miedo a futuras complicaciones, cargas psicológicas y sociales (Colunga, García de Alba, González y Salazar, 2008; Skovlund y Peyrot, 2005). Dichas diferencias pueden deberse, en primer lugar al tipo de población estudiada, ya que los estudios preliminares se han realizado en zonas urbanas y/o países desarrollados y en este caso el estudio se aplicó en una población habitada en una zona semirural del estado de Hidalgo. La forma de vida y cultura de cada población es diferente, en el caso de las zonas urbanas, la mayoría de la gente vive en un estrés constante, no precisamente asociado a la diabetes sino a su forma de vida cotidiana debido a la demanda de población, densidad de tráfico automovilístico, lo que a su vez puede obstaculizar las relaciones sociales, fomentando la descortesía y la indiferencia hacia los demás (Dorantes y Matus, 2002), Este tipo de situaciones puede interferir en las respuestas emocionales del paciente con respecto a su enfermedad; por otra parte en la zona semirural estudiada, puede observarse una vida más tranquila y un acercamiento mayor entre las personas, llámense familiares o vecinos dando pie a un mayor apoyo social con referencia a su enfermedad.

El siguiente objetivo específico fue determinar la efectividad de la intervención para modificar los niveles de malestar emocional de los pacientes. En términos

generales la intervención mostró ser efectiva al encontrar cambios clínica y estadísticamente significativos en las medias antes y después de la intervención en cada uno de los grupos.

Aún cuando en el puntaje total y en las subescalas del PAID no se presentan niveles altos de malestar emocional al inicio de la intervención, en términos generales, esta mostró ser efectiva para disminuir los niveles de malestar en aquellos pacientes que mostraron un puntaje elevado en la escala.

Considerando los porcentajes de cambio en el nivel de malestar emocional total, 11 de los 20 pacientes redujeron su malestar emocional a menos del 20% y 4 de los pacientes disminuyeron al 0%, sólo uno de los pacientes tuvo un ligero aumento en su nivel de malestar, lo cual, puede deberse a que durante la intervención el paciente presentó la pérdida de un familiar cercano.

En los datos por cada subescala se muestran cambios importantes en el malestar asociado a emociones negativas en 12 de los 20 pacientes, en donde 5 de ellos se ubicaron en niveles mínimos de malestar después de la intervención. También se presentaron incrementos leves en tres de los pacientes, donde nuevamente la paciente que sufrió la pérdida de un ser querido presentó el menor beneficio de la intervención. Estos cambios pudieron ser resultado de las sesiones que abordaron el manejo de estrés y la modificación de distorsiones cognitivas, en donde se entrenó al paciente para sustituir pensamientos irracionales por pensamientos racionales, esto bajo la perspectiva de Ellis (2005), que menciona que existe una conexión significativa entre las cogniciones negativas y la aparición de emociones negativas; por lo que el trabajo con las distorsiones cognitivas pudo influir de manera significativa disminuyendo la presencia de emociones negativas en los pacientes.

Respecto al malestar asociado al tratamiento se observaron cambios importantes en la mayoría de los pacientes. Seis de los veinte pacientes indicaron no sentir malestar por su tratamiento al final de la intervención, los demás se ubicaron debajo del 20%. Estos cambios pudieron deberse a que dentro de la intervención se trabajó con modificaciones en conductas relacionadas con el tratamiento como son

el monitoreo de glucosa, la práctica de ejercicio, la toma de medicamento y la alimentación; para lo cual se pidió a los pacientes un autorregistro en donde incluyeran todas estas actividades y a lo largo de la intervención se fueron haciendo los ajustes necesarios, es decir, se motivó a los pacientes para que incrementaran las conductas de autocuidado.

En la subescala correspondiente al malestar relacionado con el apoyo social se observaron cambios importantes en 12 de los 20 pacientes, siete de ellos disminuyeron sus puntajes hasta 0%, sin embargo, hubo dos pacientes que obtuvieron un incremento en esta subescala, nuevamente la paciente que indicó el conflicto familiar incrementó su puntaje. Los cambios en esta subescala pueden estar relacionados a las últimas sesiones en donde se trabajó con los familiares y los pacientes acerca del apoyo social, en donde se brindaron estrategias a los familiares sobre como apoyar al paciente con diabetes.

Los resultados obtenidos en el presente estudio dan indicios de la efectividad de la intervención cognitivo conductual en la modificación de niveles de malestar emocional en pacientes con diabetes tipo 2 de zonas semirurales de México. Estos datos coinciden con estudios anteriores que han mostrado que las intervenciones basadas en técnicas cognitivas conductuales reducen niveles de malestar emocional, contribuyendo a su vez a una mejora en las conductas de autocuidado y calidad de vida de los pacientes (Hains, Davies, Parton y Silverman, 2001; Surwit et al., 2002)

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra el reducido número de participantes que se incluyeron en cada uno de los grupos, dificultando los análisis estadísticos que comparan las medias antes y después de la intervención. Para ello, se sugiere para próximas investigaciones incluir un mayor número de pacientes por grupo que permita reafirmar la efectividad de la intervención cognitivo-conductual en la disminución del malestar emocional de pacientes con diabetes.

El incluir un grupo diferido al que se le proporcionó la intervención al finalizar el tratamiento experimental tuvo como objetivo el aumentar el control sobre las fuentes de validez interna del estudio, sin embargo, debido a los costos de

aplicación y al difícil acceso a la muestra en repetidas ocasiones, no fue viable medir a los pacientes del grupo diferido antes del inicio de su intervención. Se recomienda en posteriores estudios, incluir una medición al inicio de la intervención del grupo diferido para facilitar los análisis que muestren el control de la validez interna del estudio.

La utilización de una serie de estrategias del modelo cognitivo-conducual mostró ser útil para modificar el nivel de malestar, sin embargo, no se tiene claridad con respecto a que tenga en específico o que secuencia de presentación es la óptima para generar estas modificaciones, de ahí que se sugiera llevar a cabo estudios que comparen la efectividad de distintas técnicas y que evalúen la diferencia en la efectividad dependiendo del orden de presentación de las mismas.

La aplicación de la intervención en formato grupal permitió a los pacientes adquirir un mayor aprendizaje al retroalimentarse con los comentarios y opiniones de cada integrante del grupo, así mismo, tuvieron la oportunidad de compartir experiencias y lo más importante darse cuenta que no estaban solos con su diabetes, ya que la relación que se dió en el grupo permitió que los pacientes se brindaran ayuda mutuamente en las diferentes situaciones problemáticas expuestas.

Referencias.

- Albright, T.L., Parchman, M. & Burge, SK. (2001). The RRNeST Investigators: Predictors of self-care behavior in adults with type 2 diabetes: an RRNeSTStudy. *Family Medicine Journal*, 33, 354–360.
- American Diabetes Association. (2009). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 30, 42-47.
- American Medical Association. (2007). Insulina. *Journal of the American Medical Association*, 297, 230.
- Arrivillaga, M., Varela, M., Cáceres, D., Correa, D. y Holguín, L. (2007). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento psicológico*, 9, 33-49.
- Asociación Americana de la Diabetes. (2006). *Información sobre la diabetes*. Recuperado el 13 de Marzo del 2008 de: <http://www.diabetes.org/uedocuments/dangerous-toll-Spanish-2006.pdf>.
- Asociación Mexicana de la Diabetes. (2008). *Diabetes Mellitus*. Recuperado el 19 de Marzo del 2008 de: <http://www.geocities.com/diabetesac/diabasic.html>
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 4, 517-523.
- Barceló, A., Robles, S., White, F. Jadue, L. y Vega, J. (2001). Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5, 328-333.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid España: Paraninfo-Thompson Learning.
- Botero, C. (2004). Intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas Psychologica*, 2, 205-219.
- Caldera, J y Pullido, B. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de psicología del Centro Universitario de los Altos. *Revista de educación y desarrollo*, 7, 77-82.
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós
- Carter, W. R., Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., Clarke, W. L. & Scott, D. (1985). Effect of stress on blood glucose in IDDM. *Diabetes Care*, 4, 411- 412.

- Casals, P. (2005). *Taller de memoria: ejercicios prácticos*. Madrid: Hors
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología de la PUCP*, 2, 364-392.
- Cockerham, W. (2001). *Handbook of Medical Sociology*. Nueva York: Prentice Hall.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Colunga, C., García de Alba, J., González, M. y Salazar, J. (2008). Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Revista cubana de psicología*, 4, 1-7
- Compas. B. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw Hill
- Cosgrove M. (2004). Do stressful life events cause type 1 diabetes? *Occupational Medicine*, 54, 250–25.
- Cox, D. J., Irvine, A., Gonder-Frederick, L., Nowacek, G. y Butterfield, J. (1987). Fear of hypoglycemia: quantification, validation, and utilization. *Diabetes Care*, 10, 617-621.
- Cuevas, C., Perona, S. y Martínez, M. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con diagnóstico de trastorno delirante. *Psicothema*, 1, 120-126.
- 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. Madrigal, y F. Ramírez. *Diabetes*. (pp. 217-234). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Del Castillo, A., Rodríguez, J., Reyes-Lagunes, I., Guzmán M. y Martínez, J. (2007). Adaptación del Cuestionario de Malestar Emocional asociado a diabetes en población mexicana. En A. Del Castillo (Presidente), *Adaptación de Instrumentos Psicológicos*. Simposio efectuado en el XXXI Congreso Interamericano de Psicología. México, D.F.
- Delgado, F. y Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la educación física*. España: Index.

- Demas, P. y Wylie-Rosett, J. (1990). The Health Belief Model (HBM) re examined as a guide for intervention: Perceived susceptibility to diabetic complications as a source of stress. *Diabetes*, 39 (Suppl. 1), 9A.
- Domínguez, J., Morales, F. y Landeros, M. (1999). La psicología de la salud en el plan de estudio de la medicina: razones del cambio. *Educación Médica Superior*, 13, 19-27.
- Dorantes, C. y Matus, G. (2002). Es estrés y la ciudad. *Revista del centro de investigación*, 18, 71-77.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2006). *Resultados por entidad federativa. Hidalgo*. Recuperado el 12 de septiembre de 2009 de: <http://www.insp.mx/ensanut/centro/Hidalgo.pdf>
- Ellis, A. y Abrahams, E. (2005). *Terapia racional emotiva*. México: Pax México.
- Escalante, J. (2001). Tratamiento de la diabetes tipo 2. Actualidades. *Investigación en salud*, 3, 57-61
- Everly, G. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Plenum Press.
- Federación Internacional de la Diabetes (2006). *Resolución 61/225 de las Naciones Unidas: Día Mundial de la Diabetes*. Recuperado el día 10 de marzo del 2007 de: http://www.unitefordiabetes.org/assets/files/WDD_media_kit_0407_es.pdf
- Federación Internacional de la diabetes. (2006). Educación del paciente y atención psicológica. *Diabetes Voice*, 51, 9-11.
- Federación Internacional de la diabetes. (2007). Nuevos datos, perspectivas renovadas: Diabetes Atlas, tercera edición. *Diabetes Voice*, 52, 46-48.
- Federación Mexicana de la Diabetes, (2007). *Los números de la diabetes en México*. Recuperado el día 14 de Marzo del 2008 de http://www.fmdiabetes.com/v2/paginas/d_numeros.php
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). "Estilos y estrategias de afrontamiento". En E. G. Fernández – Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.) *Cuadernos de práctica de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Floréz, L. (2004). Psicología de la Salud. *Psicología científica*, 141. Recuperado el 10 de enero del 2008 de: <http://www.psicologiacientifica.com/bv>.
- Forner, C., Guerrero, A., Gilabert, E. y Rojo, E. (2002). *La adaptación o afrontamiento ante la pérdida de la salud*. Revisado el 22 de mayo de 2009 de: www.grupoaulamedica.com.

- Frank, L., Collins, J., Kristen, H., Kimberly, R., Brian, I. y William, R. (2003). Stress and Health. En L. Cohen, D. Mc Chargue, F. Collins (Eds.), *The Health Psychology Handbook. Practical issues for the behavioral medicine specialist* (pp. 169-185). USA: illustrated.
- Garay, M., Malacara, J., González, E., Wróbel, K., Wróbel, K. y Gutiérrez, A. (2000). Perceived psychological stress in diabetes mellitus type 2. *Investigación Clínica*, 3, 241-245.
- García, C. y González, A. (2000). *Tratado de psiquiatría social. (2º Ed.)*. Madrid: Diaz de Santos.
- Gatchel, R. & Oordt, M. (2003). *Clinical health psychology and primary care practical advice and clinical guidance for successful collaboration*, Washington DC: American Psychological Association.
- Gerrig, R. y Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida. (17ª. Ed.)*. México: Pearson Educación.
- Glaser, R. (2005). Stress-associated immune dysregulation and its importance for human health: a personal history of psychoneuroimmunology. *Brain, Behavior and Immunity*, 19, 3-11.
- Glasgow, R., Fisher, E., Anderson, B., La Greca, A., Marrero, D. & Johnson, s. (1999). Behavioral science in diabetes: contributions and opportunities. *Diabetes care*, 5, 832-843.
- Goday, A. (2002). Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. *Cardiología*, 6, 657-670.
- Gonder-Frederick, L. A., Carter, W. R., Cox, D. J. & Clarke, W. L. (1990). Environmental stress and blood glucose change in insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychology*, 5, 503-515.
- Gonder-Frederick, L., Cox, D., Driesen, N. y Clarke, W. (1992). Effects of hypoglycemia on neuropsychological function: A reliability study. *Diabetes*, 41, 85A.
- Gonder-Frederick, L., Cox, D. & Ritterband, L. (2002). Diabetes and behavioral medicine: the second decade. *Journal of consulting and clinical psychology*, 3, 611-125.
- González, B. y Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista mexicana de neurociencias*, 1, 30-38.

- González-Uresti, X., López, A.J., Aguilar, S.C., García, G.E., Gómez-Pérez, F.J. y Lerman, G.I. (1997). *Disfunción emocional y diabetes*. XIV Congreso Panamericano de Endocrinología; 1997; Noviembre 21-25; Cancún, México: 29.
- González, M. T. y Landero, R. (2007b). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *Spanish Journal of Psychology*, 1, 199-206.
- Grau, J., Hernández, E. y Vera, P. (2005). Estrés, Salutogénesis y vulnerabilidad. En E. Hernández y J. Grau (comp). *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.
- Gutiérrez, G. (1998). La promoción del eustrés. *Revista electrónica de Psicología*, recuperado el 10 de febrero de 2009 de: www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/art_3.htm
- Hains, A., Davies, W., Parton, E. & Silverman, A. (2001). Brief report: A cognitive behavioral intervention for distressed adolescents with type 1 diabetes- *Journal of Pediatric psychology*, 1, 61-66.
- Herschbach, P., G. Duran, S. Waadt, A. Zettler, C. Amm, & B. Marten-Mittag (1997) Psychometric properties of the Questionnaire on Stress in Patients with Diabetes--Revised (QSD-R). *Health Psychology*, 16, 171-174.
- Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Libros en red.
- Holmes, T.H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hunter, J., Hamera, E., O'Connell, K. y Heilman, R. (1985). Coping with stress of following a diabetic regimen. *Diabetes*, 34, (Suppl. 1), 42A.
- Instituto Nacional de estadística, geografía e informática (2009). Hombres y mujeres de México. Recuperado el día 11 de septiembre de: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2009/MyH_2009_1.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2005). *Diabetes Mellitus*. Recuperado el día 29 de abril del 2008 de: http://www.insp.mx/Portal/Cuidados_salud /diabetes-INSP.pdf

- Jiménez, S. y Fernández, F. (2001). *Valoración actual de la terapéutica cognitivo-conductual en las depresiones*. Revisado el 15 de abril de 2009 de: www.grupoaulamedica.com
- Kumate, J. (2002). La transición epidemiológica del siglo XX: vino nuevo en odres viejos. *Facultad de Medicina, UNAM*, 45, 97-101.
- La Greca, A. M., Hurtwitz, B. E., Freeman, C. R., Wick, P., Ireland, S., Agramonte, R. F., Marks, J. B., Schneiderman, N. y Skyler, J. S. (1991). Autonomic dysfunction in adults with IDDM: Implications for psychological functioning. *Diabetes*, 40 (Suppl. 1), 431A.
- Labiano, 2004. (2004). Introducción a la psicología de la salud. En L. Oblitas (comp.) *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 3-19). México: Thompson.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones roca.
- Lazcano, M. y Salazar, B. (2006). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, *Aquichan*, 1, 77-84.
- Lega, V., Caballo, V. y Ellis A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. (2ª edición). Madrid: siglo XXI.
- Lewis, S., Heitkemper, M. y Dirksen, S. (2004). *Enfermería médicoquirúrgica: Valoración y cuidados de problemas clínicos*. (6ta. ed) Madrid: Elsevier España.
- Libertad, A. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad [versión electrónica]. *Salud Pública de Cuba*, 29, 275-281.
- Lin, EH., Katon, W., Von, Korff M., Rutter, C., Simon, GE., Oliver, M., Ciechanowski, P., Ludman, EJ., Bush, T. & Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*, 27, 2154–2160.
- Londoño, C., Valencia, S. y Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública [versión electrónica]. *Psicología y Salud*, 2, 199-205.
- Lloyd, C., Dyer, P., Lancashire, R., Harris, T., Daniels, J. & Barnett, A. (1999). Association Between Stress and Glycemic Control in Adults With Type 1 (Insulin-Dependent). *Diabetes, Diabetes care*, 22, 1278-1283.

- Lloyd, C., Smith, J. & Weinger, K. (2005). Stress and diabetes: a review of the links. *Diabetes Spectrum*, 2, 121-127.
- Lyddon, W. y Jones, J. (2002). *Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras*. México D. F.: Manual moderno.
- Mantik, S., McLean, M., Ruff, D. y Bucher, L. (2004). *Enfermería medicoquirúrgica: Valoración y cuidados de problemas clínicos*. Madrid: Elsevier España.
- Markenson, D. (2007). *Asistencia pediátrica prehospitalaria*. Madrid: Elsevier España.
- Martín, M. C., Albarrán, M. E. y Lumbreras, E. M. (2004). Revisión sobre el dolor neuropático en el síndrome del pie diabético. *Anales de Medicina Interna, Madrid*, 21, 450-455.
- Martínez, P. y Belloch, A. (2004). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondría en los sesgos atencionales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 299-311.
- Mcewen, B. (1995). Stressful experience, brain, and emotions: Developmental, genetic and hormonal influences. En M. S. Gazzaniga (Ed.) *The Cognitive Neurosciences* (pp. 1117-1136), Cambridge: MIT.
- Meland, S., Shirom, A., Toke, S. & Shapiro, I. (2006). Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: A Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons. *Medicina psicosomática*, 68, 863-869.
- Méndez, F. y Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 2, 189-198.
- Mingote, J., Mingote, A., Mingote, C., Pérez, S. (2003). *Estrés en la enfermería: el cuidado del cuidador*. Madrid: Díaz de Santos.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Sonora: UniSon.
- Moreno, M. (2001). Terapia cognoscitivo conductual para depresión en diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en salud*, 1, 65.
- Morera, A. y González de Rivera, J. (1983). Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica. *Psiquis*, 4, 253-260.
- Nunes, M., García, C. y Alba, S. (2006). Evaluación Psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios Sociales*, XIV, 138-161.
- Oblitas, L. y Becoña, A. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdez.

- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: PSICOM.
- Oblitas, L. (2008). Panorama de la Psicología de la Salud. *Psicología científica*, 314. Recuperado el 10 de enero del 2008 de: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-314-panorama-de-la-psicologia-de-la-salud.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (2004). *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Recuperado el día 19 de Marzo del 2008 de: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Diabetes*. Recuperado el día 14 de marzo de 2008 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/print.html>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Escalada general de la diabetes alcanza ya niveles alarmantes*. Recuperado el día 19 de Marzo del 2008 de: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps071114.htm>.
- Oros de Sapira, L. y Neifert, I. (2006). Construcción y validación de una escala para evaluar indicadores físicos y psicoemocionales de estrés [versión electrónica]. *Evaluar*, 6, 1-14.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Perea, R. y Bouché, J. H. (2004). *Educación para la salud: un reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos.
- Pérez, G. (2004). *Sistema computacional para la medición multidimensional del estrés*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma Metropolitana, México, DF.
- Perona, S. y Cuevas, C. (2002). Aplicaciones de la terapia cognitivo-conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 1, 26-33.
- Peyrot, M., McMurray, J., & Kruger, D. (1999). A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: Stress, coping and regimen adherence. *Journal of health and social behavior*, 40, 141-158.
- Piña, J. y Torres, A. (2008). Stress-related situations as predictors of adherence-to-medication behavior among women with type 2 diabetes, *international journal of Hispanic Psychology*, 1, 75-83.

- Polonsky, W.H., Anderson, B.J., Lohrer, P.A., Welch, G., Jacobson, A.M., Aponte, J.E. & Schwartz, C.E. (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*, 18, 754-760.
- Polonsky, W., Fisher, L., Earles, J., Lees, J., Mullan, J. & Jackson, R. (2005). Assessing psychosocial distress in diabetes. *Diabetes care*, 3, 626-631.
- Raikkonen, K., Keltikangas, L., Adlercreutz, H. & Hautanen, A. (1999) Psychosocial stress and the insulin resistance syndrome. *Metabolism*, 45, 1533- 1541.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud un enfoque conductual*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Riveros, A., Cortázar, J., Alcázar, F. y Sánchez, 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.
- Roa, A. (1995). *Evaluación del estrés*. Madrid: CEPE.
- Robins, C. y Hayes, A. (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 205-214.
- Rodríguez, J. (2001). *Psicología social de la salud*. España: Síntesis psicológica.
- Romero, J. (2006). Las políticas de la salud en el Perú: una mirada crítica [versión electrónica], *Psicología*, 012, 79-85.
- Sanchez-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.
- Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R. y Baranda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de investigación clínica*, 6, 540-546.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 1, 141- 157.
- Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación
- Scheier, M., Carver, C. y Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self - esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.

- Serra M.R., Díaz, J. y De Sande, M.L. (2003). *Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología*. (2º ed.) España: Elsevier.
- Siegrist, J., Siegrist, K. y Weber, I. (1986). Sociological concepts in the etiology of chronic disease: The case of ischemic heart disease. *Social Science and Medicine*, 22, 247-253.
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar y Subjetividad*, 1, 10-59.
- Skovlund, S. y Peyrot, M. (2005). The diabetes attitudes, wishes, and needs (DAWN) program: a new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes spectrum*, 3, 136-142.
- Smith J. (2002). The enemy within: stress in the lives of women with diabetes. *Diabetic Medicine*, 19, (Suppl.2), 98–99.
- Snoek, F. (2002). Comprender el lado humano de la diabetes. *Diabetes Voice*, 47, 37-40.
- Snoek, F. J., Scholtes, M. & Heine, R. J. (1991). Prevalence of fear of hypoglycaemia in patients with type I diabetes. *Diabetología*, 34 (Suppl.2), A176.
- Snoek, F., Power, F., Welch, G. & Polonsky, W. (2000). Diabetes related emotional distress in Dutch and U.S. diabetic patients. *Diabetes care*, 23, 1305-1309.
- Snoek, F., Van der Ven, N. & Lubach, C. (1999). Cognitive Behavioral Group Training for poorly controlled type 1 diabetes patients: a psychoeducational approach. *Diabetes spectrum*, 3, 147-158.
- Spangler, J.G., Summerson, J.H., Bell, R.A. & Konen, J.C. (2001). Smoking status and psychosocial variables in type 1 diabetes mellitus. *Addictive Behaviors*, 26, 21–29.
- Steed, L., Cooke, D. & Newman, S. (2003). A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological intervention in diabetes mellitus. *Patient education and counseling*, 51, 5-15.
- Stephoe, A. & Ayers, S. (2004). Stress, Health and Illness. En S. Sutton, A. Baum y M. Johnston (Eds.), *The Sage Handbook of Health Psychology* (pp. 170-193). London: Sage publications.
- Sterling, P. & Eyer, J. (1995). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In J. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-649). London: John Wiley and Sons.

- Sternberg E. (2001). *The balance within. The science connecting health and emotions*. Nueva York: WH Freeman and Company.
- Surwit, R., Tilburg, M., Zucker, N., McCaskill, C., Parekh, P., Feinglos, M. Edwards, C., Williams, P. & Lane, J. (2002). Stress management improves longterm glycemic control in Type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 30-34.
- Szot, J. (2003). La Transición demográfico-epidemiológica en Chile, 1960-2001. *Salud Pública*, 77, 605-6013.
- Taylor, S., Peplau, L. & Sears, D. (2000). *Social Psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Trianes, M. (2002). *Estrés en la infancia: Su prevención y tratamiento*. Madrid: Narcea.
- Turner, R.J., Wheaton, B. & Lloyd, D.A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125.
- Van der Ven, N., Weinger, K. y Snoek, F. (2002). Terapia cognitivo-conductual: cómo mejorar el autocontrol de la diabetes. *Diabetes voice*, 3, 10-13.
- Veléz, H., Rojas, W., Borrero, J. y Restrepo, J. (2006). *Fundamentos de Medicina. Endocrinología*, (6º Ed.) CBI: Colombia
- Vera, M. G. (1999). Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles de población*, 25, 179-206.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociadas con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 2, 125-137.
- Viner, R., McGrath, M. & Trudinger, P. (1996). Family stress and metabolic control in diabetes. *Archives of Disease in Childhood*, 74, 418-421.
- Weinger, K. & Jacobson, A.M. (2001) Psychosocial and quality of life correlates of glycemic control during intensive treatment of type 1 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 42,123-131.
- Welch, G.W., Jacobson, A.M. & Polonsky WH. (1997). The Problem Areas In Diabetes scale: an evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care*, 20,760-766.
- Welch, G.W., Weinger, K., Anderson, B. & Polonsky W.H. (2003). Responsiveness of the Problem Areas In Diabetes (PAID) questionnaire. *Diabetic Medicine*, 20, 69-72.

- Williams, G., McGregor, H., Zeldman, A., Freedman, Z. & Decci, E. (2004). Testing a Self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology, 1*, 58-66.
- Worley, H. (2006). *Las enfermedades crónicas asedian los países en desarrollo*. Recuperado el 22 de marzo de 2008 de: <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2006/LasEnfermedadesCronicasAsedianalosPaisesenDesarrollo.aspx>

ANEXOS

ANEXO 1

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 intervenc 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 2.

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	Glibenclámda	Metformina	Ins NPH	Ins R	Captopril	Metoprolol	Nifedipino	Clortalidona	Pln 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 3) No sabe 2) Tipo 2
11	¿Hace cuantos años le diagnosticaron diabetes?	1) 0 a 1 años 3) 6 a 10 años 2) 2 a 5 años 4) 11 años o mas

12	¿Cuál cree usted que fue la causa de su diabetes?	
13	¿En que consiste su tratamiento?	1) Sólo dieta 2) Sólo pastillas 3) Pastillas + insulina 4) Sólo 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 mencionó es la(los) que **mas 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.

Anexo 3.

Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID)					
Instrucciones: ¿Cuál de los siguientes temas relacionados con su diabetes constituyen un problema para usted? Marque un círculo alrededor del número que mejor describa su situación. Por favor conteste todas las preguntas.					
¿Qué tanto es un problema para usted...?	No es un Problema 0	Problema menor 1	Problema moderado 2	Problema relativamente grave 3	Problema grave 4
1. ¿El sentirse asustado cuando piensa lo que será de hoy en adelante su vida con esta enfermedad?	0	1	2	3	4
2. ¿Las situaciones sociales incómodas que se relacionan con el cuidado de su diabetes (por ejemplo cuando otras personas le dicen lo que debe o no debe comer)?	0	1	2	3	4
3. ¿El que no le permitan comer de todo?	0	1	2	3	4
4. ¿El sentirse triste cuando piensa lo que será de hoy en adelante su vida con esta enfermedad?	0	1	2	3	4
5. ¿El no saber si lo que siente o como se siente tiene que ver con su enfermedad?	0	1	2	3	4
6. ¿El sentirse fastidiado por su diabetes?	0	1	2	3	4
7. ¿El sentirse preocupado por lo que le pasa cuando le baja el azúcar?	0	1	2	3	4
8. ¿El sentirse enojado cuando piensa lo que será de hoy en adelante su vida con esta enfermedad?	0	1	2	3	4
9. ¿El estar todo el tiempo preocupado por la comida y por lo que come?	0	1	2	3	4
10. ¿El preocuparse por la posibilidad de tener complicaciones graves en su salud en el futuro?	0	1	2	3	4
11. ¿El sentirse culpable cuando no sigue su tratamiento?	0	1	2	3	4
12. ¿El no aceptar su enfermedad?	0	1	2	3	4
13. ¿El sentirse a diario desgastado mental y físicamente por su diabetes?	0	1	2	3	4
14. ¿El sentir que está sólo con su diabetes?	0	1	2	3	4
15. ¿El sentir que sus amigos y familiares no lo apoyan lo suficiente para seguir su tratamiento?	0	1	2	3	4
16. ¿El enfrentar las complicaciones de su enfermedad?	0	1	2	3	4

ANEXO 4.

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MODIFICAR EL NIVEL DE MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES POR SESIÓN.								
F A S E 1	No. Sesión	Tema	Objetivos	Actividades desarrolladas	Técnica empleada	Materiales utilizados	Tiempo	observaciones
	1	Presentación	-Presentación del grupo y coordinadores. -Detectar expectativas de los integrantes del grupo. -Exponer objetivos, procedimiento y reglas de la intervención.	-Recibimiento de pacientes. -Dinámica de presentación. -Detección de expectativas. -Presentación de objetivos. -Exposición de reglas del grupo.		Cuestionario Rotafolios. Hojas con reglas impresas.	120 minutos	Asistieron todos los pacientes tanto del grupo experimental como del grupo diferido. Todos se integraron a las actividades.
	2	Educación en diabetes	-Informar a los pacientes sobre las causas, características, síntomas, complicaciones y tipos de tratamiento de la diabetes.	Exposición de temas relacionados con los principales aspectos de la diabetes. Dinámica para reforzar los conceptos.	Educación en diabetes	Presentación Power Point. Globos. Imágenes. Grabadora. Disco.	120 minutos	Surgieron muchas dudas en los pacientes acerca de su enfermedad que a lo largo de la sesión se fueron resolviendo.
F A S E 3	3	Alimentación (1era. parte)	-Que los pacientes aprendan a identificar los alimentos que contienen carbohidratos. -Informar a los pacientes sobre las porciones de carbohidratos que deben	-Exposición de los alimentos que contienen y no contienen carbohidratos. -Entrenamiento en	Solución de problemas para la realización de conductas de autocuidado.	Rotafolios. Palomitas de fomi.	120 minutos	En esta sesión uno de los pacientes del grupo experimental no asistió a la sesión. Los pacientes cambiaron su

		consumir diariamente. -Entrenar a los pacientes e el conteo de porciones de carbohidratos que deben consumir diariamente.	el conteo de carbohidratos.		Presentación power point.		idea acerca de los alimentos prohibidos por su enfermedad y aprendieron a que no hay alimento prohibido para ellos y que lo importante es que cuiden las cantidades de lo que comen,
4	Alimentación (segunda parte)	-Que el paciente conozca el número de porciones de carbohidrato que esta consumiendo semanalmente y se de cuenta si está excediendo o le faltan porciones por consumir. Exponer al paciente las diferentes técnicas de autocontrol que existen y que aprenda como ponerlas en práctica en su vida diaria. -Que el paciente busque soluciones para los principales obstáculos que le impiden llevar una alimentación saludable.	Aclaración de dudas acerca del conteo de carbohidratos. Informe sobre los promedios de carbohidratos manejados por los pacientes. -Formulación de metas personales sobre la cantidad de carbohidratos a consumir. Exposición de técnicas de autocontrol	Control de estímulos. Autorregistro. Autoreforzamiento. Autocastigo. Entrenamiento en respuesta alternativa.	Presentación Powewr Point.	20 minutos	Cada uno de los pacientes seleccionó una técnica de autocontrol que pondría en práctica para resolver el problema que tenía respecto a la alimentación, así mismo se propuso un autoreforzamiento para motivar su conducta.
5	Ejercicio	-Que los pacientes conozcan la importancia y función del ejercicio dentro de su tratamiento para la diabetes. -Que los pacientes conozcan la diferencia entre el ejercicio y la actividad física. -Entrenar a los pacientes en una rutina de ejercicios.	-Detección de conocimientos previos sobre el ejercicio. -Exposición de la importancia del ejercicio en el control de la diabetes. -Exposición de las etapas de la rutina de ejercicio así	Implementación y reforzamiento de conductas de autocuidado.	Presentación Power Point. CD con la rutina de ejercicio.	120 minutos	En esta sesión fue la tercera vez que faltó uno de los pacientes por lo que de acuerdo con los criterios de eliminación se procedió a dejar al paciente fuera de la intervención.

			como las medidas necesarias en caso de presentar malestar durante la rutina.				
6	Manejo de estrés	-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 manejo de estrés.	Detección de conocimientos previos sobre el estrés. Exposición sobre el estrés y su influencia dentro de la diabetes. Explicación de la pirámide del manejo de estrés. Exposición del grupo sobre las dificultades que presentan para realizar ejercicio.	Entrenamiento en el manejo de estrés, mediante la imaginación guiada.	Rotafolios. Presentación Power Point.	120 minutos.	Durante esta sesión la mayoría de los pacientes de ambos grupos, en un primer momento, no reconocían la importancia del ejercicio y el manejo de estrés dentro del control de su enfermedad, sin embargo al finalizar la sesión cada uno de los pacientes se planteó una meta para empezar a poner en práctica el ejercicio como parte de su tratamiento.
7	Pensamientos (primera parte)	-Que los pacientes identifiquen la importancia de los pensamientos en el malestar emocional. -Que los pacientes identifiquen las características de los pensamientos racionales e irracionales.	-Identificación de características de pensamientos racionales e irracionales y su relación con las emociones.	Identificación de pensamientos irracionales.	Presentación Power Point.	120 minutos.	Durante esta sesión se buscó que a los pacientes les quedara clara la diferencia entre los pensamientos racionales e irracionales para que pudieran identificar la irracionalidad de sus propios pensamientos.
8	Pensamientos (segunda parte)	-Que los pacientes identifiquen en que medida los pensamientos se relacionan con la conducta y las emociones, así como su impacto en la diabetes.	-Identificación de pensamientos irracionales en los pacientes. -Identificación de estrategias para	Identificación de la relación, cognición, emoción y conducta.	Tarjetas Pizarrón.	120 minutos	En esta sesión los pacientes se dieron cuenta de que tenían pensamientos que no necesariamente eran

			-Que los pacientes aprendan como combatir pensamientos irracionales	combatir pensamientos irracionales.				verdaderos y buscaron estrategias para modificarlos.
	9	Asertividad	-Que los pacientes identifiquen los diferentes tipos de comunicación (agresiva, pasiva y asertiva). -Entrenar a los pacientes en la comunicación asertiva.	Exposición de los diferentes tipos de comunicación. Ensayo de estrategias para lograr una comunicación asertiva.	Entrenamiento en asertividad.	Presentación Power Point	120 minutos.	Para algunos de los pacientes fue difícil poner en práctica las estrategias para lograr una comunicación asertiva, sin embargo al finalizar la sesión mostraron avances en el entrenamiento.
F A S E 3	10	Apoyo social	-Que los pacientes y familiares conozcan la importancia del apoyo social para el bienestar del paciente. -Que los integrantes del grupo conozcan los diferentes tipos de apoyo social que pueden dar y recibir.	-Invitación a los familiares de los pacientes para integrarse en las actividades. Exposición de la importancia del apoyo social para el paciente con diabetes. -Descripción de los diferentes tipos de apoyo que se pueden brindar al paciente. Formulación de acuerdos entre familiar y paciente para recibir y dar apoyo.	Formulación de acuerdos entre familiar y paciente para recibir y dar apoyo.	Bufandas. Presentación Power Point.	120 minutos	Se observó la participación e integración de los familiares en las actividades de la sesión. En algunos casos se pudo observar que el paciente y el familiar tenían concepciones diferentes de lo que es el apoyo social.

	11	Despedida	<p>Conocer si se cumplieron las expectativas de los pacientes.</p> <p>Conocer las opiniones del grupo sobre el proceso de la intervención.</p> <p>Propiciar que el paciente realice una autoevaluación sobre su participación dentro del grupo.</p> <p>Agradecer la participación de cada uno de los pacientes en el grupo y motivarlos a seguir aprendiendo de su enfermedad.</p>	<p>-Autoevaluación de expectativas de los pacientes.</p> <p>-Entrega de reconocimientos por su participación en el grupo.</p> <p>-Agradecimiento hacia los pacientes de manera personal.</p>		Constancias de participación	120 minutos.	Cada uno de los pacientes se mostró muy agradecido con la intervención y refirió haber sacado mayor provecho de la misma.
	12	Evaluación	<p>Detectar los cambios obtenidos posteriores a la intervención.</p>	<p>Aplicación de escala de malestar emocional.</p>		formatos de evaluación,	120 minutos	Todos los pacientes asistieron a su evaluación después de terminar su intervención.