



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

**EFFECTO DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN LOS
NIVELES DE ESTRÉS Y EN LOS FACTORES QUE INCIDEN EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO DE PACIENTES QUE
PRESENTAN DIABETES MELLITUS TIPO 2**

POR:

ROMELIA ANAIS ROSAS E.

9-198-462

**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS
REQUISITOS PARA OPTAR POR EL GRADO
DE MAestrÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

2018

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
CONDUCTENTES A TESIS DE GRADO

CÓDIGO: CE-PT-327-14-255-01-17-16

ESTUDIANTE: ROMELIA ANAIS ROSAS E.

N° CÉDULA: 9-198-462

TÍTULO QUE ASPIRA: MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO DE TESIS:

**EFFECTO DEL TRATAMIENTO COGNITIVO
CONDUCTUAL EN LOS NIVELES DE ESTRÉS Y
EN LOS FACTORES QUE INCIDEN EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO DE
PACIENTES QUE PRESENTAN DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

NOMBRE DE LA ASESORA: MAGÍSTER RITA MEDINA TENORIO

FIRMA DE LA ASESORA: _____

FIRMA DE LA ESTUDIANTE: _____

APROBADO POR:

COORDINADOR DEL PROGRAMA

**DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA
DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa en: Psicología Clínica
Facultad de: Psicología
Número de código: CE-PT-327-14-255-01-17-16
Nombre de estudiante: Romelia Anais Rosas E.

Título al que aspira: Maestría en Psicología Clínica

Tema de tesis: “Efecto del tratamiento Cognitivo Conductual en los niveles de estrés y en los factores que inciden en la adherencia al tratamiento médico de pacientes que presentan diabetes mellitus tipo 2”.

Resumen ejecutivo: La no adherencia al tratamiento tiene efectos a corto y largo plazo en el paciente con diabetes tipo 2. Por este motivo, realizamos una investigación con un diseño pre experimental, con la medición de pre-prueba y post-prueba y selección de la muestra no aleatoria, con la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual de 12 sesiones organizadas para trabajar sus cogniciones y conductas relacionadas con el manejo del estrés y los factores que inciden en la adherencia al tratamiento, evaluando así su efectividad en los pacientes de la muestra con antecedente de diabetes mellitus tipo 2.

Nombre de la asesora: Magíster Rita Medina Tenorio

Firma de la asesora: _____

Firma de la estudiante: _____

Aprobado por: _____

Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría
de Investigación y Postgrado

DEDICATORIA

Dedicado este trabajo de investigación:

A la memoria de mi padre **Arcelio Antonio Rosas Escartín** (Q.E.P.D.), diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2, quien en vida me acompañó en este proceso de formación y me estimuló a seguir adelante a pesar de las adversidades.

A mi querida madre **Romelia Espinosa Vda. de Rosas**, una mujer ejemplar, de mucha fe y fortaleza, quien me ha apoyado en todo momento y a quien le debo lo que soy hoy en día.

A mis hijos **José Isaac y Juan Pablo**, a quienes amo y son mi estímulo para seguir superándome.

A mis **sobrinos**, a quienes quiero como a mis hijos y a los cuales exhorto para que sigan luchando por sus metas.

A los **pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2**, a quienes considero unos guerreros.

**“Deja tus preocupaciones al Señor, y él te mantendrá firme;
nunca dejará que caiga el hombre que lo obedece”.**

Salmo 54, 23

AGRADECIMIENTO

Primero que todo, mi agradecimiento es a Dios por regalarme el don de la vida y por ser siempre mi fortaleza.

Agradezco a mi asesora Magíster Rita Medina, por guiarme durante este proceso de investigación y, sobre todo, por estimularme a culminar esta meta.

Mi eterna gratitud a los participantes de este trabajo de investigación, por el apoyo y aportes brindados para el desarrollo del mismo.

Agradezco al psicólogo Alfonso Villalobos Pérez, por responder a mi solicitud y permitirme la utilización de la escala de adherencia.

A los profesores Laura Domínguez, Edna Martínez, María I. Barrios, Marta Díaz, Gina Candanedo, Melva Ztansiola, Francisca Domínguez, José I. Guerrero, Román Lay, quienes impartieron sus conocimientos en las diferentes cátedras de la maestría.

Agradezco a mis compañeros Yarineth, Diana, Sandra, Michel, Brisilda, Mélida, Zayarith, Héctor, Vladimir, los cuales me brindaron su apoyo y toda su comprensión.

Un agradecimiento especial a mi esposo Tomás Espinosa, por su comprensión; a mi hermana Romelia del Carmen, por apoyarme y estimularme a culminar esta meta; a mis hermanos Gloria, Iliana, Francisco, Luis C., Luis A. y Elio.

Agradezco a mi prima Laura Almanza por su disposición y valioso apoyo.

En general, quiero agradecer a cada una de las personas que me apoyaron en este trabajo de investigación y a lo largo de la carrera.

“La educación en diabetes no es parte del tratamiento, es el tratamiento”.

Dr. E.P. Joslin (1923)

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló con el propósito de evaluar el efecto del tratamiento cognitivo conductual en el manejo del estrés y los factores que inciden en la adherencia al tratamiento médico de la diabetes mellitus tipo 2.

El estudio se llevó a cabo mediante un diseño de investigación pre experimental, medición pretest- posttest en un solo grupo, con el análisis de los resultados mediante la prueba "t" de Student, con un nivel de significancia de alfa 0.05 una cola. Los instrumentos de medición fueron la Escala de Apreciación del Estrés y la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III. Se utilizó una muestra de once (11) pacientes, en doce (12) sesiones, una vez a la semana, con una duración de dos (2) horas diarias.

Los resultados obtenidos refieren que el tratamiento cognitivo conductual resultó efectivo para disminuir los niveles de estrés y mejorar la adherencia al tratamiento médico.

SUMMARY

The present research was carried out with the purpose of evaluating the effect of Cognitive Behavioral Treatment in the Management of Stress and the factors that influence the Adherence to Medical treatment of Diabetes Mellitus type II.

It was carried out through a research design pre-experimental, pre-test-posttest measurement in a single group, with the analysis of the results by means of the "t" test of Student, with a level of significance of alpha 0.05 a tail. The measuring instruments were the Stress Appreciation Scale and the Treatment Adherence Scale in Diabetes Mellitus II, version III. A sample of 11 patients was used, in 12 sessions, once a week, with a duration of 2 hours a day.

The results obtained show that Behavioral Cognitive Treatment is effective in reducing stress levels and improving adherence to medical treatment.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

SUMMARY

ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICAS	xvi
ÍNDICE DE ANEXOS	xviii
INTRODUCCIÓN	xx

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes	24
1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles	27
1.1.1. Aspectos generales sobre la diabetes	29
1.1.1.1. Definición de diabetes	29
1.1.1.2. Epidemiología de diabetes mellitus	30
1.1.2. Clasificación de la diabetes mellitus	30
1.1.2.1 Pre-diabetes	31
1.1.2.2 La diabetes mellitus tipo 1	32
1.1.2.3 La diabetes mellitus tipo 2:	32
1.1.2.4. La diabetes gestacional	34
1.1.2.5. Tipos no especificados de diabetes	34
1.1.3. Factores de riesgo	35
1.1.3.1 Tratamiento farmacológico y no farmacológico	36

1.1.3.2. Psicología de la salud y la diabetes mellitus	38
1.2. Clasificación diagnóstica DSM-5 con códigos CIE-10	39
1.2.1. Diagnóstico clínico	39
1.2.2. Criterios según DSM-5 para diagnosticar los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas	40
1.2.3. Diagnóstico diferencial	41
1.3. Aspectos relevantes sobre el estrés	42
1.3.1. Modelos que explican el estrés	43
1.3.1.1. Modelo focalizado en el estímulo	43
1.3.1.2. Modelo focalizado en la respuesta	43
1.3.1.3. Modelo transaccional	44
1.3.2. Modelos teóricos relacionados con estrés y la enfermedad física	46
1.3.2.1. Relación estrés y enfermedad	46
1.3.2.2. Relación entre comportamiento y salud desde una perspectiva psiconeuroinmunológica.	46
1.3.3. Estrés, obesidad y diabetes	47
1.3.4. Aspectos relevantes de la adherencia al tratamiento médico de la diabetes	48

CAPÍTULO II: TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

2. Conceptos y principios básicos de la terapia cognitiva conductual	53
2.1. Definición de terapia cognitivo conductual	53
2.2. Habilidades del terapeuta cognitivo conductual	55
2.3. Supuestos básicos de terapia cognitiva conductual	56
2.4. Principios generales de terapia cognitiva conductual	57
2.5. Conceptos fundamentales de terapia cognitiva conductual	58

2.5.1. Esquemas cognitivos	58
2.5.2. Creencias	60
2.5.3. Pensamientos automáticos	61
2.5.4. Distorsiones cognitivas	61
2.6. Estrategias de intervención en la terapia cognitiva conductual	64
2.6.1 Reestructuración cognitiva	64
2.7. Técnica de relajación	64
2.8. Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales	65
2.9. Técnica de solución de problemas	65

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Planteamiento del problema:	68
3.2. Justificación del problema	68
3.3. Planteamiento de objetivos	69
3.3.1. Objetivos generales	69
3.3.2. Objetivos específicos	70
3.4. Preguntas de investigación	70
3.5. Formulación de las hipótesis	71
3.5.1. Hipótesis conceptual	71
3.5.2. Hipótesis operacional	71
3.6. Hipótesis estadística	72
3.6.1. Hipótesis estadística 1: Estrés	72
3.6.2. Hipótesis estadística 2: Apoyo familiar	72
3.6.3. Hipótesis estadística 3: Organización y apoyo comunal	73
3.6.4. Hipótesis estadística 4: Ejercicio físico	74
3.6.5. Hipótesis estadística 5: Control médico	74

3.6.6. Hipótesis estadística 6: Higiene y autocuidado	75
3.6.7. Hipótesis estadística 7: Dieta	75
3.6.8. Hipótesis estadística 8: Valoración de la condición física	76
3.7. Diseño de la investigación	76
3.7.1. Estudio explicativo	76
3.7.1.2. Diseño Pre experimental	76
3.7.1.2.1. Diagrama	77
3.7.2. Definición de las variables: Independiente y dependiente	78
3.7.2.1. Variable independiente: Terapia cognitivo conductual	78
3.7.2.1.1. Definición conceptual	78
3.7.2.1.2. Definición operacional	78
3.7.2.2. Variable dependiente: Estrés y adherencia al tratamiento médico de diabetes tipo 2.	79
3.7.2.2.1. Definición conceptual de las variables dependientes	79
3.7.2. 2.2. Definición operacional de las variables dependientes	80
3.8. Población y muestra	81
3.8.1. Criterios de inclusión	82
3.8.2. Criterios de exclusión	82
3.9. Instrumentos de medición y evaluación	82
3.9.1. Consentimiento Informado	82
3.9.2. La entrevista conductual estructurada (FBS)	83
3.9.3. Escala General de Apreciación del Estrés (AEA-G)	84
3.9.4. Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III	87

3.10. Limitaciones	91
3.11. Procedimiento estadístico	92
3.12. Métodos de intervención	92
3.12.1. Descripción de las sesiones de tratamiento	93

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados	148
4.1.1. Datos sociodemográficos	148
4.2. Análisis estadísticos de los resultados	152
4.2.1. Prueba de hipótesis estrés	152
4.2.1.1. Escala de apreciación del estrés	152
4.3. Prueba de hipótesis de adherencia al tratamiento médico	155
4.3.1. Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus Tipo 2, versión III.	155
4.3.1.1. Apoyo familiar	157
4.3.1.2. Organización y apoyo comunal	157
4.3.3.3. Ejercicio físico	160
4.3.3.4. Control médico	162
4.3.3.5. Higiene y autocuidado	164
4.3.3.6. Dieta	167
4.3.3.7. Valoración de la condición física	169
4.4. Análisis de los resultados	171
4.4.1. Datos sociodemográficos	171
4.4.1.1. Análisis general de datos demográficos	171
4.4.2. Análisis de resultados de escala de estrés	172
4.4.2.1. Escala de apreciación del estrés	172

4.4.3. Análisis de resultado de Escala de Adherencia al Tratamiento Médico	172
4.4.3.1. Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus, tipo 2, versión III.	172
4.4.3.1.1. Apoyo familiar	172
4.4.3.1.2. Factor organización y apoyo de la comunidad	173
4.4.3.1.3. Factor ejercicio físico	174
4.4.3.1.4. Factor controles médicos	174
4.4.3.1.5. Factor higiene y autocuidado	175
4.4.3.1.6. Factor dieta	175
4.4.3.1.7. Valoración de la condición física	176
4.5. Análisis integrativo de los resultados	176
 CAPÍTULO V:	
Conclusiones	179
Recomendaciones	181
Bibliografía	183
Anexos	195

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO	Página
TABLA 1 Factores de riesgos modificables y no modificables	35
TABLA 2 Índices de fiabilidad de EAE	86
TABLA 3 Índices de confiabilidad de EATDM2-III	89
TABLA 4 Datos demográficos	149
TABLA 5 Puntajes de EAE pretest-post test	153
TABLA 6 Prueba de hipótesis de estrés	154
TABLA 7 Puntaje de factor apoyo familiar	155
TABLA 8 Prueba de hipótesis apoyo familiar	157
TABLA 9 Puntajes de factor organización y apoyo comunal	158
TABLA 10 Prueba de hipótesis organización y apoyo comunal	159
TABLA 11 Puntajes obtenidos en EATDM2 III, factor ejercicio físico	160
TABLA 12 Prueba de hipótesis, factor ejercicio físico	161
TABLA 13 Puntajes obtenidos en EATDM2 III, factor control médico	162
TABLA 14 Prueba de hipótesis de control médico	163
TABLA 15 Puntajes obtenidos en factor higiene y autocuidado	164
TABLA 16 Prueba de hipótesis de higiene y autocuidado	166

TABLA 17	Puntajes obtenidos en EATDM2 III, factor dieta	167
TABLA 18	Prueba de hipótesis factor dieta	168
TABLA 19	Puntajes obtenidos en factor valoración de la condición física	169
TABLA 20	Prueba de hipótesis de valoración de la condición física	170

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1	Distribución de pacientes con DM tipo 2, según sexo	150
GRÁFICA 2	Distribución de pacientes con DM tipo 2, según edad	150
GRÁFICA 3	Distribución de pacientes con DM tipo 2, según estado civil	151
GRÁFICA 4	Distribución de pacientes con DM tipo 2, según escolaridad	151
GRÁFICA 5	Distribución de pacientes con DM tipo 2, según nivel ocupacional	152
GRÁFICA 6	Distribución de puntaje obtenido en EAE en pre- post test	154
GRÁFICA 7	Distribución de resultados de la escala de Adherencia en tratamiento en DM tipo 2, factor apoyo familiar	156
GRÁFICA 8	Distribución de resultados de pre- pos test de EATDM 2, factor organizacional y apoyo comunitario	159
GRÁFICA 9	Distribución de resultados de pre-post test de EATDM 2, factor ejercicio físico	161
GRÁFICA 10	Distribución de resultados de pre- post test de EATDM 2, factor control médico	163
GRÁFICA 11	Distribución de resultados de pre-post test en EATDM2 III, factor higiene	165

GRÁFICA 12	Distribución de resultados de pre-post test en EATDM2 III, factor dieta	167
GRÁFICA 13	Distribución de resultados de pre and post test en EATDM2 III, factor condición física	170

ÍNDICE DE ANEXOS

CONTENIDO	Página
ANEXO 1 Carta de autorización para utilizar la Escala de Adherencia	195
ANEXO 2 Carta de solicitud para utilizar la Escala de Adherencia	196
ANEXO 3 Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus Tipo 2	197
ANEXO 4 Entrevista conductual por Fernández Ballesteros	202
ANEXO 5 Escala de Apreciación del Estrés -G	216
ANEXO 6 Respiración diafragmática	218
ANEXO 7 Autorregistro de nivel del estrés	220
ANEXO 8 Tensión muscular y relajamiento .	221
ANEXO 9 Técnica de relajación progresiva	222
ANEXO 10 Ejercicio N° 1	224
ANEXO 11 Distorsiones cognitivas	225
ANEXO 12 Ejercicio 2: Identificación de distorsiones	229
ANEXO 13 Registro de situaciones generadoras de estrés	230
ANEXO 14 Autorregistro de interacciones	231

ANEXO 15	Instrucciones de autorregistro	232
ANEXO 16	Autorregistro de bienestar	233
ANEXO 17	Registro para la toma de decisiones	234
ANEXO 18	En búsqueda de soluciones	235
ANEXO 19	Consentimiento informado	236
ANEXO 20	Historias clínicas	239

INTRODUCCIÓN

La presente investigación consistió en aplicar un programa cognitivo conductual para evaluar los efectos en los niveles estrés y en los factores que inciden en la adherencia al tratamiento médico en pacientes con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2.

En la actualidad, vemos cada día más personas afectadas por enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente de la diabetes mellitus tipo 2. Algunos estudios refieren que existen factores que influyen en la aparición de la diabetes mellitus tipo 2 como los antecedentes hereditarios, los factores relacionados con el ambiente tales como alimentación, vida sedentaria, situaciones generadoras de estrés, entre otros aspectos.

Frecuentemente, encontramos en la consulta pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, que atraviesan dificultades en la dinámica familiar, en sus trabajos, en la vida diaria, provocando, en algunos pacientes, altos niveles de estrés; sin mencionar el estrés que le genera el pensamiento relacionado con su estado de salud y sus posibles complicaciones.

Se puede decir que el estrés no es una causa directa de la diabetes, para las personas que tienen esta predisposición, pero un nivel de estrés incontrolable puede acelerar la aparición de la enfermedad. Asimismo, el estrés puede interferir con la adhesión al tratamiento, provocando una descompensación metabólica. (Erazo et al. 2014 p.p. 151).

El modelo de atención biopsicosocial permite a todo un equipo multidisciplinario intervenir en el tratamiento del paciente. Este modelo resalta lo importante que es trabajar de forma integral en el control médico del paciente.

La implementación de tratamientos terapéuticos es fundamental en la atención de pacientes con problemas de salud, pues diferentes estudios han demostrado la importancia del apoyo del profesional de la psicología en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas, específicamente, la diabetes mellitus tipo 2.

En su trabajo de investigación, Navlet (2012) cita un texto de Lazarus et al (1986), donde refiere que el componente situacional influye en la conducta, según la forma en que el individuo perciba o interprete la situación, es decir, según su valoración cognitiva influirá en la presencia o no de niveles de estrés.

Es por esto, que surge nuestro interés de implementar estrategias que puedan servir de soporte a los pacientes y contribuir así en el buen control de la diabetes mellitus tipo 2.

La presente investigación cuenta con cinco capítulos detallados de la siguiente manera:

En el primer capítulo se plantea el marco teórico que sirve de base para la sustentación este trabajo. Se presentan estudios relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles, explicando datos de la situación actual según la Organización Mundial de la Salud y sus repercusiones. Se define el concepto diabetes mellitus, se explican los tipos de diabetes que existen y sus tratamientos. Se detalla algunos aportes científicos de la psicología en el sector salud. De igual forma, en este

capítulo, se describen los modelos de estrés y aspectos relevantes de la adherencia al tratamiento médico.

En el segundo capítulo se describe la Terapia Cognitiva Conductual, se hace la fundamentación teórica de la terapia, sus aportes, conceptos y principios básicos y las estrategias que se han de utilizar en este tratamiento.

En el tercer capítulo, se detalla el marco metodológico donde se definen las variables, el diseño de investigación, hipótesis, la población donde se tomó la muestra, el procedimiento y métodos de intervención.

El cuarto capítulo muestra los resultados obtenidos con su respectivo análisis estadístico, también las fases de intervención y las limitaciones que se presentaron al realizar la investigación.

Finalmente, en el quinto capítulo se muestran las conclusiones y recomendaciones que se obtuvieron en la investigación, se presentan las citas bibliográficas y se anexa material utilizado durante la investigación.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes del marco teórico

Los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) señalan las siguientes cifras epidemiológicas: 82% de las defunciones son causadas por enfermedades crónicas no transmisibles; más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se dan con frecuencia en personas menores de 70 años, y el 82% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medios. A su vez, informan que comparten cuatro factores de riesgo: el consumo de tabaco, la inactividad física, el abuso del alcohol y las dietas inadecuadas.

Según DSM-5, los criterios de evaluación de un síntoma o enfermedad de tipo físico reciben influencia de un factor psicológico o conductual que precipita, agrava, interfiere o prolonga la necesidad de tratamiento en un paciente. (Morrison, 2015).

Si bien, el estrés no es una causa directa de la diabetes, para las personas que tienen esta predisposición, un nivel de estrés incontrolable puede acelerar la aparición de la enfermedad. Asimismo, el estrés puede interferir con la adhesión al tratamiento, provocando una descompensación metabólica. (Erazo R.L y otros 2014 pag. 151).

Por lo tanto, el manejo del estrés en pacientes diabéticos debe ser un factor a considerar e incluirlo en el tratamiento del paciente diabético, para que este tenga éxito. Es importante que el paciente adquiera estrategias de enfrentamiento adecuadas que le permitan manejar el estrés adecuadamente (Erazo, L. R., Gálvez, A. L. 2014. Pág. 152).

A su vez, Erazo, R.L et. al (2014), expresan que las enfermedades crónicas no transmisibles afectan la economía de las familias que las padecen y representan altos costos para el sector salud, sobre todo, cuando no hay una adherencia adecuada a los tratamientos médicos y a los cambios de estilo de vida que tienen que realizar las personas que padecen alguna enfermedad crónica.

En su trabajo de investigación, Navlet (2012) se refiere a los planteamientos de Lazarus donde nos manifiesta que el componente situacional influye en la conducta, según la forma en que el individuo perciba o interprete la situación, es decir, según su valoración cognitiva o su evaluación cognitiva.

Los datos sobre esta enfermedad refieren que los síntomas pueden aparecer en cualquier etapa de la de vida, pues como lo refiere Martínez, T., Vega, V., Nava, Q. & Anguiano, S. (2010), las enfermedades crónicas se consideran silenciosas debido a que durante las primeras etapas de su desarrollo los síntomas y signos que se presentan no son alarmantes.

Diversos estudios señalan que son enfermedades irreversibles que provocan deterioro en uno o varios órganos; sin embargo, detectándolas a tiempo son controlables y los enfermos pueden tener una mejor calidad de vida (Mercado y Hernández, 2007, citados por Martínez et. al., 2010).

El estrés suele estar presente desde los inicios de la enfermedad y a lo largo de todo el curso, ya que se considera estresante el solo hecho de padecer una enfermedad crónica metabólica.

De este modo, diferentes estudios han demostrado que existen factores psicológicos y sociales relacionados con la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus (Paddison, Alpass, & Stephens, 2008; Chlebowy & Garvin, 2006; Ortiz, 2006; Sacco & Yanover, 2006; Di Matteo, 2004; Ortiz, 2004), tales como estrés y sus estilos de afrontamiento, sintomatología depresiva y percepción de apoyo social.

Peralta y Carbajal (2008), en sus estudios, reportan que el 50% de los pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológico y que el 30% no cambia su estilo de vida. Es por este motivo que se hace necesario resaltar la importancia de los factores psicológicos, evaluación de conductas y factores cognitivos que influyen en la adherencia del tratamiento médico en pacientes con este diagnóstico.

Frecuentemente, se ha indicado que las respuestas psicológicas asociadas al estrés no son únicamente respuestas emocionales. Así, se han descrito también respuestas cognitivas y conductuales que se definen como modos de afrontamiento que median la experiencia de estrés, y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional de estrés (Nieto, Abad, Esteban. Tejerina, 2004).

Desde hace años, el estrés en pacientes con diabetes mellitus ha sido objeto de estudios, como lo manifestó Guthrie (2003) el estrés está relacionado significativamente con un pobre control glicémico en pacientes diabéticos.

1.1. Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, son de larga duración y, por lo general, evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Según Erazo et al. (2014) las enfermedades crónicas no transmisibles no solo afectan la economía de las familias que las padecen, sino que también representan altos costos para el sector salud, sobre todo, cuando no hay una adherencia adecuada a los tratamientos médicos y a los cambios de estilo de vida que tienen que realizar las personas que padecen alguna enfermedad crónica.

Según cifras de Organización Mundial de la Salud 2015:

- 16 millones de las muertes son atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos.
- Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por enfermedades crónicas no transmisibles, 17,5 millones cada año, seguidas del cáncer (8,2 millones), las enfermedades respiratorias (4 millones), y la diabetes (1,5 millones).
- Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 82% de las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles.

- El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles o enfermedades no transmisibles (ENT) son las principales causas de morbilidad, muerte y discapacidad en el mundo, situación de la cual no escapa Panamá. Esta condición que merma en la salud de la población, marca un desafío sin precedentes para la labor del sistema de salud del mundo.

Según datos del Ministerio de Salud en Panamá, el 61% de las defunciones para el año 2010, son atribuidas a las enfermedades no transmisibles, principalmente a causa de enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas.

Según los datos estadísticos del informe de Ministerio de Salud en Panamá, la distribución de la mortalidad por las enfermedades no transmisibles por provincia y comarca es muy variable. En la provincia de Bocas del Toro y las comarcas Ngäbe Bugle y Guna Yala no se registran entre las cinco principales causas de mortalidad. Sin embargo, en las provincias de Panamá, Coclé, Colón, Chiriquí, Herrera, Los Santos y Veraguas, ocupa el primer lugar la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la diabetes mellitus.

La OPS/OMS, en su estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, recomiendan el seguimiento de cuatro grupos de enfermedades, es decir, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades

respiratorias crónicas, y cuatro factores de riesgo que son el tabaquismo, la alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo de alcohol.

Los datos sobre esta enfermedad refieren que los síntomas pueden aparecer en cualquier etapa de la de vida; pues como lo refiere Martínez, Vega, Nava & Anguiano (2010), las enfermedades crónicas se consideran silenciosas debido a que durante las primeras etapas de su desarrollo los síntomas y signos que se presentan no son alarmantes.

Diversos estudios señalan que son enfermedades irreversibles que provocan deterioro en uno o varios órganos; sin embargo, detectándolas a tiempo son controlables y los enfermos pueden tener una mejor calidad de vida (Mercado & Hernández, 2007, citados por Martínez et. al., 2010).

1.1.1. Aspectos generales sobre la diabetes

1.1.1.1 Definición de diabetes

La Organización Mundial de la Salud define la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

La diabetes constituye un desorden del metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y los lípidos, del proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. Durante la digestión los alimentos se descomponen para crear glucosa, la mayor

fuelle de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. El regulador fundamental de la concentración de glucosa en la sangre es la insulina, hormona sintetizada por las células beta del páncreas (Rodríguez, 2010).

Por tales razones, resultan frecuentes las manifestaciones de cansancio, astenia, fatigabilidad, polifagia, cicatrizaciones lentas, prurito en el cuerpo, crisis de sudoración, calambres en los dedos, avidez por los dulces, así como cambios en la visión (Rodríguez, 2010).

1.1.1.2. Epidemiología de diabetes mellitus

Según datos de Organización Mundial de la Salud (2016), el número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. La prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014. La prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos. A su vez, se estima que en 2012 la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de muertes, y que otros 2,2 millones de muertes eran atribuibles a la hiperglucemia. Las cifras refieren que aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030 (Cifras de OMS- Ginebra, 2016).

1.1.2 Clasificación de la diabetes mellitus

La etiología de la enfermedad es multicausal y es en gran parte la característica que define el curso del padecimiento y por ende su clasificación. Hay diferentes tipos de

diabetes de acuerdo a su causa, curso clínico y tratamiento (Camarena. H., 2015). En su trabajo de investigación, Quisiguiña (2010) refiere que existen dos clasificaciones principales. La primera, correspondiente a la OMS, en la que solo reconoce tres tipos de diabetes (tipo 1, tipo 2 y gestacional) y la segunda, propuesta por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 1997, en la que los tipos de diabetes se clasifican en 4 grupos: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes gestacional y otros tipos de diabetes mellitus. Procedemos a explicar la categorización de la diabetes mellitus tipo 1, tipo 2, la diabetes gestacional, la pre-diabetes, y otros tipos no especificados.

1.1.2.1 Pre-diabetes

Es un estado metabólico que no corresponde a la diabetes, pero tampoco se ubica en rangos normales, en el cual la reserva pancreática está reducida en un 50% (Guzmán y Calles, 2009). De acuerdo con la American Diabetes Association (ADA, 2014) es un estado caracterizado por elevación de la concentración de glucosa en sangre más allá de los niveles normales (mayor a 100mg/dl) sin alcanzar los valores diagnósticos de diabetes (superior a 126 mg/dl). Este estadio pre-diabético se identifica a través de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (TGA) o con la toma de la glucemia en ayunas para corroborar si existe una alteración de la misma (GAA), ambas mediciones se explorarán con más detalle en el apartado de diagnóstico, pero es importante recalcar que la mayoría de las personas con cualquiera de estas condiciones, si no realiza modificaciones sustanciales en su estilo de vida desarrollará diabetes tipo 2 en un período de 10 años, por el contrario, al intervenir en el estilo de vida de estas

personas, es posible evitar la progresión a la DM2 hasta en el 58% de los casos (Guzmán & Calles, 2009).

1.1.2.2 La diabetes mellitus tipo 1

Esta forma de diabetes representa solo del 5 al 10 % de los casos de diabetes, anteriormente comprendida por los términos de diabetes insulino-dependiente o diabetes juvenil. Es resultado de las destrucciones autoinmunitario de las células β pancreáticas, aparece más frecuentemente entre los niños y adolescentes y requiere tratamiento con insulina (OPS-2007).

En este tipo de diabetes, la velocidad de la destrucción de las células β puede variar, en ciertos individuos suele ser bastante rápida como en los niños y en los adolescentes, mientras que otros pacientes principalmente los adultos es muy lenta (ADA, 2010). Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita (OMS 2016).

1.1.2.3 La diabetes mellitus tipo 2

Este tipo de diabetes generalmente aparece en la edad adulta, es el tipo más frecuente constituyendo aproximadamente un 90% de pacientes diabéticos. Según notas descritas en centro de prensa de OMS (2016), la diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino-dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. La diabetes tipo 2 representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los

síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero, a menudo, menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.

La diabetes mellitus tipo 2 es parte de un síndrome metabólico que incluye obesidad, alta presión sanguínea y altos niveles de lípidos en la sangre (Sánchez, 2011).

entre las afectaciones que prevalecen en el paciente diabético podemos encontrar: retinopatía diabética, nefropatía diabética, neuropatía diabética y extensión de la enfermedad coronaria (Rodríguez, 2012 p.p.21, 22).

Por lo tanto, algunos estudios hacen referencia a que este tipo de diabetes tiene como causas:

- La predisposición hereditaria: que influye en grados variables dependiendo principalmente de la raza (OMS, 2013).
- Factores ambientales: dieta incorrecta, sedentarismo, exceso de peso corporal y consumo de alcohol y tabaco (OMS, 2013).
- Aspectos sociales y antropológicos que influyen en el estilo de vida (Papadakis & McPhee, 2010).

La DM2, sea cual sea su causa, es una enfermedad crónica que requiere cuidado médico continuo, así como la educación del paciente en el autocuidado y control para prevenir las complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.

1.1.2.4. La diabetes gestacional

Se define como diabetes o intolerancia a la glucosa identificada, por primera vez, durante el embarazo. Se considera que está presente si la hiperglucemia se manifiesta en ayunas o posterior a una prueba oral de tolerancia a la glucosa (Jarret 2000). Afecta a alrededor de un 4 % de todas las mujeres que se encuentran embarazadas, suele ser más común en mujeres con obesidad y mujeres con antecedentes familiares de diabetes (OMS-2010). Las mujeres con diabetes gestacional, generalmente, no presentan señales de advertencia ni síntomas.

La Asociación Americana de Diabetes recomienda hacer la prueba oral de tolerancia a la glucosa a todas las mujeres embarazadas entre 24 semana a 28 semana de gestación como evaluación inicial, sin embargo, si existen varios factores de riesgo se debe hacer desde la primera visita con el médico.

La presencia de niveles altos de glucosa en las embarazadas puede afectar a ambos según refiere Quirós (2016). Las complicaciones en la embarazada van desde parto prematuro, dificultades durante el parto y preclamsia o alta presión sanguínea. En el caso del neonato, puede causar nacimiento antes de tiempo, aumento de peso, bajos niveles de azúcar, niveles de bilirrubina (amarillo), complicaciones respiratorias, cardiopatías y hasta la muerte.

1.1.2.5. Tipos no especificados de diabetes

Este tipo de diabetes representa alrededor del 1% de los casos, es ocasionada por daño orgánico (enfermedades pancreáticas y endocrinopatías inducidas por microorganismos, consumo de dosis tóxicas de medicamentos e ingestión de

contaminantes químicos), defectos genéticos (disfunción de las células β , baja intensidad de acción de la insulina), síndromes genéticos asociados y formas no comunes de diabetes mediada por inmunidad (Rodríguez, 2012).

Otros síndromes genéticos asociados a la enfermedad son el síndrome de Down, síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner, síndrome de Wolfram, ataxia de Friedreich, corea de Huntington, síndrome de Lawrence Moon Beidel, distrofia miotónica así como el síndrome de Prader Willi, entre otros (Asociación Latinoamericana de la Diabetes [ALAD], 2007).

1.1.3 Factores de riesgo

Los factores que ponen a una persona en riesgo de desarrollar diabetes mellitus 2 se pueden clasificar en modificables y no modificables por el individuo (tabla N°1):

TABLA N°1

Factores de riesgo para DM2 modificables	No modificables
sobrepeso	Raza: latina, nativa americana, afroamericana, asiática/americana, nativa de las Islas del Pacífico.
obesidad	Herencia: familiares en primer o segundo grado con DM2.
tabaquismo	Edad: ser mayor de 40 años.
hipertensión	Nacer pesando más de 4 kg
sedentarismo	Haber tenido un hijo que pesó más de 4 kg al nacer.

Fuente: Federación Mexicana de Diabetes (FMD), 2010b; SSA, 2010.

Los factores de riesgo representan situaciones identificables que se asocian con la enfermedad, es por ello que se utilizan como auxiliares para determinar, predecir o

prevenir el desarrollo de la misma o de sus complicaciones con varios años de anticipación. Influye en ello la oportunidad con que se identifiquen y el control que se alcance en los factores modificables tales como sobrepeso, obesidad, control de las enfermedades concomitantes (hipertensión arterial), trastornos del metabolismo del colesterol y triglicéridos, sedentarismo, estrés emocional, tabaquismo y alcoholismo. Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición (OMS 2016).

En el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 existe tratamientos farmacológicos y tratamiento no farmacológico en miras de mejorar la condición de salud del paciente con este diagnóstico.

1.1.3.1 Tratamiento farmacológico y no farmacológico

El tratamiento debe partir de la realización de una evaluación médica completa, ya que la enfermedad tiene un comportamiento diferente en cada paciente, lo que obliga al diseño de un plan de manejo individual con base en la edad, presencia de otras enfermedades, estilo de vida, restricciones económicas, habilidades aprendidas de auto monitorización, nivel de motivación del paciente y la participación de la familia en la atención de la enfermedad.

El tratamiento de los pacientes con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 se enfoca en aliviar los síntomas de la enfermedad, prevenir todo tipo de complicaciones tanto agudas como crónicas, mejorar la calidad de vida del paciente, reducir la mortalidad debido a las complicaciones propias de la diabetes y lograr un control glucémico que consiste en un porcentaje de hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor

de un 7 %, es decir un nivel de glucosa en ayunas de 80-125 mg/dl y menor de 140 mg/dl en un periodo de una a dos horas tras haber comido (ADA. 2010).

El tratamiento farmacológico: Este tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 tiene como propósito, en primer lugar, aliviar los síntomas de hiperglucemia; en segundo, lograr y mantener el control metabólico para prevenir las complicaciones tanto agudas como crónicas; en tercera, mejorar la calidad de vida y, en consecuencia, reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones (según Normas de Salud de México, 2010). Pero nada de lo anterior será posible si el paciente no logra cumplir el segundo objetivo: el control metabólico y mantenerlo de por vida. El control metabólico hace referencia al mantenimiento en niveles saludables de indicadores del metabolismo, tales como la Hemoglobina Glucosilada (HbA1c), Colesterol Total, Colesterol HDL y LDL, Triglicéridos, Microalbuminuria, Presión Arterial, Índice de masa corporal y circunferencia abdominal, pues al conservar estas cifras en parámetros normales, se tiene la seguridad de que el metabolismo no está alterado y, por tanto, las células están recibiendo los nutrientes necesarios para su correcto funcionamiento.

Tratamiento no farmacológico: Este tratamiento consiste en la educación terapéutica y procedimientos para estimular: control de peso, plan de actividad física y ejercicio, plan de alimentación, entre otros aspectos.

Sin embargo, la Asociación Latino Americana de Diabetes (2007) enuncia que el manejo no farmacológico comprende tres aspectos:

- Plan de alimentación
- Ejercicio físico

- Hábitos saludables

1.1.3.2. Psicología de la salud y la diabetes mellitus

El rol del psicólogo clínico en los sistemas de salud es variado. Una de estas funciones es promover la educación del paciente, enfocada a la prevención y mejoramiento de su estilo de vida. De igual manera, se debe tener el conocimiento y las habilidades en intervención para un tratamiento efectivo.

Según refiere Reyes (2010), la Asociación Estadounidense de Psicología ha reconocido como definición de Psicología de la Salud la propuesta por Matarazzo en 1980, definida como conjunto específico de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención, tratamiento e identificación de los correlatos diagnósticos y etiológicos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejoramiento de políticas públicas y sistemas de cuidado de la salud.

Desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946, las definiciones de salud siguen un modelo biopsicosocial. Como es conocido, esta la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Manifiesta Fernández (2013), que la Psicología como ciencia proporciona abundantes aportes para el ámbito de la salud. Dentro de estos aportes se encuentran algunos modelos que pretenden explicar por qué las personas realizan conductas de salud o conductas preventivas de la enfermedad. Los modelos más difundidos actualmente son fundamentalmente cognoscitivistas, aunque tengan influencias de corrientes teóricas como la conductista o la Gestalt.

Según refiere Nieto (2004), antes de abordar la intervención psicoterapéutica en sus diversas modalidades y orientaciones teóricas, debemos tener en cuenta que cuanto menos eficaz es el tratamiento de cualquier enfermedad o lesiones físicas, mayor importancia adquieren los aspectos psicosociales en el curso de la misma.

1.2. Clasificación diagnóstica DSM-5 con códigos CIE-10

1.2.1. Diagnóstico clínico

La muestra que se utilizó en esta investigación tiene como referencia los criterios que corresponden al diagnóstico de DSM-5, sobre los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas. La clasificación de los trastornos y del comportamiento lo describe como factores psicológicos y del comportamiento asociado con trastornos o enfermedades clasificadas en otras categorías (CIE-10, 2004).

Los criterios considerados en la muestra son la presencia de síntomas relacionados con el estrés, que no cumplen los criterios para ser considerados como un trastorno del Eje I. A su vez, la presencia de factores relacionados con la no adherencia al tratamiento relacionados con los factores psicológicos y el comportamiento.

En su estudio de investigación, Barrios (2005) manifiesta que basándose en el enfoque dado por DSM-IV-TR y CIE-10 sostiene la idea de que los factores psicológicos pueden influir de manera significativa sobre el inicio y curso de cualquier trastorno orgánico.

Vallejo (2014), al referirse al trastorno, manifiesta que se trata de recoger cómo diversos factores psicológicos pueden afectar negativamente a una determinada sintomatología somática o enfermedad médica.

1.2.2 Criterios según DSM-5 para diagnosticar los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.

Esta categoría según DSM-5 para diagnosticar los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, incluye los siguientes criterios:

1. Presencia de un síntoma o afección médica (que no sea un trastorno mental).
2. Factores psicológicos o conductuales o conductuales que afectan negativamente a la afección médica de una de las maneras siguientes:
3. Los factores han influido en el curso de la afección médica como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o el retraso en la recuperación de la afección médica.
4. Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica (p. ej. poco cumplimiento).
5. Los factores constituyen otros riesgos bien establecidos para la salud del individuo.
6. Los factores influyen en fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerbaban los síntomas, o necesitan asistencia médica.
7. Los factores psicológicos y conductuales no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del pánico, trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Aumenta el riesgo médico (por ejemplo, incoherencia en el cumplimiento del tratamiento para la diabetes).

Moderado: Empeora la afección médica subyacente (por ejemplo, estrés que agrava la diabetes).

Grave: Da lugar a hospitalización o visita al centro de urgencias.

Extremo: Produce un riesgo importante, con amenaza a la vida (ejemplo: ignorar síntomas que puede llevar cetoacidosis diabética o en grado extremo a coma diabética).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2002) refiere la existencia de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, como en el caso de la diabetes, especialmente dentro de los factores psicológicos que afectan el estado físico, por ejemplo, los síntomas psicológicos que afectan a la diabetes mellitus.

1.2.3. Diagnóstico diferencial

En su investigación, Camarena (2015) manifiesta que al enfrentarnos con una enfermedad médica como la diabetes, de acuerdo al DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, debemos realizar el diagnóstico diferencial con un trastorno debido a una enfermedad médica.

La diferencia entre los factores psicológicos que afectan al estado físico y un trastorno mental debido a una enfermedad médica se debe a la presumible causalidad (López & Valdés, 2001). Refiere en su investigación Camarena (2015), que cuando los factores psicológicos afectan la enfermedad médica, se considera que los factores psicológicos o de comportamiento afectan el curso de la enfermedad, mientras que en

el trastorno mental debido a una enfermedad médica se presume que la enfermedad médica causa el trastorno mental. El trastorno mental que se caracteriza por la presencia de síntomas mentales se considera una consecuencia directa de la enfermedad médica.

1.3. Aspectos relevantes sobre el estrés

Algunos estudios en el campo del estrés (Lazarus & Folkman, 1984) propusieron estudiar al estrés como un proceso; describieron la existencia de mecanismos de evaluación de los eventos y la probabilidad de una constelación de respuestas enfocadas a resolver el problema o eliminar la amenaza o simplemente paliar las consecuencias del evento.

El modelo de estrés y enfrentamiento fue adoptado por los psicólogos que trabajan con enfermedades crónicas, ya que quienes padecen este tipo de enfermedades generan estrés, ya sea por haber recibido el diagnóstico o por haber sido sometidos a estudios médicos invasivos generalmente dolorosos, o por el temor al ser internados en un hospital, o porque serán intervenidos quirúrgicamente, o por el tipo de tratamiento de estas enfermedades, o bien por las pobres expectativas de vida generadas a partir del escaso conocimiento de la enfermedad (Erazo et al., 2014)

Erazo et al, (2014) hacen referencia a estudios planteados por Moos y Tsu donde señalan que ante enfermedad física un paciente se puede enfrentar ante múltiples fuentes de estrés, incluyendo dolor y discapacidad, el ambiente hospitalario así como las demandas impuestas por el personal de salud como procedimientos especiales de diagnóstico y tratamiento.

1.3.1 Modelos que explican el estrés

En sus escritos, Rodríguez & Martínez (2005) exponen que existen diversos modelos que explican el estrés, entre los que se encuentran, el modelo focalizado en el estímulo, el modelo focalizado en la respuesta y el modelo transaccional. Procedemos a dar una breve descripción cada uno de ellos:

1.3.1.1. Modelo focalizado en el estímulo

Describe el estrés como estímulo, supone que el estrés es algo que ocurre en el medio ambiente y que hace una demanda a la persona. Los teóricos llaman a este estímulo fuente de estrés o estresor.

1.3.1.2. Modelo focalizado en la respuesta

Se considera el estrés como respuesta, y su punto de partida son los distintos síntomas de tipo conductual, emocional o físico que se aprecian en las personas como consecuencia de un conjunto de demandas.

1.3.1.3. Modelo transaccional

Se considera una transacción entre las personas y su medio ambiente en la que se incorporan las perspectivas de estímulo y respuesta como parte de un proceso (Rodríguez et al, 2005).

Lazarus & Folkman (1984) señalaron que el estrés ocurre por demandas que exigen utilizar todos los recursos que un sujeto posee, o que exceden los recursos del mismo, o bien que son demandas que no encuentran una respuesta adaptativa disponible de inmediato. En este sentido, se consideran las capacidades adaptativas o mal adaptativas de un sujeto ante las demandas ambientales. La diferencia entre las demandas percibidas, sean éstas internas o externas, metas o retos y la forma como el sujeto perciba sus posibles respuestas frente a las demandas influirán en el estrés y tendrán consecuentemente impacto en la salud del individuo. Por lo tanto, el estrés psicológico está determinado por la evaluación que el individuo realiza acerca de una interacción específica con el entorno, evaluación que está matizada tanto por los factores que hacen referencia al individuo como por sus compromisos, vulnerabilidad, creencias, recursos y por los factores propios de la situación entre los que se pueden citar, entre otros, la naturaleza de la amenaza, su inminencia, etc. (Erazo et al, 2014)

Este modelo propone al individuo y al entorno en una relación bidireccional, recíproca y dinámica, en donde el concepto de transacción estresante implica la creación de un nuevo nivel de análisis en el que los elementos individuo y entorno se unen para formar un solo significado de relación. El estrés psicológico se centra sobre la evaluación cognoscitiva, implicando valoración de desafío, amenaza o daño y hace referencia a la interacción individuo-ambiente en términos de una transacción, por lo

que la evaluación se constituye en la variable central. Decir que algo es amenazador supone emitir un juicio en un contexto determinado, en el que las condiciones particulares del entorno son evaluadas por un sujeto con características psicológicas particulares.

Además de las perspectivas anteriores, Sandin (1999) plantea una cuarta: los estresores ambientales a los que no se juzgan como sucesos vitales, ya que se refieren a situaciones del contexto socio físico como el ruido, tráfico, la contaminación y hasta el hacinamiento, que tiene un efecto reconocido sobre el funcionamiento fisiológico y psicológico de la persona.

Como puede apreciarse, el estrés no puede ser concebido en forma lineal, como un proceso con respuestas exageradas ante determinados estímulos. El problema del estrés debe ser analizado en términos de las condiciones estimulares, de la interpretación que realice el ser humano de estos y este proceso interpretativo dependerá de la percepción del sujeto, del contexto en el que se presentan los estímulos, de la historia de respuesta del sujeto, de la evaluación que este realice de la situación, en tanto que la defina como placentera o agresiva, por lo que los procesos cognoscitivos serán fundamentales para responder ante los retos que la vida impone cotidianamente (Lazarus & Folkman ,1984).

La evaluación cognitiva de la situación estresante por parte del individuo es un proceso que permite determinar si una situación supone una amenaza real para su bienestar y si se dispone de los recursos necesarios para hacer frente a la situación. En este sentido, encontramos dos tipos de evaluaciones: la evaluación primaria, se refiere a la valoración que hace la persona de la magnitud del estímulo estresante; y la

evaluación secundaria, que hace referencia a la existencia o no de recursos necesarios para hacer frente a la situación en cuestión (Rosales. R., 2014)

1.3.2 Modelos teóricos relacionados con estrés y la enfermedad física

1.3.2.1. Relación estrés y enfermedad

El concepto psiconeuroinmunología se centra específicamente en el estudio de la relación entre aspectos psicológicos y alteraciones en los parámetros endocrinos e inmunitarios, mediante el estudio de puntos de conexión entre el sistema nervioso, endocrino e inmunitario, y analiza su influencia sobre la salud (Nieto & Abad, 2004). En sus escritos Nieto (2004) nos expresa que la psiconeuroinmunología cuenta con abundantes datos que muestran la gran complejidad de las relaciones entre la experiencia con estímulos estresantes, sus efectos sobre la respuesta inmunitaria y la vulnerabilidad a la enfermedad.

1.3.2.2. Relación entre comportamiento y salud desde una perspectiva psiconeuroinmunológica

El cerebro aparece como el centro de control para mantener un balance en la función inmune y es que una escasa actividad inmunológica deja al individuo vulnerable ante diversas infecciones y una excesiva actividad inmunológica ocasiona enfermedades autoinmunes.

Los factores psicosociales están muy relacionados con el estrés que un individuo experimenta. Tales factores parecen estar también en la función inmunológica. Por dar un ejemplo, investigaciones demuestran que sujetos bajo un estrés de larga

duración e intensidad, pero que gozan de un fuerte apoyo social, presentan un sistema inmune más eficaz en comparación con otros individuos que soportan el mismo tipo de estrés, pero que no gozan de ese apoyo social (Oblitas, 2004).

1.3.3. Estrés, obesidad y diabetes

El estrés está asociado con la obesidad, ya que niveles elevados de estrés producen cambios en los patrones de alimentación como saltarse comidas, restricciones en el consumo e incluso atracones, y la preferencia de algunos alimentos como el aumento del consumo de alimentos apetecibles, generalmente los que contienen azúcar, alimentos grasos y salados (Lucini & Pagani, 2012). Diversos estudios clínicos muestran una asociación positiva y significativa entre eventos estresantes incontrolables y estados de estrés crónico, con la adiposidad, ganancia de peso e índice de masa corporal. Por el contrario, bajo condiciones de estrés agudo no hay consenso entre los investigadores, puesto que en algunos estudios se muestra una disminución en lugar de un aumento de la ingesta de alimentos, pero otros, en cambio, apuntan a que ciertas condiciones de estrés agudo conllevan un aumento en la ingesta de alimentos, especialmente si estos son apetecibles (Fernández, 2013)

De igual forma el estrés y diabetes han sido objeto de investigaciones. Las más recientes apoyan la existencia de una relación entre eventos vitales estresantes y el comienzo diabético. La presencia de estrés crónico en personas que están predispuestas a padecer diabetes puede constituir un elemento que precipita el desarrollo de la enfermedad. Al parecer, los estresores físicos o psicológicos pueden alterar las necesidades de insulina y pueden ser responsables en algunas ocasiones

de episodios de pérdida de control sobre todo en niños diabéticos (Razali, 2008). El tipo de diabetes mellitus que se encuentra más afectado por episodios de estrés es la diabetes mellitus tipo 2, que tiende a ocurrir en adultos con sobrepeso. (Razali, 2008).

1.3.4. Aspectos relevantes de la adherencia al tratamiento médico de la diabetes

La adhesión terapéutica ha adquirido mayor interés en la medicina conductual, en la psicología de la salud y en general en todas las profesiones sanitarias porque a partir de este concepto se ha podido tener mayor claridad de la eficacia de los tratamientos médicos, la medida en que los cambios producidos en la condición patológica se explican por el seguimiento de las indicaciones sanitarias (O.M.S., 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) concibe la adhesión terapéutica en términos del grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, como tomar un medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida.

López. L. Romero. S, Parra. D., Rojas L. (2016) en su artículo sobre la adherencia al tratamiento cita las definiciones dadas por Gil y colaboradores, “el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida”

En este sentido, la adhesión al tratamiento se explicaría como una decisión racional que el paciente toma comprometiéndose voluntariamente y que pareciera depender

de sus creencias sobre las consecuencias de no tomar la medicación, la vulnerabilidad a dichas consecuencias y las relaciones costo-beneficio que supone seguir el tratamiento (Remor, 2002). Esta distinción es fundamental para entender la adhesión terapéutica como un fenómeno a estudiar desde la psicología de la salud.

Cuando se habla de adherencia al tratamiento tenemos que delimitar de qué forma tomaremos esa información, la adherencia es importante evaluarla de acuerdo al método que utilizaremos.

López et al. (2016) señalan que los métodos utilizados para medir la adherencia pueden ser directos e indirectos y los describen así:

- Métodos directos: entre estos se encuentran la terapia directamente observada, la medición del nivel del medicamento o su nivel metabólico en sangre y la medición del marcador biológico en sangre.
- Métodos indirectos: entre estos se encuentran los cuestionarios de autoinformes de los pacientes, escalas de evaluación, cuestionarios para cuidadores o tutores en caso de niños, medición de la respuesta clínica del paciente.

Cuando se trata de tener una impresión más exacta sobre la adherencia es importante tomar en cuenta aspectos que pueden ser temporales o modificable en el paciente que pueden estar influyendo en el resultado.

Es importante señalar las cinco dimensiones que se desarrollaron en la reunión sobre Adhesión Terapéutica (O.M.S., 2004) donde describen factores intervinientes en la adhesión: a) factores socioeconómicos, b) factores relacionados con el tratamiento,

c) factores relacionados con el paciente, d) factores relacionados con la enfermedad y e) factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria.

De igual forma, Erazo et al, (2011), Amigo, et al. (2009); Beléndez & Méndez (1995); mencionan algunos factores que influyen en la adhesión al tratamiento médico de la diabetes mellitus y señalan las siguientes barreras:

1. La complejidad y la cronicidad del tratamiento, además que los tratamientos pueden ser aversivos (inyecciones de insulina y controles de glicemia).
2. Las modificaciones en el estilo de vida, tales como las restricciones en la dieta, la modificación de actividad física y el control de las situaciones cotidianas estresantes.
3. La interdependencia de la conducta del paciente con otras personas de su entorno, que pueden facilitar su adherencia al tratamiento, o una barrera al mismo. El apoyo social es una condición facilitadora del tratamiento.
4. La ausencia de síntomas, ya que durante los períodos de hiperglicemia, la mayoría de los diabéticos no presenta síntomas.
5. Las complicaciones asociadas a la diabetes ocurren a largo plazo, por lo cual esta condición no actúa como un reforzador a la adhesión.
6. La ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento. La normalización glucémica depende de múltiples factores que no siempre son contingentes al cumplimiento, y el incumplimiento no siempre produce consecuencias aversivas inmediatas.
7. En la práctica médica convencional, por lo general, no se emplean términos operativos, no se atiende al estilo de vida del paciente, no se proporciona

retroalimentación adecuada sobre los problemas surgidos, ni el modelado de los comportamientos requeridos. La mayoría de los médicos desconocen el estilo de vida del paciente.

8. La ausencia de conocimiento y habilidades específicas para el adecuado seguimiento del tratamiento. Al respecto, muchos pacientes no saben qué tipo de ejercicio físico seguir para reducir los niveles de glicemia, o cómo sustituir adecuadamente alimentos de su dieta.

En términos generales podemos decir que la adherencia terapéutica implica la necesidad de adquirir y modificar hábitos para el cuidado de la salud, el éxito depende en gran medida de la disposición y motivación que posea cada paciente para hacerlo, así como del entorno social en que se desarrolle, ya que se requerirá del apoyo de las personas que componen la red social dentro de la cual se encuentre, sobre todo, el apoyo de la familia para facilitar la adaptación a un nuevo estilo de vida centrado en la salud, lo cual no resultará fácil si se toma en cuenta que en el contexto se aprecian hábitos no saludables como fumar, consumir alcohol, comer en exceso, entre otros (Oblitas 2003).

CAPÍTULO II

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

2. Conceptos y principios básicos de la terapia cognitiva conductual

2.1. Definición de terapia cognitivo conductual

La terapia cognitiva conductual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar diferentes alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. (Beck, 2000, 1976, 1967)

Aaron Beck es el autor que podríamos considerar que más ha influido en el desarrollo y asentamiento del modelo cognitivo. El modelo de Beck se centra en el concepto de esquema, modo y, principalmente, distorsiones cognitivas. Este modelo de atención desarrolla una serie de técnicas de tratamiento que son coherentes con el papel que se le da a esta serie de estructuras y procesos cognitivos.

La Terapia Cognitiva de Beck se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta del individuo están determinados por la manera que tiene de estructurar su mundo. Nuestra vida está regida por la manera en que nos entendemos a nosotros mismos y a los demás. No es la situación en sí misma, sino la percepción de la situación lo que influye en mayor medida en las emociones y los comportamientos que se suscitan (Beck, 2000).

El Dr. Aaron Beck desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento estructurado y breve para la depresión, sin embargo, posteriormente, se adaptó para ser aplicada a

varios trastornos psiquiátricos dentro de diferentes poblaciones. La propuesta básica de este tipo de psicoterapia es que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, y esto, a su vez, da una alteración del estado de ánimo y de la conducta del paciente, por lo tanto, las creencias pueden producir cambios en los afectos y en la conducta del individuo.

Así pues, en el modelo de Beck, las conductas, los pensamientos y la emoción están íntimamente conectadas: los pensamientos que tengamos (las cogniciones) van a influir directamente en las emociones que vamos a experimentar en distintos momentos de nuestra vida y estas emociones influyen en nuestro comportamiento.

La terapia está orientada a aliviar el malestar psicológico mediante la modificación de esquemas disfuncionales y del procesamiento de la información, valiéndose de una serie de técnicas de intervención que sirven para poner a prueba las falsas creencias o distorsiones del pensamiento que tenga el paciente. La terapia es un proceso de aprendizaje mediante el cual el sujeto debe aprender ciertas operaciones como controlar los pensamientos automáticos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck, 2000)

Manifiesta Sánchez & Hernández (2007) que la psicología de la salud ha incorporado una serie de estrategias e intervenciones psicológicas para el tratamiento de las enfermedades crónicas- degenerativas (entre ellas, además de la diabetes, el cáncer, la hipertensión, las enfermedades terminales, etc.).

Como modelo de psicoterapia, la intervención cognitivo conductual, ha demostrado ser muy efectiva 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 mismo, de su enfermedad y de su entorno social (Sánchez & Hernández ,2017,págs. 58-59).

La terapia cognitivo conductual es eficaz para pacientes con diferentes niveles de educación, ingresos y posición social (Beck, 2000), a su vez, se ha logrado adaptar en pacientes de todas las edades. Además puede ser aplicada en distintas modalidades: individual, grupal, de pareja o familiar.

2.2 Habilidades del terapeuta cognitivo conductual

Barraca (2009) menciona las siguientes habilidades tradicionales para la práctica de la terapia cognitiva conductual:

- Habilidades básicas (vinculadas a la relación terapéutica): empatía, aceptación, autenticidad, cordialidad, respeto a la deontología profesional etc.
- Habilidades de escucha: clarificación, paráfrasis, reflejo síntesis
- Habilidades de acción verbal: preguntas de confrontación interpretación, análisis de información

- Conocimientos generales del modelo desde el que se trabaja: se incluye aquí todo tipo de información sobre las bases del modelo, su aplicación práctica, sus variantes, etc.
- Competencia en técnicas conductuales y cognitivas concretas: como, por ejemplo, entrenamientos en habilidades sociales, desensibilización sistemática, exposición, control de contingencias, relajación, reestructuración cognitiva.

2.3. Supuestos básicos de terapia cognitiva conductual

La teoría cognitiva conductual plantea una serie de supuestos, los cuales son:

1. La percepción y, en general, la experiencia, son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación, se hace evidente por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos, imágenes visuales).
4. Estas condiciones constituyen el campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí mismo, su mundo, su pasado, y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona, influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la terapia, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.

7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

2.4. Principios generales de terapia cognitiva conductual

En sus escritos, Beck (2000) subraya diez principios que están en la base de la terapia cognitiva:

1. La terapia cognitiva conductual se basa en una formulación siempre en desarrollo del paciente y su problema en términos cognitivos. Desde un principio, se establece esa conceptualización completándose y reformulándose si es necesario a la vista de los datos acumulados.
2. La terapia requiere una sana alianza terapéutica.
3. Se enfatiza la colaboración y la actividad.
4. La terapia está orientada hacia objetivos y se focaliza en problemas concretos.
5. Al menos, inicialmente, la terapia enfatiza los problemas del presente.
6. Este tipo de terapia es educativa; tiene como objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, enfatizando la prevención de recaídas.
7. La terapia cognitiva conductual tiende a ser de tiempo limitado.
8. Las sesiones de la terapia cognitiva conductual están estructuradas.
9. Esta terapia enseña al paciente a identificar evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales.
10. La terapia se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, la conducta y el estado de ánimo.

El modelo de terapia cognitiva de Beck sostiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar, concretas y habituales, maneras que conforman distorsiones cognitivas.

De este modo, el modelo de Beck sustenta que hay una íntima relación entre las conductas, los pensamientos y la emoción, y que nuestras cogniciones influyen de modo directo en aquellas emociones que cotidianamente experimentamos en nuestra vida, las cuales influyen de modo determinante en nuestro comportamiento.

Los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existente en las estructuras cognitivas (esquemas). Por lo tanto, se incluyen entre los procesos cognitivos: la percepción, la atención, la memoria y la interpretación. En el procesamiento de la información pueden producirse errores en cualquiera de sus fases que tienen como consecuencia una alteración o distorsión en la valoración e interpretación de los hechos.

2.5 Conceptos fundamentales de terapia cognitiva conductual

En base a los contenidos de la cognición y desde un punto de vista clínico, Beck hace una distinción entre los distintos tipos de cogniciones:

2.5.1 Esquemas cognitivos: Son las estructuras cognitivas de organización de la información en la memoria. Representan el conjunto de experiencias previas y actúan como moldes que dirigen la atención, influyen en la interpretación de los acontecimientos y facilitan el recuerdo. Caro (2011) lo describe como una

estructura relativamente estable que nos dicta el curso de acción y como debemos interpretar esta situación.

Los esquemas influyen de modo fundamental en la información que la persona atiende, percibe, almacena y recupera y en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado. Se desarrollan en edades tempranas y luego se van reforzando hasta que se consolidan en la edad adulta, a través de la repetición de experiencias de aprendizaje (Friedberg & Mclure, 2005). Los esquemas provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje (en general tempranas) y pueden permanecer latentes hasta ser activadas por un evento significativo que interactúa con ellos.

Caro (2011), en su libro *Psicoterapias Cognitivas*, manifiesta que se han identificado diversos tipos de esquemas en función de su contenido y tipo de experiencia. Algunos de estos tipos de esquemas a partir de Clark, Beck & Alford (1999) lo clasifican así:

- Cognitivo- conceptuales: seleccionan, recuperan, almacenan e interpretan la información (creencias intermedias y centrales).
- Afectivos: percepción de los estados de sentimientos y sus combinaciones (afecto negativo o positivo).
- Fisiológicos: representan funciones y procesos somáticos.
- Conductuales: Esquemas de respuestas que permiten ejecutar conductas.

- Motivacionales: Esquemas que implican estrategias y conductas primarias o relacionadas con logro de metas.

2.5.2. Creencias

En todas las terapias cognitivas que derivan del modelo de Beck, el tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. El terapeuta busca mediante diversos recursos, producir un cambio cognitivo, un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente para conseguir a partir de allí, una transformación duradera de sus emociones y pensamientos (Beck 2000). En sus escritos, Beck (2000) refiere que las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo.

Las creencias centrales: Se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno mismo, los otros y el mundo, representan el nivel cognitivo más profundo. Las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de las creencias (Beck, 2000)

Supuestos o creencias intermedias: Son creencias que suelen expresarse como proposiciones condicionales del tipo “si.... entonces”, o actitudes.

Están entre las creencias nucleares y los productos cognitivos o pensamientos automáticos.

2.5.3 Pensamientos automáticos

Son los pensamientos o imágenes concretos que uno tiene ante las situaciones o acontecimientos del entorno o ante eventos internos. Son el resultado de la interacción entre los supuestos o creencias intermedias, los procesos cognitivos y los elementos situacionales. Aparecen como consecuencia de un procesamiento a través de las estructuras y operaciones cognitivas. Beck los denomina pensamientos negativos automáticos.

Los pensamientos automáticos tienen las siguientes características:

- Son mensajes o proposiciones específicas referidas a una situación concreta.
- No importa lo irracionales que sean, siempre son creídos.
- Entran de forma espontánea en la mente, siendo o pudiendo ser, por tanto, conscientes.
- Tienden a dramatizar y exagerar lo negativo de la situación.
- Son difíciles de detectar y controlar, porque se entremezclan de forma inadvertida con el flujo del diálogo interno.
- Son aprendidos.

2.5.4. Distorsiones cognitivas

Son los errores en el procesamiento de la información que se derivan de los esquemas cognitivos o supuestos personales. Transforman la información que llega del exterior, consiguiendo que los esquemas cognitivos permanezcan intactos. Las

distorsiones cognitivas provocan procesos de asimilación y mantienen la homeostasis (Beck. A. & Clark, 1988; Friedberg & Mclure, 2005).

Posterior a identificar esquemas, según refiere la terapeuta Caro (2011), el paciente debe aprender a identificar distorsiones cognitivas, procesando la información que distorsiona la realidad y que lleva a un pensamiento automático distorsionado.

Manifiesta Mainieri (2013) que las distorsiones cognitivas se producen por una dinámica cognitiva que se da a tres niveles: creencias nucleares, creencias intermedias, y pensamientos automáticos.

Caro (2011) expresa que las distorsiones cognitivas que podríamos considerar principales, según las identificadas por Beck son las siguientes:

1. Pensamiento de todo o nada, absolutista (dicotómico): Tendencia a evaluar los hechos a través de categorías opuestas o extremas. Sin tomar en cuenta situaciones intermedias o ignorando si existe o no evidencia que corrobore dicho pensamiento.
2. Sobregeneralización: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general, a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esa conclusión a situaciones no relacionadas entre sí
3. Abstracción selectiva (filtro mental): Consiste en elegir un detalle negativo, de cualquier situación y fijarse exclusivamente en él, ignorando otras características más relevantes de la situación y valorando toda la experiencia como negativa, sin percibir lo positivo de la situación.

4. Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que lo apoye o cuando la evidencia es contraria.
5. Maximización o minimización: Se evalúa los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
6. Personalización: Se refiere a la tendencia excesiva de atribuir acontecimientos extremos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello, es decir, asumir la responsabilidad de un hecho negativo a pesar de no haber fundamento.
7. Razonamiento emocional: Consiste en suponer que las emociones negativas reflejan necesariamente la realidad.
8. Descalificación de lo positivo: No se toma en cuenta las experiencias positivas, se las percibe como sin importancia, a pesar de que la evidencia cotidiana diga lo contrario.
9. Enunciación debería: La persona trata de motivarse a través de frases como debería o no debería; sin embargo, cuando por alguna razón no logra llevar sus propias exigencias se siente avergonzado y culpable, de igual manera cuando dirige dichas enunciaciones hacia los demás, siente irritación, frustración y resentimiento.
10. Etiquetación o etiquetación errónea: Etiquetar es una forma extrema de generalización que consiste en crear una imagen personal basada únicamente en los errores. Poner etiquetas erróneas consiste en describir un hecho de manera que lleve una gran carga emocional.

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectados en distintos estados emocionales alterados.

2.6. Estrategias de intervención en la terapia cognitiva conductual

2.6.1 Reestructuración cognitiva

Esta técnica se centra en el reconocimiento por parte del paciente de su malestar y que logre evaluar de forma lógica sus conductas buscando luego alternativas adaptativas ante las diversas situaciones. En general, se busca que los mismos pacientes cambien sus cogniciones erradas o irracionales por formas más sanas de afrontamiento ante las diversas situaciones que los angustian (Domínguez, 2007; Mahoney, 1978).

2.7. Técnica de relajación

La finalidad de esta técnica es controlar la respuesta de activación fisiológica excesiva de este grupo de pacientes y favorecer su bienestar emocional (Nieto et al, 2004).

El entrenamiento en relajación es una de las técnicas más utilizada en cualquier enfermedad médica que tenga implicaciones psicológicas como el manejo del cáncer, diabetes mellitus, hipertensión, entre otras (Domínguez, 2007).

Como ejercicio de relajación, podemos encontrar respiración diafragmática o relajación profunda, relajación muscular profunda, entrenamiento autógeno en relajación (Schultz & Luthe; Reynoso, 2005).

2.8. Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales

Mediante esta técnica se interviene en problemas de adaptación del comportamiento relacionado con situaciones de interacción social. Este tipo de intervención puede ser pertinente para tratar problemas que abarcan desde la falta de conductas eficaces para afrontar una interacción social hasta situaciones en las que, aunque el sujeto disponga de las habilidades sociales en su repertorio de conductas, no sea capaz de hacer uso de ellas debido a distintas razones, tales como que no discrimine de forma adecuada entre distintas situaciones, o en las que por ansiedad o anticipaciones de consecuencias negativas mantenga estas habilidades inhibidas (Nieto, 2004).

2.9. Técnica en solución de problemas

En la resolución de problemas requiere la capacidad de generar distintas alternativas potencialmente eficaces, pero también la capacidad para elegir, de entre ellas, la más adecuada (Nieto, 2004).

Una de las técnicas psicológicas que se suele incluir en los programas de entrenamiento en control de estrés, aplicados a diferentes problemas y trastornos de salud y, que también se ha incluido en algún programa de entrenamiento en control de estrés, es la técnica de solución de problemas de D´Zurilla (1990, 1993). El objetivo principal de la técnica de solución de problemas es enseñar a las personas una estrategia de afrontamiento en situaciones estresantes que les posibilite superar con éxito los distintos problemas cotidianos, enfrentarse a las situaciones conflictivas de

forma ordenada y reflexiva y evitar, de este modo, el mantenimiento de un alto grado de actividad autonómica (D´Zurilla & Nezu, 1999; Nezu, 2007).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Planteamiento del problema

¿Cuál es el efecto del tratamiento cognitivo conductual en los niveles de estrés y en los factores que inciden en la adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2?

3.2. Justificación del problema

Según estudios, a nivel mundial las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de salud pública, un 7% de la población mundial son diabéticos. (Terechenko; Baute; Zamonsky, Acuña, 2015).

Según datos de Organización Mundial de la Salud (2016), el número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014.

Los índices de pacientes afectados con este trastorno son cada vez más alarmantes, como profesional de la psicología, veo la necesidad de crear programas terapéuticos para pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Existen factores psicológicos que requieren ser tratados para beneficio del paciente con diabetes mellitus, aspectos como el estrés, ansiedad, depresión y el desarrollo de conductas que no favorecen la salud. En este caso, el estrés suele estar presente desde los inicios de la enfermedad y a lo largo de todo el curso de la enfermedad.

Los estudios en área de salud requieren la atención del paciente desde el modelo biopsicosocial de forma que sea atendido integralmente y se le proporcione herramientas para enfrentar la enfermedad. A su vez, se requiere la integración de familiares en proceso terapéutico, ya que estos representan el soporte para el paciente con esta afección.

La adherencia a las prescripciones de los clínicos, evita visitas innecesarias a los servicios de salud y disminuye el número de hospitalizaciones (Becoña & Oblitas 2009, p.p. 94). Una buena adherencia terapéutica ayuda a mejorar la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los estilos de vida saludable, a modificar los regímenes alimentarios, a aumentar la actividad física, entre otros y de las intervenciones farmacológicas para la reducción de riesgos (OMS, 2004).

Como he mencionado anteriormente, la diabetes mellitus tipo 2 puede ser una enfermedad crónica controlable, pero para ello se requiere de una buena adherencia terapéutica, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud como “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones pactadas entre un profesional de la salud y un paciente, en cuanto a la toma de medicamentos, el seguimiento de un régimen dietético y la ejecución de los cambios en el estilo de vida” (OMS, 2004).

Las intervenciones cognitivas conductuales en pacientes con antecedente de diabetes mellitus se está investigando cada vez más, tomando en cuenta que no solo se centra en las emociones, sino también en pensamiento y conducta del individuo. De acuerdo a literatura estudiada es una terapia que ha dado resultados favorables en esta área.

3.3. Planteamiento de objetivos

3.3.1. Objetivos generales

- Determinar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en el nivel de estrés y los factores que inciden en la adherencia al tratamiento en pacientes con antecedente de diabetes mellitus tipo 2.

3.3.2. Objetivos específicos

- Evaluar los niveles de estrés y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, antes y después de tratamiento,
- Aplicar tratamiento cognitivo conductual grupal a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Disminuir los síntomas de estrés en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Aumentar la adherencia al tratamiento en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Comprobar la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en los pacientes con antecedente de diabetes mellitus tipo 2.

3.4. Preguntas de investigación

Para resolver el problema planteado nos hemos formulado las siguientes preguntas de investigación.

1. ¿Es la terapia cognitiva conductual efectiva en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que cuentan con niveles de estrés y factores que influyen en la adherencia al tratamiento?
2. ¿Disminuirán los niveles de estrés en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 después de participar en la terapia cognitiva conductual?
3. ¿Mejorarán los factores que influyen en la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

3.5. Formulación de las hipótesis

3.5.1. Hipótesis conceptual:

Hipótesis 1: El tratamiento cognitivo conductual grupal disminuirá los niveles de estrés en los pacientes con antecedentes de diabetes tipo 2.

Hipótesis 2: El tratamiento cognitivo conductual grupal aumentará la adherencia al tratamiento en los pacientes con antecedentes de diabetes tipo 2.

3.5.2. Hipótesis Operacional:

- **Hipótesis 1:** Los pacientes que participan en el programa cognitivo conductual en grupo, reflejan menores niveles de estrés después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.
- **Hipótesis 2:** Los pacientes que participan en el programa cognitivo conductual en grupo, percibirán mayor apoyo familiar después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.
- **Hipótesis 3:** Los pacientes que participan en el programa cognitivo conductual en grupo, presentarán una mayor apreciación de la organización y apoyo comunal después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.
- **Hipótesis 4:** Los pacientes que participan en el programa cognitivo conductual en grupo, utilizarán con mayor frecuencia, el ejercicio físico después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.
- **Hipótesis 5:** Los pacientes que participan en el programa cognitivo conductual en grupo, presentarán mejores controles médicos después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

- **Hipótesis 6:** Los pacientes que participan en el programa cognitivo conductual en grupo, presentaran mejor higiene y autocuidado después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.
- **Hipótesis 7:** Los pacientes que participan en el programa cognitivo conductual en grupo, utilizarán con mayor frecuencia la práctica de hábitos alimenticios sanos o dieta después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.
- **Hipótesis 8:** Los pacientes que participan en el programa cognitivo conductual en grupo, presentarán mayor valoración de la condición física después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

Para todas las hipótesis de investigación planteadas existe su correspondiente H_0 , las cuales presentan la no diferencia significativa pre y post medición de las variables implicadas.

3.6. Hipótesis estadística

3.6.1. Hipótesis estadística 1: Estrés

$H_0 = \mu E \geq 0$ El nivel de estrés será igual o mayor después recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_1 = \mu E < 0$ El nivel de estrés serán menor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n1 - 1 = 11 - 1 = 10 \quad gl, \quad t_c = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la H_0 $t_o > t_c$

3.6.2. Hipótesis estadística 2: Apoyo familiar

$H_0 = \mu_A \leq 0$ El grupo presentará igual o menor percepción del apoyo familiar después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_1 = \mu_A > 0$ El grupo presentará mayor percepción del apoyo familiar después de haber recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n_1 - 1 = 11 - 1 = 10 \quad gl, \quad t_c = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la H_0 $t_o < t_c$

3.6.3. Hipótesis estadística 3: Organización y apoyo comunal

$H_0 = \mu_E \leq 0$ La apreciación de la organización y apoyo comunal del grupo será igual o menor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_1 = \mu_E > 0$ La apreciación de la organización y apoyo comunal del grupo será mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n_1 - 1 = 11 - 1 = 10 \quad gl, \quad t_c = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la H_0 $t_o < t_c$

3.6.4. Hipótesis estadística 4: Ejercicio físico

$H_0 = \mu_A \leq 0$ El grupo presentará igual o menor ejercicio físico después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_1 = \mu_A > 0$ El grupo presentará mayor ejercicio físico después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n-1 = 11 - 1 = 10 \quad gl, \quad tc = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la H_0 $t_o < t_c$

3.6.5. Hipótesis estadística 5: Control médico

$H_0 = \mu_E \leq 0$ El grupo presentará control médico igual o menor después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_1 = \mu_E > 0$ El grupo presentará mayor control médico después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n-1 = 11 - 1 = 10 \quad gl, \quad tc = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la H_0 $t_o < t_c$

3.6.6. Hipótesis estadística 6: Higiene y autocuidado

$H_0 = \mu_A \leq 0$ El grupo presentará igual o menor higiene y autocuidado después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_1 = \mu_A > 0$ El grupo presentará mayor higiene y autocuidado después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n1 = 11 - 1 = 10 \text{ gl, } tc = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la H_0 $t_o < t_c$

3.6.7. Hipótesis estadística 7: Dieta (hábitos alimenticios)

$H_0 = \mu_E \leq 0$ La práctica de dieta o buenos hábitos alimenticios del grupo serán igual o menor después recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_1 = \mu_E > 0$ La práctica de dietas o buenos hábitos alimenticios del grupo serán mayores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n1 = 11 - 1 = 10 \text{ gl, } tc = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la H_0 $t_o < t_c$

3.6.8. Hipótesis estadística 8: Valoración de la condición física

$H_0 = \mu_A \leq 0$ El grupo presentará igual o menor valoración de la condición física después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_1 = \mu_A > 0$ El grupo presentará mayor valoración de la condición física después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$g_l = n_1 - 1 = 11 - 1 = 10 \quad g_l, \quad t_c = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la H_0 $t_o < t_c$

3.7. Diseño de la investigación

3.7.1. Estudio explicativo

Los estudios explicativos están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables (Hernández et al, 2010; p.p. 83-84).

3.7.2. Diseño pre experimental:

En este diseño la selección de la muestra no se da al azar y no hay grupo de comparación, aunque se manipula la variable independiente para evaluar su efecto.

A su vez, se controlan algunas variables externas (rango de edad de 18 años a 60

años, no haber recibido atención psicológica, psiquiátrica y no haber consumido psicofármacos).

Se utiliza este diseño con pre prueba y post prueba donde a un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y, finalmente, se le aplica una prueba posterior al tratamiento (*Hernández, Fernández & Baptista, 2010*).

3.7.2.1. Diagrama

G	O1	X	O2
G:	Grupo que recibe el tratamiento		
O1	Pre -test		
X	Tratamiento		
O2	Pos- test		

Este diseño ofrece la ventaja que hay un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en las variables dependientes, antes del estímulo (Terapia cognitiva conductual). De este modo, nos permite evaluar si el tratamiento causó un efecto favorable en el paciente. Los problemas de este diseño son la validez interna y externa que se ven afectadas por la forma no aleatoria de la selección de los sujetos. Quien investiga considera las características o variables que puedan estar relacionadas con las variables estudiadas (*Hernández et al, 2010*).

3.7. Definición de las variables: independiente y dependiente

3.7.1. Variable independiente: Terapia cognitivo conductual

3.7.1.1. Definición conceptual

La terapia cognitiva conductual está basada en el modelo de Beck, que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que interpreta la situación. De cierta forma, todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta del paciente (Beck, 2000).

3.7.1.2. Definición operacional

Programa terapéutico fundamentado en los principios de la psicoterapia cognitivo conductual, aplicado a pacientes con diabetes tipo 2 en 12 sesiones de dos horas cada una, una vez por semana, con una duración total de 3 meses.

La modalidad de trabajo que se utilizó fue individual en la primera y tercera fase al momento de evaluar (entrevista, aplicación de pretest y postest) y grupal durante la fase intermedia de aplicación de tratamiento.

Fase Inicial:

- 1) Explicar los objetivos de la investigación a cada evaluado de forma individual.
- 2) Obtener consentimiento informado para estudio de investigación.
- 3) Administrar instrumento de evaluación pre-terapia.

Fase Intermedia

- 1) Reunión Introductoria
- 2) Aplicación de terapia cognitiva conductual (variable independiente)
- 3) Administración de instrumento de evaluación pos-terapia
- 4) Agradecimiento y cierre del tratamiento con el grupo.

Fase Final

- 1) Evaluación de resultados pos-tratamiento de forma individual.
- 2) Análisis e interpretación de resultados.
- 3) Conclusión y recomendaciones de investigación.

3.7.2 Variable dependiente: Estrés y adherencia al tratamiento médico de diabetes tipo 2.

3.7.2.1. Definición conceptual de las variables dependientes

Estrés: Es el resultado de la interacción entre el individuo y el entorno evaluado por aquel como amenazante que desborda sus recursos debido a la presencia de demandas de tarea roles interpersonales y físicos y pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 2000).

Adherencia: Descrita originalmente por los autores Sackett & Haynes, quienes en 1975 enunciaron la clásica definición como: “el grado de coincidencia del comportamiento de un cliente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el

seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden” (Alonso et al, 2006; p.p. 31).

3.7.2.2. Definición operacional de las variables dependientes

Estrés

Para los efectos de esta investigación se utilizó la Escala General del Estrés (EAE-G) que contempla acontecimientos relacionados con la salud, relaciones humanas, estilos de vida, asuntos laborales y económicos. La puntuación obtenida en la Escala de Apreciación del Estrés (EAE), se evalúa a partir de las situaciones que potencialmente generan estrés, la incidencia y la intensidad con que afectan en la vida de cada sujeto.

Está compuesta por 53 enunciados, cuya intensidad se mide con una escala tipo Likert de 0 (nada), 1 (un poco), 2 (mucho), 3 (muchísimo). A su vez, mide la temporalidad de la situación planteada en cada reactivo, si ocurre actualmente (A), o si ocurrió en el pasado (P).

Adherencia

Se utilizará la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM-III©) (Villalobos, Brenes, Quirós & León, 2006). Se aplicó la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM – III©) orientada a medir una serie de factores que pueden indicar el nivel de adherencia integral del paciente con diabetes mellitus 2, el cuestionario incluye cincuenta y cinco oraciones

que tratan sobre factores comportamentales, vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus II, utilizando una escala Likert de cinco opciones que evalúan frecuencia de ejecución de la situación. Las cinco opciones de respuesta son 0 (nunca lo hago), 1 (Casi nunca lo hago), 2 (Lo hago regularmente), 3 (Casi siempre lo hago) y 4 (Siempre lo hago). Se contemplan, además, siete factores a valorar: apoyo familiar, organización y apoyo comunal, ejercicio físico, control médico, higiene y autocuidado, dieta y valoración de la condición médica.

3.8. Población y muestra

La población objeto de estudio de esta investigación fue tomada por medio de referencias médicas de diferentes centros de atención médica (centros de salud, hospital, clínica privada) conformada por pacientes con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, con niveles de estrés y poca adherencia al tratamiento médico.

En la selección de la muestra, se consideraron adultos de 18 años a 60 años, residentes en distrito de Soná (provincia de Veraguas), ambos sexos, estudios primarios, que no hubiesen recibido atención psicológica, ni psiquiátrica antes de aplicación de programa y no estuviesen medicados con psicofármacos.

Se entrevistaron 16 pacientes, de forma no aleatoria, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, dificultad en adherencia al tratamiento médico y síntomas de estrés. De estos pacientes entrevistados, se seleccionaron 12 que cumplían con los requisitos establecidos para la investigación. El grupo fue conformado por 12 participantes, sin embargo, al finalizar las sesiones solo culminaron el tratamiento 11 participantes. Es decir, se dio muerte experimental de un paciente. Los instrumentos utilizados para la

evaluación fueron la entrevista clínica conductual de Fernández & Staats (1992), Escala de Apreciación del Estrés (EAE-G) y Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III, para el establecimiento de diagnóstico de síntomas psicológicos.

3.8.1 Criterios de Inclusión

1. Diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2
2. Presencia de niveles de estrés y poca adherencia al tratamiento médico.
3. Poseer dominio de lectura y escritura.
4. Haber leído, aceptado y firmado el consentimiento informado.

3.8.2 Criterios de Exclusión

1. Retirarse de terapia antes de finalizar tratamiento.
2. Ser menor de 18 años y/ o mayor de 60 años.
3. Estar recibiendo atención psicológica o psiquiátrica, estar medicado con psicofármacos.

3.9. Instrumentos de medición y evaluación

3.9.1. Consentimiento Informado

En el desarrollo del presente estudio se tomará en cuenta los principios éticos recomendados por Kantowitz (2001) que hacen referencia a los principios éticos aprobados por la sociedad Británica de Psicología (BSP) y la Asociación Americana de Psicología (APA). Los participantes de la investigación fueron informados de los

objetivos de la investigación, con un ingreso voluntario y con respeto a no causar daño o incomodidad en el tratamiento. Respetando el anonimato y la confidencialidad de los datos, se les informó que los resultados de la investigación solo presentarán los datos generales.

Luego, de haber informado el paciente decidirá si está de acuerdo con lo establecido cumpliendo con los aspectos éticos y legales.

3.9.2. La entrevista conductual estructurada de Fernández- Ballesteros y Staats.

La entrevista es la técnica con la cual el investigador pretende obtener información de una forma oral y personalizada. Se basa en el modelo teórico propuesto por Staats a lo largo de su extensa producción y desarrollado por Fernández, Ballesteros y Staats, 1992 (Medina, 2013). La información se recopila en torno a acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de la persona tales como creencias, actitudes, opiniones o valores en relación con la situación que se está estudiando. Para la recolección de datos de esta investigación, utilizaremos una entrevista estructurada, de enfoque conductual. Tiene como objetivo recoger una primera información sobre la demanda del sujeto y los aspectos potencialmente relevantes de la situación problema (en un amplio sentido) presentados por un sujeto, en contextos clínicos y de salud. Con una buena recolección de datos, se puede elaborar de forma completa la historia clínica del paciente, se puede ser más preciso en el diagnóstico y en la elección del tratamiento adecuado para el paciente.

3.9.3. Escala General de Apreciación del Estrés (AEA-G)

Para evaluar la presencia de acontecimientos estresantes en el paciente con antecedente con diabetes tipo 2 y el nivel de estrés que presentan, se utilizó el test estandarizado, Escala de Apreciación del Estrés (AE) de la escala G.

La ficha técnica de la prueba EAE fue diseñada por Fernández y Mielgo (1992), editada por TEA Ediciones, S.A., basada en el modelo teórico y líneas de investigación de Lazarus (1986) y Holmes & Rahe (1967). Con el fin de apreciar el número de hechos estresantes que están o han estado presentes en la vida de los que serán encuestados y la medida en que éstos acontecimientos le afectan o le han afectado, y si el hecho estresante le sucede en el momento de responder el cuestionario o le ha sucedido en el pasado.

Dicha prueba está compuesta por cuatro escalas:

1. General (AE-G), escala general del estrés
2. (AE-A), de acontecimientos estresantes de ancianos
3. (AE-S), de estrés socio- laboral
4. (AE-C), estrés de la conducción.

Para efectos de este estudio se aplicará la Escala General (AE-G) que tiene como objetivo principal analizar la incidencia y la importancia de los distintos acontecimientos estresantes, que han tenido lugar a lo largo del ciclo vital de cada persona.

Esta escala consta de una prueba que abarca 53 ítems distribuidos en 4 puntos importantes: salud, relaciones humanas, estilo de vida y asuntos laborales y económicos, conteniendo su respectiva hoja de respuesta.

El instrumento presenta tres categorías: presencia (SI) o ausencia (NO) del acontecimiento estresante en la vida del sujeto; la intensidad con que se han vivido o se viven esos sucesos estresantes (0- 1- 2- 3); y la vigencia del acontecimiento estresante, si surgió en el pasado o dejó de afectarle (P) o si todavía le afecta (A). En ese parámetro se realiza una consideración independiente de las situaciones que todavía afectan o han dejado de hacerlo.

Su aplicación está dirigida a adultos (18 a 60 años) y tiene una duración de 20 a 30 minutos aproximadamente.

Contempla un puntaje máximo de 123 puntos y un mínimo de 19 puntos, distribuidos en los siguientes parámetros:

123-54= estrés alto o significativo

53-48= estrés medio

47-19= estrés bajo o poco significativo

Una vez obtenido el puntaje total, esta calificación podrá transformarse en percentil.

Fiabilidad

En la fiabilidad de la prueba EAE (Escala de Apreciación del Estrés), se han calculado los índices de consistencia con procedimientos test - retest (con un intervalo de 15 a 30 días) y mediante la correlación de los ítems pares - impares y corrección posterior del índice con la fórmula de Spearman Brown (Fernández Seara & Mielgo, 1996 p. 11).

Los datos obtenidos en cada grupo se presentan así (Tabla N° 2):

Tabla N° 2: Índices de fiabilidad

ESCALA	TEST-RETEST	PAR-IMPAR
G	0,65	0,74
A	0,83	0,81
S	0,62	0,70
C	0,78	0,69

Estadísticos de grupos normativos tomados de Fernández y Mielgo 1996

Los valores promedio oscilan (0,80-1,96) y los estudios fueron realizados sobre sus muestras para la escala sujetos 327 (escala G), 286 (escala A), 214 (escala S) y 275 (escala C), dando como resultado una confiabilidad del 80%. Finalmente, “para analizar la validez de la batería de acontecimientos estresantes hemos utilizado procedimientos de tipo factorial. (Fernández & Mielgo, 1996 p.p 12)

Validez:

Para analizar la validez de la batería de acontecimientos estresantes se han utilizado procedimientos tipo factorial. Para el análisis de la estructura interna de cada escala se utilizaron los datos recogidos con las distintas aplicaciones de los mismos.

ESCALA G:

Procedemos a describir escala G por ser la que utilizamos en esta investigación. Datos tomados de Manual de escala de apreciación del estrés. Fernández & Mielgo refiere que a partir de una muestra de 83 elementos se han aislado factorialmente, dos factores básicos:

- Factor I: Este factor hace referencia a aquellas situaciones propias. Agrupa elementos relacionados con la salud, forma de ser, estilo de vida.
- Factor II: Se refiere a los acontecimientos contextuales y viene definido sobre todo por elementos ambientales.

3.9.4 Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III

En la presente investigación se solicitó permiso para su uso a uno de sus creadores, el psicólogo Alfonso Villalobos, quien nos autorizó para fines de investigación y proporcionó datos relacionados con Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM-III©) (2006), la cual está conformada por 55 ítems distribuidos en 7 factores: apoyo familiar (FAF), organización y apoyo comunal (F-OAC), ejercicio físico (F-EF), control médico (F-CM), higiene y autocuidado (F-HA), dieta (F-D) y valoración de la condición física (F-VCF), orientada a medir una serie de factores que pueden indicar el nivel de adherencia integral del paciente con diabetes mellitus 2. El cuestionario incluye cincuenta y cinco oraciones que tratan sobre factores comportamentales, vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus 2. (Villalobos & Araya, 2006)

Las cinco opciones de respuesta son 0: Nunca lo hago, 1: Casi nunca lo hago, 2: Lo hago regularmente, 3: Casi siempre lo hago y 4: Siempre lo hago.

La escala aplicada se compone de siete factores:

- 1) Apoyo familiar: Las preguntas del factor indican la relación de la familia, sobre la condición médica de la persona con diabetes mellitus ii.
- 2) Organización y apoyo comunal: El factor incluye preguntas que abordan el tipo de apoyo que la comunidad le brinda a la persona con diabetes mellitus II, también hace referencia a la participación de esas personas en las actividades que organiza la comunidad relacionadas con el tema de la diabetes.
- 3) Ejercicio físico: Se incluyen preguntas que miden la emisión de comportamientos vinculados con actividad física: ejercicio, mantenimiento de horarios para realizarlo y la percepción que se tiene del cuerpo al desarrollar el ejercicio y su relación con el tratamiento médico.
- 4) Control médico: El factor está compuesto por preguntas que miden el tipo, lugar y las conductas relacionadas con el control médico y preventivo de la diabetes mellitus tipo 2.
- 5) Higiene y autocuidado: Aborda preguntas sobre conductas de autocuidado específico (cuidados de los pies, utilizar los medicamentos apropiados, mantener el horario de dietas, seguir las indicaciones médicas, realizar actividades que favorezcan la salud).
- 6) Dieta: Se incluyen preguntas que giran sobre la dieta que deben consumir las personas con diabetes mellitus tipo 2.
- 7) Valoración de la condición física: Aborda preguntas que describen la relación entre ejercicio físico y percepción sobre la condición física.

La confiabilidad de la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus 2, versión III (EATDM–III©) refleja un Alfa de Cronbach total de confiabilidad de .8718, la confiabilidad de cada factor fue la siguiente:

Tabla N° 3

Factor	Alfa de Cronbach (confiabilidad)
Apoyo familiar	.9178
Organización y apoyo comunal	.8827
Ejercicio físico	.8970
Control médico	.8044
Higiene y autocuidado *	.6442
Dieta	.8962
Valoración de la condición física	.9333
TOTAL	.8718

*Aunque su índice de confiabilidad es menor al resto, su valor diagnóstico la mantiene como parte de la prueba.

Finalmente, presentaremos investigaciones que utilizaron la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en su tercera versión (EATDMII-III). Tenemos tres estudios, el primero realizado por Villalobos, Brenes, Quirós y León (2006), el segundo por Quirós y Villalobos (2007) y, el tercero por Villalobos, Quirós y León (2007). El primer estudio es de tipo cuantitativo (al igual que los otros dos), pretendieron estudiar las relaciones internas de las variables de la Escala de

Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en su tercera versión (EATDM-III) en Costa Rica, así como el comportamiento psicométrico de la escala. La muestra estuvo conformada por 104 personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2. En el segundo, se compararon las características de la EATDM-III en dos muestras diferentes, pues una de ellas fue urbana y la otra rural, ambas de Costa Rica. La muestra estuvo conformada por 163 pacientes, 104 viviendo en zonas urbanas y 59 en rurales. El tercer estudio tuvo como objetivo confirmar la consistencia interna de la EATDM-III en una muestra rural de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Costa Rica, trabajaron con una muestra de 59 pacientes. Los resultados obtenidos en el primer estudio, la consistencia interna del instrumento fue de 0.88; se encontraron correlaciones significativas entre cada factor y en la relación factores-escala total; por lo cual los autores concluyen que la escala posee una adecuada consistencia interna y estructura factorial y consideran que puede ser útil en el estudio de la adherencia terapéutica.

En el caso del segundo estudio, los resultados demostraron diferencias significativas en los factores: dieta, control médico y organización y apoyo comunal; la zona rural fue la que obtuvo mejores puntajes en la comparación. Además, encontraron una consistencia interna de la escala del 0.88, es decir, un Alfa de Cronbach de 0.88, lo cual concuerda con el estudio que los autores hicieron en el 2006; los investigadores concluyen que tanto los reactivos de la escala como los factores son estables, de manera relativa, dentro de la prueba y a través del tiempo.

Los resultados del tercer estudio mostraron que la escala posee una confiabilidad alta, ya que obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.92, asimismo las correlaciones entre cada factor y en relación factor-escala total fueron significativas.

Estos resultados coinciden por los encontrados anteriormente por los mismos autores en su estudio realizado en 2006. Tomando en cuenta los resultados de estas tres investigaciones y, en vista de que en nuestro país no existe una escala similar, hemos considerado adecuado utilizar la EATDM-III.

3.10. Limitaciones

- Investigaciones limitadas sobre adherencia tratamiento médico específicamente en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Falta de instrumentos para evaluar adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Panamá.
- La no aleatorización de la muestra; esto puede permitir la vulnerabilidad a los sesgos, por la falta de control absoluto en las variables, una limitación que está relacionada con el diseño de investigación utilizado.
- La investigación, en un principio, pretendió trabajar con la población de entidad hospitalaria, pero por la duración de los trámites que exige el comité de bioética, se decidió obviar esta opción y se procedió a realizar la investigación en otro espacio que no estuviera relacionado con la institución.
- Posterior a la aplicación de sesiones, el análisis de datos no fue completado a cabalidad en el tiempo que se tenía estipulado, esta dificultad estuvo relacionada con limitaciones de salud personal.

- Se presentó retraso para obtener autorización del uso de la escala de adherencia al tratamiento en la investigación.

3.11. Procedimiento estadístico

El procedimiento estadístico utilizado es un diseño de investigación pre experimental, mediante una medición pretest- posttest en un solo grupo, con el análisis de los resultados mediante la prueba “t” de Student, con un nivel de significancia de alfa 0.05. La muestra utilizada fue de 11 sujetos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, con niveles de estrés y dificultad en la adherencia al tratamiento médico.

Los datos estadísticos fueron formulados mediante el análisis de datos, prueba t student para medias de dos muestras emparejadas de Excel 2010.

3.12. Métodos de intervención

La fase inicial con una duración de dos semanas, en este periodo se brindó atención individual a los participantes para explicar los objetivos de investigación, obtener el consentimiento informado, recogida de datos y aplicación de escalas antes de tratamiento.

La fase intermedia inicia con una reunión introductoria previa al tratamiento cognitivo conductual. Posteriormente, se inicia tratamiento con una duración de tres (3) meses, cada sesión de dos (2) horas por semana, un total de 12 semanas. Al finalizar en la sesión 12 se procede a la aplicación de escalas posterior al tratamiento.

Fase final de investigación se analizaron los resultados, conclusiones y recomendaciones de la investigación.

El programa se fundamenta en los planteamientos de terapia de Aaron Beck, que está basada en la identificación de las percepciones inadecuadas del sujeto e intenta lograr que el paciente entienda la relación situación - pensamiento - conducta para empezar a trabajar en la búsqueda de alternativas cognitivo conductuales para el manejo de sus problemas (Ruiz, 1992).

DESARROLLO DE FASE INTERMEDIA:

1). Reunión Introductoria

1. Presentación al grupo como estudiante del programa de maestría de CRUV.
2. Se procedió a explicar importancia de realizar investigación en área de salud.
3. Informe de los resultados del diagnóstico.
4. Se explicó, de forma general, el propósito del tratamiento.
5. Lista de integrantes del grupo.
6. Se evaluó la comprensión del programa de tratamiento.
7. Se estableció el día y hora de las sesiones de tratamiento.
8. Se explicaron aspectos relacionados con la confidencialidad a todo el grupo
9. Explicación del papel activo del paciente en una terapia cognitivo conductual.
10. Aclarar dudas o interrogantes

3.12.1 Descripción de las sesiones de tratamiento

Procedemos a detallar las doce sesiones terapéuticas con un enfoque cognitivo conductual dirigida a un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 para disminuir

los niveles de estrés y mejorar la adherencia al tratamiento médico. Presentamos los objetivos y contenidos de cada sesión.

Sesión 1. Restructuración cognitiva y técnica de relajación

Objetivos y contenidos:

1.1. Presentación de miembros

Se inicia con la bienvenida a todos los integrantes del grupo y a sus familiares (7 acompañantes). La presentación de cada uno de los participante se realiza por medio de la dinámica “Lo positivo de tu inicial y conociendo mejor a tu compañeros”. Seleccionando de forma aleatoria al primer participante quién dio su nombre y menciona una palabra positiva con la letra inicial de su nombre. Luego el siguiente participante ubicado a la izquierda, repite el nombre y palabra positiva que caracteriza a su compañero. Luego da su nombre y palabra positiva que representa su inicial, de esta manera se repite el ciclo de forma sucesiva con todos los participantes.

De este modo, se inició la primera sesión presentando a sus participantes, brindando un ambiente de mayor confianza.

1.2. Informe de los resultados del diagnóstico

Se proporcionó información general de resultados diagnósticos en la evaluación inicial.

1.3 Objetivos, reglas y lineamientos de trabajo del grupo terapéutico.

Se les da a los integrantes del grupo los objetivos generales y específicos del programa.

A su vez, se resaltan nuevamente las reglas del grupo como el estricto cumplimiento de la confidencialidad de la información del grupo, del respeto a la opinión de los demás, cumplimiento de las tareas asignadas para casa, importancia de la puntualidad y la asistencia para el avance de las sesiones. Finalmente, se abre un espacio para que los miembros del grupo contribuyan con sus aportes para el establecimiento de las reglas del grupo.

1.4 Psicoeducación a familiares

En esta fase se brinda a pacientes y familiares información sobre la importancia del tratamiento médico de la diabetes mellitus tipo 2. Considerando que el apoyo familiar para el paciente con diabetes mellitus es especialmente importante, no solo porque aumenta el funcionamiento físico y emocional del paciente, sino también porque promueve adherencia al tratamiento médico, fomenta el autocuidado en el sistema familiar, entre otras cosas.

Dentro de esta sesión se procedió a definir el término de ¿Qué es diabetes mellitus tipo 2? ¿Qué puedo hacer para controlar la diabetes mellitus tipo 2?, ¿Cuáles son sus posibles causas?, ¿Cuáles son los signos y síntomas?, ¿Cómo se clasifica la diabetes mellitus?, ¿Cuáles son sus riesgos? y ¿Cuál es el tratamiento que se debe recibir? Se resaltan los efectos del apoyo familiar en el paciente con

diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y la importancia de desarrollar habilidades que le permitan tener un mejor manejo de este trastorno.

1.5 Terapia cognitivo conductual, estrés y los factores que inciden en la adherencia al tratamiento médico de diabetes tipo 2

Se procede a explicar brevemente a los participantes los aspectos que plantea la terapia cognitiva conductual, que se basan en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta del individuo están determinados por la manera que tiene de estructurar su mundo. No es la situación en sí misma, sino la percepción de la situación lo que influye en mayor medida en las emociones y los comportamientos que se suscitan.

Se proporciona información sobre la importancia de la terapia cognitivo conductual en el manejo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, los niveles de estrés y poca adherencia al tratamiento médico. Se le explica al paciente que el objetivo del tratamiento no es eliminar del todo el estrés, sino utilizarlo de manera constructiva, productiva.

1.6 Breve explicación de sistema inmunológico, estrés, diabetes, factores que influyen en la adherencia al tratamiento médico

Se proporciona una breve explicación del sistema inmunológico del individuo, su relación con el estrés y el desarrollo de enfermedad. Se proporciona información sobre la perspectiva transaccional del estrés por medio de ejemplos de la vida cotidiana y ejemplo de situaciones relacionados con la enfermedad.

Durante la sesión se utilizó cinco minutos para la exposición audiovisual que explica la fisiología del estrés.

De este modo, se explicó a los participantes cómo las emociones, pensamientos y conducta pueden influir en el desarrollo de afecciones médicas específicamente en la diabetes mellitus tipo 2.

1.7 Técnicas de relajación

Inicialmente se brinda introducción sobre las técnicas de relajación, su historia, tipos de relajación, los objetivos, metodología en general. A su vez, se explica sobre los requisitos que tiene la misma para que se pueda llevar con éxito. Se brinda entrenamiento inicial con técnica de respiración diafragmática (ver anexo).

1.8 Expectativas de los participantes y dudas respecto al lineamiento de trabajo

Se abrió el preámbulo para que los participantes transmitieran sus expectativas y preguntas sobre el tratamiento, utilizando el juego de la papa caliente donde los participantes de pie en forma circular, a escuchar el sonido de un aplauso se detiene y transmite una expectativa y/o duda sobre el tratamiento

1.9 Asignación de tareas para casa

Se les explicó a los participantes sobre la importancia de las tareas para casa. Se proporcionó cuadernito para que cada participante mantenga de forma ordenada cada tarea asignada, para que uso de escalas de retroalimentación del estrés

(ejemplificado como un termómetro), registros diarios y se dio instrucción sobre su uso.

- Practicar en casa la técnica de respiración diafragmática.
- Llenar escala de retroalimentación para medir el grado de tensión antes y después de técnica de relajación (cuadernito).
- Se le pidió que elaboraran una lista de situaciones que han sido estresantes en el pasado y la forma en que lo enfrentaron.

1.10 Cerrar la sesión

Finalmente, con un resumen de lo tratado, solicitando a los participantes su comentario sobre los aspectos más importantes. Se cierra la sesión agradeciendo tanto a pacientes como a familiares su participación.

Sesión 2. Restructuración cognitiva y técnica de relajación

Objetivos y contenidos

2.1. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas

Se inicia la sesión proporcionando un breve resumen de temas tratados en la sesión pasada. Algunos participantes del grupo exteriorizaron dudas y realizaron comentarios sobre los aspectos que se dieron en la terapia pasada. Se pudo observar en su mayoría desconocían conceptos relacionados con estrés y las técnicas de relajación.

2.2. Revisión de tareas asignadas para esta sesión

Se solicitó a los participantes que compartan algunas de sus experiencias con la utilización de técnica de relajación basándose en la escala de retroalimentación en casa. Se comentan las dificultades y limitaciones al realizarla.

2.3. Elaborar lista de situaciones actuales que causan estrés en los miembros del grupo

Se le pidió a los a los participantes que elaboren una lista de situaciones que le causan estrés en la actualidad y la forma en la que han estado enfrentándolos. En esta sesión se analizaron las estrategias que utilizan los pacientes de grupo, detectando las favorables y las no favorables. Se dio instrucción sobre el llenado del registro diario de estas situaciones para análisis durante la sesión y posteriores sesiones.

Luego, se proporcionó material a cada participante para realizar la línea del tiempo, donde se les pide que identificarán tres momentos importantes en su vida antes de ser diagnosticados con diabetes mellitus, en el momento de ser diagnosticados y después de ser diagnosticado. En esta actividad se les resaltó a los participantes que prestaran especial atención los sentimientos, pensamientos, hábitos y rutina diaria. Una vez finalizada la asignación se les pidió a los participantes que expresaran ante el grupo sus emociones y pensamientos sobre la enfermedad y su situación actual.

2.4. Explicar el concepto de pensamientos y la relación con los factores ambientales, biofísicos y conductuales en las situaciones de estrés.

Se procedió a brindar psicoeducación sobre la relación entre el pensamiento y los factores ambientales, biológicos, físicos y conducta del individuo. Se proporciona información de este tema mediante ejemplos de situaciones de la vida diaria y ejemplos relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente, la diabetes mellitus. Se reforzó aspectos planteados en la sesión pasada sobre la terapia y se les explicó el enfoque cognitivo en el tratamiento de la diabetes mellitus. Durante la consulta se explica de una forma muy sencilla sobre los contenidos de la cognición desde el punto de vista clínico, explicando con ejemplos qué son esquemas y creencias.

2.5. Definir el concepto de pensamientos automáticos, el autorregistro y practicar el llenado del mismo.

Dando continuidad a la sesión sobre los contenidos del pensamiento se explicó que los pensamientos automáticos son el resultado de la interacción de los supuestos o creencias, estas creencias son tomadas como verdades absolutas. Estos pensamientos automáticos los tenemos sin darnos cuenta y pueden influir en nuestras actividades diarias. Para una mejor comprensión se dieron ejemplos utilizando el resultado de dinámica “La línea del tiempo”, donde explicaron su situación antes, durante y después de diagnóstico.

Durante esta sesión se dio instrucción sobre detectar pensamientos automáticos, formulándonos preguntas en este caso sobre el estrés: ¿Qué pienso antes?, ¿Qué

pienso durante?, ¿Qué pienso después de la situación estresante? Al finalizar esta parte se les proporcionó a los participantes retroalimentación.

2.6. Práctica de relajación muscular

Antes de iniciar la técnica de relajación se les pidió a los participantes llenar escala de estrés.

Posterior al llenado de escala, se dio instrucciones para realizar la técnica de relajación con verbalización. Se le pide a los participantes que se coloquen en posición cómoda y se les proporcionan las auto afirmaciones verbales: “inspiro, pienso que me relajo y me relajo” (se repite 8 veces), complementada con la relajación practicada en sesión pasada.

Al finalizar se realiza llenado de escala de estrés adjunto en cuadernito.

2.7. Retroalimentación de técnica de relajación como una alternativa para reflexionar las situaciones conflictivas

Posterior a la aplicación de técnica de relajación con verbalización se brinda retroalimentación sobre las directrices clínicas que abarca la técnica. A su vez, se explica el ciclo del estrés (retomando material audiovisual proporcionado en sesión anterior), y se refuerza que uno puede relajarse no solo en lugares específicos, sino que se puede realizar en cualquier lugar, siempre que la persona lo desee y lo practique. En este caso las técnicas utilizadas hasta el momento son la técnica diafragmática y de verbalización, puesto que requieren poco tiempo en su aplicación y se pueden realizar varias veces al día.

2.8. Asignación de tareas para la siguiente sesión

Se les refuerza la importancia de hacer las tareas en casa.

- Practicar en casa la técnica de relajación con verbalización.
- Llenar escala de retroalimentación para medir el grado de tensión antes y después de técnica de relajación y colocar sus observaciones para compartir en la próxima sesión.
- Llenar auto registro de situaciones estresantes actuales.

2.9. Cerrar la sesión con un resumen de lo tratado (pidiendo al grupo que comente lo más importante de la sesión).

Se realizó síntesis de los temas tratados y se les pidió que comentaran sobre lo aprendido en la sesión de tratamiento. Se da periodo de preguntas y repuestas. Finalmente, se agradece la asistencia, se refuerza la importancia de tareas y se da por terminada la sesión.

Sesión 3 Restructuración cognitiva y técnica de relajación

Objetivos y contenidos

3.1. Breve resumen del contenido de la sesión anterior.

Se inicia con la bienvenida, se proyecta una pequeña síntesis de los temas tratados en sesión anterior.

3.2. Revisión de tareas asignadas para esta sesión, aclarar dudas y dificultades en su realización.

Se les pidió a los participantes reunirse en grupo de dos para compartir sus experiencias con la realización de la asignación. Luego se le pide al grupo nombrar un tutor que transmita las experiencias y sus dudas respecto a la realización de la misma.

3.3. Pensamientos automáticos y distorsiones.

Se brindó información sobre términos utilizados en la terapia cognitiva de Beck. Esta terapia se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta del individuo están determinados por la manera que tiene de estructurar su mundo. Nuestra vida está regida por la manera en que nos entendemos a nosotros mismos y a los demás. No es la situación en sí misma, sino la percepción de la situación lo que influye en mayor medida en las emociones y los comportamientos que se suscitan.

Así pues, en el modelo de Beck, las conductas, los pensamientos y la emoción están íntimamente conectadas: los pensamientos que tengamos (las cogniciones) van a influir directamente en las emociones que vamos a experimentar en distintos momentos de nuestra vida y estas emociones influyen en nuestro comportamiento.

El término “cogniciones” hace referencia a:

- 1) Los procesos cognitivos: Son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existente en las

estructuras cognitivas (esquemas). Por lo tanto, se incluyen entre los procesos cognitivos: la percepción, la atención, la memoria y la interpretación. En el procesamiento de la información, pueden producirse errores en cualquiera de sus fases que tienen como consecuencia una alteración o distorsión en la valoración e interpretación de los hechos.

2) Los contenidos de la cognición: Tomando en cuenta punto de vista clínico, Beck hace referencia a dos conceptos que son:

a) Los esquemas son las estructuras cognitivas de organización de la información en la memoria, provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje (en general tempranas) y pueden permanecer latentes hasta ser activadas por un evento significativo que interactúa con ellos, los cuales son de dos tipos:

- .Creencias nucleares: Se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno mismo (“soy un idiota”, “no merezco que nadie me quiera”), los otros (si puede la gente te manipula) y el mundo (el mundo es peligroso). Representan el nivel cognitivo más profundo.
- Supuestos: Son creencias que suelen expresarse como proposiciones condicionales del tipo “si... entonces” (“si digo que no nadie volverá contar conmigo”, “si no caigo bien a todo el grupo no podré integrarme”, “si no controlo todo lo que pasa a mi alrededor terminará pasando una catástrofe”), como normas

(“debo evitar cosas que sean muy complejas”) o actitudes (“es terrible cometer un error”). Se encuentra entre las creencias nucleares y los productos cognitivos o pensamientos automáticos.

b) **Pensamientos automáticos:** Son los pensamientos o imágenes concretos que uno tiene ante las situaciones o acontecimientos del entorno o ante eventos internos. Beck los denomina pensamientos negativos automáticos. Los pensamientos automáticos tienen las siguientes características:

- Son mensajes o proposiciones específicas referidas a una situación concreta.
- No importa lo irracionales que sean, siempre son creídos, es decir, que pueden estar formulados solo en nuestro pensamiento.
- Entran de forma espontánea en la mente, siendo o pudiendo ser, por tanto, conscientes. No nos damos cuenta cuando ese pensamiento automático llega a nosotros.
- Tienden a dramatizar y exagerar lo negativo de la situación
- Son difíciles de detectar y controlar porque se entremezclan de forma inadvertida con el flujo del diálogo interno o auto diálogos.
- Son aprendidos, es decir, que son patrones de pensamiento aprendidos desde nuestra infancia.

A medida que se dio la presentación de conceptos, con su debida explicación, se mencionaron ejemplos para mayor comprensión de los términos.

3.4. Explicar el concepto de pensamientos automáticos y la relación con los factores ambientales, biofísicos y conductuales en las situaciones de estrés.

Se proporciona información de cómo responde el organismo ante la amenaza, de acuerdo a como fue percibida la situación (recordando audio visual). Se describen reacciones psicofisiológicas del individuo ante las situaciones de amenaza. Con la colaboración de un participante, se realizó un ejemplo de su vida relacionada con la condición médica.

3.5. Ejemplificar la forma de detectar los pensamientos automáticos con experiencias relacionados con estado de salud.

Se le enseña al paciente como detectar pensamientos automáticos contestando las preguntas: ¿Qué pienso antes?, ¿Qué pienso durante?, ¿Qué pienso después de la situación?

Se les pide a los participantes revisar en su cuadernito su línea del tiempo, donde se les solicita prestar especial atención antes, durante y después de haber sido diagnosticado en lo que respecta a sus pensamientos, sentimientos, conductas (hábitos). Tomando en cuenta las preguntas planteadas y la experiencia de cada uno se les pide responder en las tres esferas.

Inicialmente, los participantes se mostraron confundidos, sin embargo, luego de una nueva explicación procedieron a responder en cuadernito de trabajo.

3.6 Seguimiento del llenado de autorregistro

En esta parte de la sesión por limitación en tiempo, se explicó brevemente el desarrollo de ejercicio de identificación de creencias nucleares, supuestos y pensamientos automáticos. Se les explica a los participantes y se les da asignación en casa y posterior retroalimentación.

3.7. Práctica de relajación

Antes de iniciar sesión de relajación, se pide a los participantes realizar llenado de escala de retroalimentación del estrés (termómetro).

Se proporcionan las instrucciones necesarias para realizar ejercicio de relajación con visualización, proporcionándole al paciente estrategias para el manejo de situaciones estresantes en su vida diaria. Se pide al paciente que imagine una escena o imagen que le transmita tranquilidad, se le coloca música instrumental para facilitar estado de relajación, se le repite la frase “quieto y tranquilo” (varias veces), mientras que exhala e inspira, luego se le solicita al paciente que se traslade a ese lugar tan placentero donde se siente relajado y se le pide que suelte la tensión.

Finalmente, al transcurrir unos minutos en completa calma y quietud se le pide volver a la habitación y abrir lentamente los ojos (ver anexo).

3.8. Retroalimentación de técnica de relajación

Nuevamente, en el cuadernito, se realiza post- evaluación de escala de retroalimentación de estrés. De este modo, se le pide a todo el grupo que expliquen su evaluación antes y después de técnica.

3.9. Asignación de tareas para la siguiente sesión

- Realizar ejercicio de identificación de creencias nucleares, supuestos y pensamientos automáticos.
- Practicar técnica de relajación con visualización.
- Realizar llenado antes y después de escala de retroalimentación del estrés

3.10. Cerrar la sesión con un resumen

Se hace un pequeño resumen, se da periodo para preguntas y respuestas. Se cierra la sesión con despedida y se resalta la importancia de las asignaciones en casa.

Sesión 4 Restructuración cognitiva y técnica de relajación

Objetivos y contenidos

4.1. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.

Se inicia con la bienvenida, se proyecta una pequeña síntesis de los temas tratados en sesión anterior.

4.2. Revisión de tareas asignadas para esta sesión, aclarar dudas y dificultades en su realización.

Se les pide a los participantes tomar su cuadernito para realizar autocorrección de ejercicio. Se proporcionó resultado de cada pregunta, dando la oportunidad a aclarar las dudas. Los resultados generales muestran cierta dificultad en la identificación de esquemas y creencias, por lo que se dedicó un tiempo más para proporcionarle ejemplos cotidianos para su mayor comprensión.

Luego, se evalúa nivel de dificultad de los participantes para la realización de técnica de relajación, se revisa escala de cada participante, aclarando las inquietudes.

4.3. Evaluar sentimientos y emociones con los pensamientos automáticos y clasificarlos según distorsiones.

Posterior al ejercicio de identificación de creencias, supuestos y pensamientos automáticos, se procedió a brindar al paciente información sobre como aprender a identificar distorsiones cognitivas, procesando la información que deforma la realidad y que lleva a un pensamiento automático distorsionado.

Los supuestos y creencias de la persona facilitan la aparición de sesgos y errores en el procesamiento de la información: sesgos cognitivos o distorsiones cognitivas:

Las principales distorsiones cognitivas propuestas por el teórico Aaron Beck son las siguientes:

1. Pensamiento de todo o nada, absolutista (dicotómico): Tendencia de evaluar los hechos a través de categorías opuestas o extremas, sin tomar en cuenta situaciones intermedias o ignorando si existe o no evidencia que corrobore dicho pensamiento.
2. Sobregeneralización: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general, a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esa conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
3. Abstracción selectiva (filtro mental): Consiste en elegir un detalle negativo, de cualquier situación y fijarse exclusivamente en él, ignorando otras características más relevantes de la situación y valorando toda la experiencia como negativa, sin percibir lo positivo de la situación.
4. Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que lo apoye o cuando la evidencia es contraria.
5. Maximización o minimización: Se evalúa los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
6. Personalización: Se refiere a la tendencia excesiva de atribuir acontecimientos extremos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello, es decir, asumir la responsabilidad de un hecho negativo a pesar de no haber fundamento.
7. Razonamiento emocional: Consiste en suponer que las emociones negativas reflejan necesariamente la realidad.

8. Descalificación de lo positivo: No se toma en cuenta las experiencias positivas, pues son percibidas como sin importancia, a pesar de que la evidencia cotidiana diga lo contrario.
9. Enunciación debería : La persona trata de motivarse a través de frases como debería o no debería, sin embargo, cuando por alguna razón no logra llevar sus propias exigencias se siente avergonzado y culpable, de igual manera, cuando dirige dichas enunciaciones hacia los demás, siente irritación, frustración y resentimiento.
10. Etiquetación o etiquetación errónea: Etiquetar es una forma extrema de generalización que consiste en crear una imagen personal basada únicamente en los errores. Poner etiquetas erróneas consiste en describir un hecho de manera que lleve una gran carga emocional.

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectados en distintos estados emocionales alterados. De este modo, se plantean los conceptos relacionados con distorsiones o sesgo cognitivos.

4.4. Revisión de distorsiones cognitivas relacionadas con estado de salud

Con el fin de proporcionar ejemplos de cómo debatir pensamientos distorsionados, se solicitó a un voluntario del grupo que leyera una situación estresante relacionada con enfermedad, que haya ocasionado un pensamiento distorsionado para trabajar en grupo. Se identificó el tipo de distorsión y se plantearon posibles interrogantes para debatir este pensamiento.

4.5 Analizar entre una situación, pensamiento, emoción, conducta y respuestas fisiológicas

Se les solicita a los participantes revisar el cuadernito donde se encuentra lista de situaciones estresantes en la actualidad que cada participante elaboró. Luego con la ayuda del formato de registro que se les entregó se les pide que coloquen una situación que generara mucho estrés. Preguntarse ¿Qué pasó por su cabeza? (pensamiento), ¿Qué sentía? (emoción), ¿Qué hizo? (conducta). Una vez terminada la asignación, en la sesión se les pidió que presentaran tres casos.

4.6. Práctica de relajación muscular

Antes de iniciar sesión de relajación, se pide a los participantes realizar llenado de escala de retroalimentación del estrés (termómetro).

Se inicia con instrucciones sobre relajación progresiva (anexo). Al finalizar técnica, los participantes proceden a puntuar la escala de estrés.

4.7. Retroalimentación de técnica de relajación

Se les pide a los participantes que comenten con el grupo sus experiencias con las técnicas de relajación practicadas a la fecha. Los resultados en términos generales fueron favorables.

4.8. Asignación de tareas para la siguiente sesión

- Practicar técnica de relajación muscular progresiva.
- Realizar llenado antes y después de escala de retroalimentación del estrés

- Desarrollar ejercicio de identificación de distorsiones.

4.9. Cerrar la sesión con un resumen de lo tratado

Se cierra la sesión presentando un resumen de los temas tratados y sus aportaciones.

Se da un espacio para preguntas y repuestas.

Sesión 5: Restructuración cognitiva, afrontamiento y técnica de relajación

Objetivos y contenidos

5.1. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.

Se inicia con la bienvenida, se proyecta una pequeña síntesis de los temas tratados en la sesión anterior.

5.2. Revisión y retroalimentación de las tareas establecidas para esta sesión.

Se explora resultados de escalas de estrés antes y después de técnica de relajación.

Se solicita a cada uno de los participantes que colabore con una respuesta del ejercicio de detección de distorsiones, de esa forma evaluamos los resultados.

5.3. Explicar al paciente el modelo de afrontamiento del estrés según Lazarus

En esta parte de la sesión, se expuso aspectos de las teorías transaccionales sobre el estrés con el Modelo de valoración cognitiva propuesto por Lazarus & Folkman (1986). Este modelo manifiesta que la valoración que hace la persona de los

estímulos existentes en el medio, enfatiza el papel que juegan los factores cognitivos en dicha valoración y consecuentemente en la aparición de la respuesta de estrés.

El estrés, por tanto, surgirá cuando el individuo valore que las demandas del medio superan los recursos de que dispone para hacerles frente, se trata, en definitiva, de hacer balance entre las demandas del ambiente y su capacidad de afrontarlas.

Con el fin de explicar un poco más detallado el proceso de generación del estrés surgen los conceptos de evaluación y afrontamiento propuestos por Lazarus & Folkman.

Describiremos estos tres niveles de evaluación de la situación estresantes:

- La evaluación primaria analiza las características de la situación estableciendo si existe amenaza y sus consecuencias.
- La evaluación secundaria establece si el sujeto posee recursos para responder ante la situación planteada. Esta evaluación determina en gran medida que el individuo se sienta asustado, desconfiado u optimista.
- La evaluación terciaria configura el afrontamiento; describe el afrontamiento como aquellos procesos conductuales y cognitivos constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes.

Para estos autores existen dos tipos de estrategias de afrontamiento, la de resolución de problemas y la segunda llamada de regulación emocional.

- La primera estaría dirigida a manipular o alterar el problema que está causando el malestar o a incrementar los recursos para hacer frente al problema.

- La estrategia de regulación emocional estaría centrada en reducir el malestar asociado a la situación.

Siguiendo el modelo de valoración cognitiva, se establece que al tratar el estrés, en todos los ámbitos, debemos tener en cuenta los siguientes elementos que lo componen e interaccionan: entorno laboral, familiar, personal y las consecuencias de esta interacción. Es decir, es importante realizar la valoración en todas las esferas de forma integral.

5.4 Enseñar modelos de afrontamiento

Se proporciona información relacionada con algunos modelos de afrontamiento estudiados, específicamente en caso de pacientes con enfermedades crónicas. Se les explicó que en una situación de estrés pueden surgir varias respuestas. Según estudios realizados por Lazarus & Folkman, consideraron la clasificación de estrategias para afrontar el estrés de acuerdo al estresor, de esta forma:

- **Centrada en el problema:** Esta estrategia se enfoca en la situación mediante la adquisición de información que le permita buscar posibles soluciones. Algunas de sus estrategias pueden ser confrontación, autocontrol, aceptar la responsabilidad y planificar soluciones al problema. Esta estrategia tiene como característica hacer frente al problema de forma directa, requiere la elaboración de objetivos, hacer análisis y tener claro el ambiente donde se da la situación.
- **Centrado en la emoción:** El objetivo principal es controlar las emociones producto de las situaciones de estrés, no pretende realizar modificación del

problema. Algunas de las estrategias utilizadas son el distanciamiento, escape evitación, minimizar la situación, atención selectiva. Estos recursos aparecen cuando la evaluación del estresor fue que no se puede hacer nada para modificarlo, por el contrario si la respuesta fuese susceptibilidad al cambio, no se ejecutarían estos y si los que están dirigidos al problema.

5.5. Realizar ejercicios que ejemplifiquen modelos de afrontamiento basado en hechos reales del paciente.

Una vez adquirido este conocimiento se continuó con el siguiente punto donde se proporcionan hoja de registro con diversas situaciones para que registren los mecanismos de afrontamiento de acuerdo a lo aprendido en la sesión.

5.6 Explicar al paciente técnicas de afrontamiento cognitivo

Tomando como referencia el material audiovisual “la fisiología del estrés”, se procede a explicar la dinámica del estrés y las posibles técnicas de afrontamiento cognitivo que se pueden desarrollar. En el caso planteado, la activación de recursos extraordinarios (atención, memoria, activación fisiológica, frecuencia cardiaca, entre otros) requieren un desgaste para el organismo, pero este tiene capacidad para recuperarse entre cada episodio de respuesta al estrés. Como ha sido explicado anteriormente, el problema surge cuando estas respuestas de estrés se repiten con excesiva frecuencia, intensidad o duración. En estos casos, el organismo encuentra dificultad para recuperarse, pudiendo surgir problemas conocidos como trastornos asociados al

estrés: trastornos digestivos, trastornos del sueño, hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y otros trastornos afectivos, etc.

Como contenido de esta sesión se retomó aspectos tratados en la primera sesión sobre el estrés y se explicó cómo puede afectar la presencia prolongada de estrés en los estados de salud

Modificando los hábitos positivos para la salud

Las estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés pueden influir en la modificación de conductas sanas como realizar ejercicio físico, cuidar la dieta, mantener un buen horario del sueño y desarrollarse conductas no saludables como el consumo de alcohol, drogas, comer a deshoras, vida sedentaria. Esto trae consecuencias favorables para el paciente, en todas las esferas familiares, laborales, social y personal

Produciendo alteraciones fisiológicas

Se les explicó a los participantes cómo influye el estrés en nuestro cuerpo. Esta activación producida por el estrés en el organismo, si es muy alta y frecuente, puede ocasionar disfunciones psicofisiológicas, es decir, ocasionar cierto tipo de daños a nuestro cuerpo tales como problemas cardiovasculares, dolores de cabeza tensionales, problemas digestivos, problemas sexuales, etc.

Además, su influencia sobre el sistema inmunológico puede producir una inmunodepresión que hace aumentar el riesgo de infecciones, favoreciendo el desarrollo de enfermedades inmunológicas.

Provocando pensamientos distorsionados

El estrés puede provocar que se distorsione la interpretación que la persona hace de la situación o evento. En este proceso, como lo hemos ya estudiado, se activa nuestro pensamiento, emociones, conducta y reacciones fisiológicas, que facilitan la adquisición de una serie de inseguridades, temores, fobias, etc., con capacidad de desbordar al individuo afectando a su conducta, sus emociones y su estado de salud.

5.7. Aplicar lo aprendido en sesiones anteriores ante los estados de salud.

Se les pidió a los participantes que se reúnan en grupo de cuatro, donde cada grupo escogió una esfera que afectó el estrés del caso planteado por la fisiología del estrés (audiovisual). Luego un participante de cada grupo sustentará sus resultados.

5.8 Práctica técnica de relajación

Se les solicitó a los participantes hacer el llenado de escala de retroalimentación de estrés (termómetro).

Se inicia instrucciones sobre relajación progresiva (anexo). Al finalizar técnica, los participantes proceden a puntuar la escala de estrés.

5.9. Retroalimentación de técnica de relajación

Los participantes comentaron con el grupo sus experiencias con las técnicas de relajación practicadas a la fecha. Los resultados en términos generales fueron favorables.

5.10. Asignación de tareas para la siguiente sesión

- Practicar técnica de relajación muscular progresiva.
- Realizar llenado antes y después de escala de retroalimentación del estrés.
- Se les pide lista de situaciones que generan estrés posterior a ser diagnosticado y explica cuál fue su estrategia de afrontamiento.

5.11. Cerrar la sesión con un resumen de lo tratado

Se cierra la sesión presentando un resumen de los temas tratados y sus aportaciones.

Sesión 6: Restructuración cognitiva, habilidades sociales y técnica de relajación

Objetivos y contenidos

6.1. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas

Se inicia con la bienvenida, se proyecta una pequeña síntesis de los temas tratados en sesión anterior, breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.

6.2. Revisión y retroalimentación de las tareas establecidas para esta sesión

Se explora resultados de escalas de estrés antes y después de técnica de relajación.

Se les pide a los participantes dar una situación y su estrategia de afrontamiento.

Luego, se procedió a dar orientación sobre el tema.

6.3. Definir los estilos de comunicación

En esta sesión, para ilustrar un poco sobre los estilos de aprendizaje, se resaltó la importancia del desarrollo de la comunicación, ya que la mente humana es compleja. La comunicación con los demás nos permite aprender todo tipo de conceptos e ideas acerca del entorno.

A pesar de esto, el hecho de que viviendo en sociedad, aprendamos a expresarnos no significa que siempre lo hagamos bien. Frecuentemente, cometemos errores en la forma de transmitir nuestros pensamientos e ideas. Por eso, es bueno conocer los estilos comunicativos que describiremos:

- **Comunicación pasiva:** Es una forma de “no expresarse”. Con este estilo de comunicación es “oír, ver y callar”, no se corren riesgos y uno se deja hacer, plegándose a las decisiones de los demás sobre las suyas propias. Dificultad para expresar sus sentimientos, opiniones, necesidades, deseos, derechos, o bien lo hacen con poca confianza y seguridad, generando en ellos mismo gran malestar. Este es un estilo de comunicación basado en la inhibición de esos pensamientos y sentimientos que en situaciones normales podrían ser expresadas. Entre las características de este estilo de comunicación destacan el contacto visual relativamente escaso, el tono de voz bajo, las respuestas cortas o con poca relación con lo que se habla, y un lenguaje no verbal que expresa actitud a la defensiva o inseguridad. De igual forma, el receptor o el que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables.

Ejemplos de formas de comunicación verbal: “Quizás, supongo, me pregunto si podríamos, te importa mucho que, solamente, no crees que, bueno, realmente no es importante, no te molestes...”

Comunicación agresiva : Los elementos que caracterizan a este estilo de comunicación son las amenazas verbales y no verbales, así como las acusaciones directas y los reproches. En definitiva, el objetivo de este conjunto de iniciativas es entrar en una dinámica de poder en la que uno mismo tenga el dominio y la otra parte quede minimizada. No se intenta tanto comunicar información valiosa que uno tiene, sino más bien tener un efecto concreto en la otra persona o en quienes observan la interacción, para ganar poder. Por otro lado, el uso del estilo de comunicación agresivo también se caracteriza por elementos verbales y no verbales que expresan enfado o bien hostilidad. Por ejemplo, tono de voz elevado, tensión de los músculos, etc.

Ejemplos de comunicación verbal: Harías mejor en, ten cuidado, debes estar de broma, si no lo haces..., no sabes, deberías, mal, “Por tu culpa...”, “Más te vale...”; críticas en segunda persona (“Eres...”, “Pareces...”, etc.), “Deberías...”, “Tienes que...”, invalidación de los sentimientos del otro, verbalizaciones negativas hacia su persona, anotaciones sarcásticas y/o humillantes.

- **Comunicación asertiva:** Es una forma de comunicarse eficaz. La persona habla claramente a los demás y con franqueza, y es capaz de pedir lo que desea, de expresar lo que siente sin herir a los demás y de negarse a hacer lo que no le parece razonable. Es decir, se comunica de manera honesta y transparente, pero sin intentar dominar a la otra persona.

De esta forma, se logra que la relación con otras personas sea satisfactoria y a la vez no acumula tensión constantemente. En el estilo asertivo, se comunica de manera directa aquello que uno mismo piensa y siente, siempre que crea que tiene valor y que no incomodará de manera excesiva a alguien. Así pues, se intenta que las propias habilidades sociales queden estableciendo un equilibrio en el que se tiene en cuenta tanto los propios intereses como los de la otra persona, en pro de que la información relevante fluya sin complicaciones. Dadas estas características, se considera que este es el estilo de comunicación más deseable para la mayoría de situaciones.

Ejemplos de comunicación verbal: “Me siento ..., cuando tú te comportas” (hechos), “Yo creo, yo pienso, yo me siento....” (primera persona), “Comprendo que tú.... pero yo....”, ¿Qué piensas?”, “Qué te parece?”, “¿Tú qué opinas?”, “A mí me gustaría...”, verbalizaciones positivas, validación de los sentimientos del otro.

6.4. Explicar el concepto de asertividad

En esta parte de la sesión se definió el término asertividad como estrategia. Se les proporcionó fotocopia de los componentes del estilo asertivo; de acuerdo a su posición se les pidió que leyeran cada uno un componente.

Definición de asertividad:

Es un estilo de comunicación en el que se expresan los sentimientos y preferencias de una manera directa, honesta y adecuada, mostrando respeto hacia los sentimientos de otras personas.

6.5. Mencionar la relación entre comportamiento no asertivo, síntomas de estrés, diabetes y los factores que inciden en la adherencia al tratamiento médico.

Se utilizaron ejemplos de la vida diaria de un paciente para establecer la relación que puede existir en una persona con comportamiento no asertivo, con niveles de estrés, con algún padecimiento médico y con poca adherencia al tratamiento. Durante la sesión se establecieron relaciones de casos planteados con el fin de analizar y lograr cambios en la conducta no asertiva. Se estimula a generar nuevos ejemplos.

6.6. Combatir pensamientos automáticos que dificultan el comportarse asertivamente.

Tomando como referencia casos de la vida diaria, se ejemplifica cómo influyen los pensamientos automáticos en la no asertividad. Se entrega hoja de registro de

pensamientos automáticos, donde se realiza debate de pensamiento y se analiza la influencia negativa en su conducta poco asertiva.

6.7 Explicar aspectos que influyen en el comportamiento asertivo

Se le explicó los aspectos que influyen en el comportamiento asertivo. De este modo se procede a describir los componentes del estilo asertivo que pueden estar presentes:

1. Contacto visual: Debe establecerse contacto visual con la persona que se habla, ya que el evitar la mirada puede transmitir mensajes como "estoy nervioso" o "no creo en lo que estoy diciendo".
2. Tono de voz: Un tono de voz demasiado bajo da la impresión de inseguridad o temor. Un mensaje que se transmite en un tono de voz demasiado alto puede interpretarse como agresión.
3. Postura: Mantener el cuerpo erguido en una postura que muestre confianza (ni demasiado rígida, ni demasiado relajada).
4. Expresión facial: Congruente con el mensaje, es decir, sea acorde con el mensaje que se trasmite.
5. Tiempo: Escoger el momento oportuno para comunicar un mensaje, por ejemplo, preguntar al médico las dudas respecto a algún tratamiento en la consulta y no al encontrarlo casualmente en el supermercado con su familia.

6.8 Discutir diferentes situaciones donde se pueda utilizar la asertividad, ventajas y desventajas.

Se le pidió al grupo exponer sus opiniones sobre la práctica del asertividad, se les proporcionó material escrito sobre los estilos de comunicación.

6.9 Práctica de relajación muscular

Antes de iniciar sesión de relajación, se pide a los participantes realizar llenado de escala de retroalimentación del estrés (termómetro).

Se inicia instrucciones sobre relajación progresiva (anexo).

6.10. Retroalimentación de técnica de relajación

Al finalizar técnica, los participantes proceden a puntuar la escala de estrés.

6.11 Asignación de tareas para la siguiente sesión

- Practicar alguna de las técnicas de relajación aprendidas en terapia y practicarla durante toda la semana.
- Realizar llenado antes y después de escala de retroalimentación del estrés y especificar técnica seleccionada.
- Se le pide practicar técnica de asertividad en las actividades diarias y anotar un caso para exponerlo en la sesión.

6.12. Cerrar la sesión con las tareas y con el comentario de la importancia de practicar las habilidades aprendidas.

Se proporciona comentario sobre práctica de esta técnica de habilidades sociales.

Sesión 7: Restructuración cognitiva, habilidades sociales y técnica de relajación

Objetivos y contenidos

7.1 Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.

Se inicia con la bienvenida, se dialoga sobre actividades realizadas con la familia en la semana. Se pide un voluntario que nos hable un poco sobre lo tratado en la sesión pasada.

Se le solicitó a cada uno de los participantes que saludaran a su compañero, seguidamente le dé un halago, o algo positivo para iniciar el día, se les explicó que este saludo debía ser con sinceridad.

7.2 Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión

Luego, los participantes tuvieron la oportunidad de responder a su asignación y explicar el estilo de comunicación que más utiliza en su comunicación.

7.3 Retroalimentación acerca de los pensamientos automáticos, la relajación muscular y dudas sobre el asertividad.

Se explora rápidamente el conocimiento sobre los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, cómo se puede debatir un pensamiento automático. A su vez, se indaga sobre los diferentes tipos de relajación practicados en la terapia.

7.4 Ejemplificar situaciones donde se da la conducta no asertiva.

Se le pide al grupo que se divida en tres grupos, cada uno selecciona una situación de acuerdo a sus registros de asignación para la casa. Una vez, fue seleccionada, se les pidió que transformaran esta situación en una conducta asertiva.

7.5 Realizar ejercicios para practicar el asertividad de forma grupal

Se mantienen los mismos grupos con su situación transformada en conducta asertiva y se les solicita que, por medio de la dramatización, ejemplificaran la situación seleccionada, mostrando la conducta asertiva con todas sus características.

7.6 Práctica de relajación muscular

Antes de iniciar sesión de relajación se pide a los participantes realizar llenado de escala de retroalimentación del estrés (termómetro).

Se inicia instrucciones sobre relajación progresiva de 8 grupos musculares (anexo).

7.7. Retroalimentación de técnica de relajación

Aplicación de escala de retroalimentación del estrés (termómetro).

7.8 Asignación de tareas para la siguiente sesión

- Practicar alguna de las técnicas de relajación aprendidas en terapia y practicarla durante toda la semana.
- Realizar llenado antes y después de escala de retroalimentación del estrés y especificar técnica seleccionada.

7.9. Cerrar la sesión con un resumen de lo tratado

Se cierra la sesión presentando un resumen de los temas tratados y sus aportaciones

Sesión 8: Restructuración cognitiva, resolución de problemas y técnica de relajación

Objetivos y contenidos

8.1 Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas

Se inicia con la bienvenida, se proyecta una pequeña síntesis de los temas tratados anteriormente y de aclaran las dudas.

8.2 Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión

Se realiza comparación grupal de resultados antes y después de la técnica de relajación. Los participantes refieren buenos resultados a la fecha, la técnica mayormente usada esta semana fue la diafragmática, por la facilidad para aplicarla y el tiempo.

8.3 Desarrollo de habilidades de autocontrol en paciente con diabetes mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica, requiere tratamiento farmacológico y no farmacológico, por lo cual es necesario realizar importantes cambios en sus hábitos. En la actualidad, se realizan diversos estudios y se implementan estrategias, con el objetivo de mejorar los cuidados de los pacientes, en este caso específicamente de la

diabetes mellitus. El fomento del autocuidado, es con el fin de que las personas sean capaces de gestionar, es decir, de autocontrolar su propia condición médica.

El concepto de autocontrol se basa en dos principios fundamentales: responsabilidad de la persona en el cuidado de su salud y el empoderamiento en su diabetes.

- Responsabilidad personal en el tratamiento: equivale a responsabilizarse en el seguimiento del tratamiento requerido para mantener un control la diabetes, prevenir posibles complicaciones y mantener la calidad de vida necesaria.
- Empoderamiento de la persona: hace referencia a favorecer la participación activa del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su diabetes.

Alcanzar el autocontrol, es decir, conseguir que los pacientes regulen ellos mismos las condiciones para mantener la glucosa dentro de la normalidad, es el objetivo de la mayoría de los tratamientos.

8.4 Realizar ejercicios que fomenten el autocontrol de acuerdo a experiencias de participantes.

Así pues, el autocontrol engloba todas aquellas conductas que realiza el paciente dirigidas a la autorregulación de los niveles de glucosa, así como el resto de parámetros que contribuyen a mejorar su estado de salud y mantener su calidad de vida.

Algunas habilidades de autocontrol en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se encaminan a fomentar en el paciente el fortalecimiento y desarrollando de las siguientes habilidades:

- a. Seguir las recomendaciones alimenticias para una dieta saludable;
- b. Mantener un buen control de la glicemia; autorregistro diario de los niveles de glicemia en un cuaderno para los que cuentan con glucómetro.
- c. Aumentar las actividades físicas diarias.
- d. Mantener los controles médicos.
- e. Ingesta de medicamentos diarios.
- f. Realización periódica de laboratorios.

Se les explicó que el propósito de desarrollar habilidades de autocontrol es con el fin de fomentar adherencia al tratamiento para prevenir complicaciones médicas. El desarrollo de estas habilidades se logra con la práctica continua, paso a paso.

Se describieron los cuatro pilares básicos para el buen control de la diabetes por medio del ejemplo de la silla. Se dio retroalimentación individual y grupal de la importancia del autocuidado.

8.5 Práctica de relajación muscular progresiva

Evaluación de escala de retroalimentación del estrés antes de iniciar la técnica. Se practicó la relajación de los ocho grupos musculares.

8.6. Retroalimentación de técnica de relajación

Paciente de forma individual realiza el llenado de escala de retroalimentación del estrés posterior a técnica y se le sugiere hacer la comparación antes y después de terapia y anotarlos en el cuadernito.

8.7. Asignación de tareas para la siguiente sesión

- Lista de pensamientos distorsionados que influyen negativamente en el autocontrol y en el tratamiento médico.
- Realizar llenado antes y después de escala de retroalimentación del estrés y especificar técnica seleccionada.
- Practicar técnica de relajación con 8 grupos de músculos, dos veces por semana.

8.8 Cerrar la sesión con un resumen de lo tratado.

Se cierra la sesión presentando un resumen de los temas tratados y sus aportaciones

Sesión 9: Restructuración cognitiva, resolución de problemas y técnica de relajación

Objetivos y contenidos

9.1 Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.

Se inicia con la bienvenida, se proyecta una pequeña síntesis de los temas tratados en días pasados, se da un breve resumen del contenido y se aclaran las dudas.

9.2 Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión.

En base a la lista de distorsiones cognitivas que proporcionó el grupo, se les pide debatir y generar una respuesta alterna frente los pensamientos que impiden el establecimiento de acciones generadoras de autocuidado y autocontrol.

9.3 Identificación de dificultades para seguir el tratamiento médico

Luego, cada uno de los participantes expresó su principal dificultad en el tratamiento médico y así proporcionaron acciones que favorezcan la adherencia al tratamiento.

9.4 Generar alternativas de solución

Continuando con lo aprendido en el apartado anterior, se les pidió que llenaran la hoja de trabajo respondiendo a la pregunta: ¿Qué puedo hacer para lograr un mejor bienestar?, y ordenarlo de menor a mayor dificultad; posteriormente se les solicita hacer su propia conclusión y establecer sus metas para mejorar. Estos resultados los compartieron a nivel de grupo, donde se generaron alternativas favorables para fomentar un buen autocuidado.

9.5 Fomentar hábitos que favorecen la salud.

Se les brindó información sobre el establecimiento de hábitos, los controles por medio de registros, prestar atención a nuestros pensamientos, emociones y como actuamos para enfrentar los nuevos cambios que conlleva el fortalecimiento de nuestros hábitos. De forma individual, se les dio unos minutos para la elaboración de lista de actividades que van en beneficio de su salud, su programación de cómo lo realizaría diariamente.

Finalmente, se les proporcionó un pequeño contrato de compromiso para el cumplimiento de estos hábitos.

9.6. Desarrollar conceptos aprendidos sobre autocontrol que fomente estilos de vida saludable.

Se proporcionó un caso para que los participantes desarrollaran de acuerdo a su conocimiento sobre el autocontrol y posteriormente se brindó refuerzos sobre la asignación realizada.

9.7. Práctica de relajación.

Continuamos practicando la relajación de los 16 grupos de músculos.

Antes de iniciar sesión de relajación se pide a los participantes realizar llenado de escala de retroalimentación del estrés (termómetro).

9.8. Retroalimentación de lo aprendido en la sesión

Aplicación de escala de retroalimentación del estrés (termómetro).

9.9 Asignación de tareas para la siguiente sesión

- Definir un problema preferiblemente relacionado con la enfermedad, escribirlo en el cuadernito de trabajo para presentarlo al grupo.
- Realizar llenado antes y después de escala de retroalimentación del estrés y especificar técnica seleccionada.

- Practicar técnica de relajación con 8 grupos de músculos, dos veces por semana.

Sesión 10: Resolución de problemas y técnicas de relajación.

Objetivos y contenidos

10.1. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.

Se inicia con la bienvenida, se proyecta una pequeña síntesis de los temas tratados en días pasados, se da un breve resumen del contenido y se aclaran las dudas.

10.2. Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión

Se realiza revisión individual de cada uno de los problemas que trajeron los participantes

10.3. Identificar situaciones que me perturban (lluvia de ideas)

Los miembros del grupo aportaron con sus comentarios sobre las situaciones que perturban, por medio de lluvia de ideas se recopiló información. Luego, esta información para ejemplificar posteriormente el modelo de solución de problemas.

10.4. Introducir el modelo de resolución de problemas

Durante la sesión se explica el modelo de resolución de problemas, basado en los conceptos de la terapia cognitiva conductual. Es importante manejar conceptos sobre relacionados con la resolución de problemas, porque nos permite ver una serie de alternativas de forma que la decisión que se tome sea más eficaz.

El proceso de solución de problemas está determinado principalmente por la orientación al problema, por el sistema de creencias, valores y experiencias que hemos tenido a lo largo de nuestra vida, refleja la percepción sobre los problemas y sobre su propia capacidad de resolverlos.

Se explicó que es un proceso activo y flexible, se planteó la fundamentación teórica, sus fases y consecuencias del mismo.

Estas son las fases de resolución de problemas:

- a) Orientación del problema: La orientación ante una situación influye en su manera de responder a determinada situación, y se trata de observar qué actitud previa puede estar dificultando un buen afrontamiento del problema (creencias, supuestos, dudas sobre la propia habilidad, sentimientos de impotencia, una conceptualización abstracta del problema, expectativas no realistas o soluciones mágicas). Es importante aprender a identificar situaciones-problema (¿Cuál es la situación que tengo que solucionar? ¿Qué ha pasado?).
- b) Formulación y definición del problema: El objetivo es evaluar el problema e identificar una solución realista. Normalmente, exponemos los problema de una forma vaga o superficial, para evitarlo, se proponen las siguientes tareas: Recoger toda la información relevante (¿Cuál es mi reacción más habitual?, ¿Por qué lo hago?, ¿Qué pienso?, ¿A qué tengo miedo?). Se trata de especificar operacionalmente el problema usando términos claros y concisos, identificar las variables realmente relevantes, determinar las

causas que favorecen la aparición y mantenimiento del problema y formular objetivos concretos y realistas. En esta fase es necesario prestar mucha atención a las distorsiones cognitivas que pueden aparecer y comprender la naturaleza del problema.

- c) Generación de alternativas: El objetivo principal es generar el mayor número posible de alternativas y la mejor estrategia para ello es la tormenta de ideas, que consiste en la producción de soluciones alternativas según tres principios: de cantidad, aplazamiento del juicio y variedad. ¿Qué puedo hacer que sea diferente?, ¿Cómo puedo cambiar lo que estoy pensando?, ¿Qué puedo pensar en su lugar?
- d) Toma de decisiones: El objetivo es seleccionar la mejor alternativa o combinación de alternativas para maximizar los resultados positivos y minimizar los negativos. Primero descartamos las opciones claramente ineficaces o extremas. Después, para cada alternativa, se predice la probabilidad de que tengan lugar las consecuencias esperadas, se evalúa la posibilidad de implementación (dificultades para llevarla a cabo) y análisis de costos beneficios. Para la comparación y toma de decisiones finales, se siguen los siguientes principios de utilidad: Resolución del conflicto, bienestar emocional, relación tiempo/ esfuerzo y bienestar general personal y social, es decir, ¿qué gano?, ¿qué pierdo?, ¿qué decido hacer? Posteriormente se planificará detalladamente la estrategia elegida.
- e) Puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de resultados. La eficacia de la solución debe comprobarse empíricamente, aplicándola en la

vida real y observando y registrando los resultados. Esta fase consta de cuatro componentes: ejecución, auto observación, autoevaluación y autorrefuerzo. ¿Cuál es el resultado? o ¿Qué es lo que pasará o surgirá?

10.5. Explicación de bases teóricas modelo de resolución de problemas

La técnica de resolución de problemas está dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas (experiencias estresantes de la vida) y poner en marcha opciones de afrontamiento más eficientes.

Está fundamentado en dos modelos conceptuales:

- 1) El modelo de solución de problemas sociales,
- 2) El modelo relacional de solución de problemas de estrés y bienestar.

El modelo de solución de problemas sociales

El concepto de solución de problemas se refiere al proceso de solución de problemas, puede considerarse un proceso de aprendizaje, una estrategia de afrontamiento auto-dirigida y un método de auto-control.

Principales dimensiones del proceso de solución de problemas

El modelo de resolución de problemas original establece que los resultados del proceso de solución de problemas están determinados por dos procesos parcialmente independientes: la orientación al problema y las habilidades de solución de problemas.

1. El modelo de solución de problemas revisado tiene cinco dimensiones implicadas en la consecución de una solución eficaz o ineficaz. Dos dimensiones diferentes,

pero relacionadas, de orientación al problema (positiva, negativa) y tres dimensiones que corresponden a tres estilos de solución de problemas (racional, impulsivo y evitativo).

Hay dos tipos de orientación hacia el problema:

- **Positiva:** consiste en un sistema de creencias constructivo y optimista que caracteriza los problemas como retos (expectativas positivas de resultados).
- **Negativa:** Caracteriza los problemas como amenazas para el bienestar social (baja auto-eficacia, bajas expectativas positivas de resultados). Este tipo de orientación se caracteriza por reaccionar excesivamente emocional ante ellos (baja tolerancia a la frustración o a la incertidumbre).

La técnica de resolución de problema provee estrategias para cambiar la orientación negativa del problema hacia la positiva, dirigiendo los recursos hacia el análisis y la confrontación del problema, en vez de la evitación.

2. Estilo de solución del problema

Estilo de solución de problemas: Puede ser positivo o negativo, se refiere al tipo de actividades cognitivo-conductuales que un individuo pone en marcha en su intento de afrontar los problemas de la vida.

- **Estilo racional:** Estilo positivo y conduce a la adaptación.
- **Estilo impulsivo:** Se caracteriza por la toma rápida de decisiones, sin un análisis adecuado, o por intentos inconclusos de solución del problema.

- **Estilo evitativo:** Se caracteriza por el aplazamiento de la toma de decisiones y/o la dependencia de otras personas a la hora de abordarlos (se incrementan los problemas y su complejidad).

Los individuos ineficaces, con respecto a los eficaces, informan de un mayor número de problemas vitales, más problemas de salud, mayor ansiedad, más síntomas depresivos. Una orientación negativa está asociada a estados anímicos negativos (en contextos de rutina como de estrés) y depresión clínica.

El papel de las emociones sobre el proceso de solución de problemas. La presencia de las emociones ante la aparición de problemas en la vida es un hecho inevitable. Las respuestas emocionales pueden facilitar, inhibir o interferir el proceso adaptativo de solución de problemas, dependiendo de su valoración (positiva o negativa), y de su intensidad y duración. Son numerosas las interferencias o errores que se pueden cometer sin la presencia de una regulación emocional adecuada.

El modelo relacional de solución de problemas de estrés y bienestar

El modelo relacional de solución de problemas integra el modelo relacional del estrés de Lázarus (interacción individuo (recursos)-ambiente (demandas)) con el modelo de solución de problemas sociales. Esta definición relacional del estrés es similar a la definición de problema en el modelo de solución de problemas sociales, por tanto, un problema es también un estresor.

Una persona que aplica de forma efectiva una estrategia de solución de problemas:

- 1) Percibe la vida como un reto.
- 2) Cree que es capaz de resolver el problema de forma exitosa.

- 3) Define el problema y establece metas realistas.
- 4) Genera diferentes alternativas de solución.
- 5) Elige la mejor opción.
- 6) Implementa la solución.
- 7) Evalúa cuidadosamente los resultados.

10.6. Desarrollar en grupo de tres los modelos de resolución de problema relacionado con la enfermedad

Una vez formado el grupo, se les pidió desarrollar en la hoja de actividad un caso relacionado con situaciones que le preocupan y sus posibles soluciones tomando en cuenta los pasos explicados sobre resolución de problemas.

10.7 Analizar las dificultades encontradas en proceso de solución de problemas

Posterior a la realización de la técnica, se les solicitó intercambiar información con el grupo en general y se les dio la oportunidad de transmitir sus dificultades y dudas.

10.8 Práctica de relajación muscular.

Antes de iniciar sesión de relajación se pide a los participantes realizar llenado de escala de retroalimentación del estrés (termómetro).

Se inicia instrucciones sobre relajación progresiva de e 8 grupos musculares. (Anexo)

10.9 Retroalimentación de técnica de relajación

Aplicación de escala de retroalimentación del estrés (termómetro).

10.10. Cerrar la sesión

Se indica a los participantes que las últimas sesiones son de fortalecimiento en las técnicas aprendidas.

10.11 Asignación de tarea para la siguiente sesión

- Realizar llenado antes y después de escala de retroalimentación del estrés y especificar técnica seleccionada.
- Practicar técnica de relajación con 8 grupos de músculos, dos veces por semana.
- Traer ejemplos sobre problema que tenga que resolver relacionado con su familia.
- Solicitar a los participantes acudir con uno o varios familiares para la próxima sesión.

10.12 Cerrar la sesión con un resumen de lo tratado.

Se cierra la sesión presentando un resumen de los temas tratados y recordando la invitación a familiares para participar en siguiente sesión.

Sesión 11: Resolución de problemas focalizando a la familia y técnicas de relajación

Objetivos y contenidos

11.1. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.

Se inicia con la bienvenida a los miembros del grupo y sus familiares (9 acompañantes), se proyecta una pequeña síntesis de los temas tratados en sesión anterior con un resumen, aclarando las dudas.

11.2. Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión.

A cada participante se le solicitó la asignación escrita en la hoja de trabajo donde explican una situación por resolver en su entorno familiar y se les informó que se tomaría un caso como ejemplo, de forma anónima.

11.3. Integrar a familiares en tema de solución de problemas

Se explica brevemente a los familiares el motivo de la sesión a la que fueron invitados, considerando la importancia de la comunicación en la dinámica familiar. Muchas veces los problemas o situaciones que se presentan suelen ser pasajeras y de fácil manejo, sin embargo, en ocasiones se presentan serios conflictos en los que se ve envuelto el paciente. Se ha tomado esta parte de la sesión para mostrarles técnicas que pueden ser de utilidad en estas situaciones.

También se aprovecha la oportunidad para explicarle a los familiares que para lograr un mejor control del estado de salud, se hace necesario que los familiares estén dispuestos a llevar a cabo cambios en sus conductas.

En general, será más sencillo para los pacientes, por ejemplo, seguir su plan alimenticio o un mejor control de la glicemia, cuando los miembros de la familia se involucran en actividades relacionadas con el paciente.

Podríamos darle algunos ejemplos como comprar y cocinar alimentos saludables, invitar al paciente a realizar ejercicios rutinarios al aire libre, acompañarles a las citas y aclarar dudas con el personal médico, estar al tanto de sus cuidados como revisarle los pies periódicamente, estar al tanto de sus medicamentos, entre otras cosas.

Estudios relacionados con la importancia del apoyo familiar en pacientes demuestran que cuando el familiar guía al paciente respecto al adecuado desarrollo de actividades los resultados son favorable. Es por este motivo que los hemos invitado a este tipo de actividades para brindarles una educación en tema de salud, mostrando estrategias para desarrollo de habilidades favorables para la salud familiar. Considerando que la diabetes mellitus puede ser un factor influido por la genética, se hace necesario que toda la familia se informe y pueda mejorar su estilo de vida. A su vez, esta interacción permite establecer una vía de comunicación del equipo de salud con el paciente y su familia, principalmente en la fase de inicio o adaptación del tratamiento. Los exhortamos a convertirse en colaboradores activos en el cuidado del paciente.

11.4. Desarrollar en grupo de tres modelos de solución de problema relacionado con la enfermedad.

En base a las asignaciones se inicia la sesión, se les pide al grupo sugerencias para resolver el problema, se desarrolla paso a paso basándonos en el modelo resolución de problemas.

Al finalizar, se les mostró el resultado final, considerando lo aprendido en las sesiones.

11.5. Analizar las dificultades encontradas en proceso de solución de problemas.

Al analizar las dificultades en el proceso de resolución de problemas, se observó que presentaron dificultad en la orientación del problema y luego en la toma de decisiones, motivo por el cual decidimos tomar otros ejemplos adicionales, para desarrollarlos en grupo.

11 .6. Práctica de relajación muscular.

Antes de iniciar la técnica de relajación, se les pidió a los participantes llenar la escala de estrés adjunta en el cuadernito.

Posterior al llenado de escala, se dio instrucciones para realizar la técnica de relajación con verbalización. Se le pide a los participantes que se coloquen en posición cómoda y se les proporciona las auto afirmaciones verbales: “inspiro, pienso que me relajo y me relajo” (se repite 8 veces), complementada con la relajación practicada en sesión pasada.

11.7. Retroalimentación de técnica de relajación

El paciente de forma individual realiza el llenado de escala de retroalimentación del estrés posterior a la técnica y se le sugiere hacer la comparación antes y después de terapia y anotarlo en el cuadernito.

11.8. Asignación de tarea para la siguiente sesión

- Realizar llenado antes y después de escala de retroalimentación del estrés y especificar técnica seleccionada.
- Practicar técnica de relajación con 8 grupos de músculos, dos veces por semana.

11.9 Cerrar la sesión con un resumen de lo tratado.

Cerrar la sesión indicando que las últimas sesiones son de fortalecimiento en las técnicas aprendidas. Se les agradece a los familiares y se les exhorta para que continúen apoyando a sus parientes y así se conviertan en colaboradores de su salud.

Sesión 12: Retroalimentación

Objetivos y contenidos

12.1. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.

Se inicia con la bienvenida, se proyecta una pequeña síntesis de los temas tratados en sesión anterior. Breve resumen del contenido de las sesiones anteriores, aclarando las dudas.

12.2. Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión.

Se solicitó a los participantes que compartan algunas de sus experiencias con la utilización de las técnicas aprendidas durante la terapia, se reforzó la importancia de

aplicarlas en su vida diaria. Se comentan las dificultades y limitaciones al realizarla. Se les recuerda el compromiso adquirido, para el mejor control de su padecimiento.

12.3. Consolidación de las estrategias aprendidas

Con el objetivo de integrar lo aprendido, se utilizó el juego de la telaraña, se les solicitó que mencionaran algunos temas que fueron tratados y su utilidad.

12.4. Conclusiones y recomendaciones

Los pacientes brindaron sus comentarios y aportes relacionados con la investigación. Uno de los comentarios fue la sugerencia de más sesiones con sus familiares.

12.5. Reevaluación

Se brindó orientación sobre llenado de escalas EAE y EATDMII-III

12.6 Agradecimiento por participación

Se cierra la terapia exhortándolos a que mantengan sus controles médicos y que pongan en práctica lo aprendido en la terapia. Se les invita a ser entes multiplicadores de los que han aprendido.

12.7. Despedida.

Se les hace entrega de un certificado de asistencia y aprovechamiento.

CAPÍTULO IV.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados

Este capítulo se divide en tres partes en primer lugar se describen los datos sociodemográficos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en la investigación, la segunda parte presenta los resultados obtenidos antes y después de la terapia, tercera parte se presentan los análisis correspondiente de los mismos.

4.1.1 Datos Sociodemográficos

Se presentan los datos generales de la muestra seleccionada como edad, ocupación, sexo, escolaridad, estado civil. Las características homogéneas de este grupo de estudio fueron:

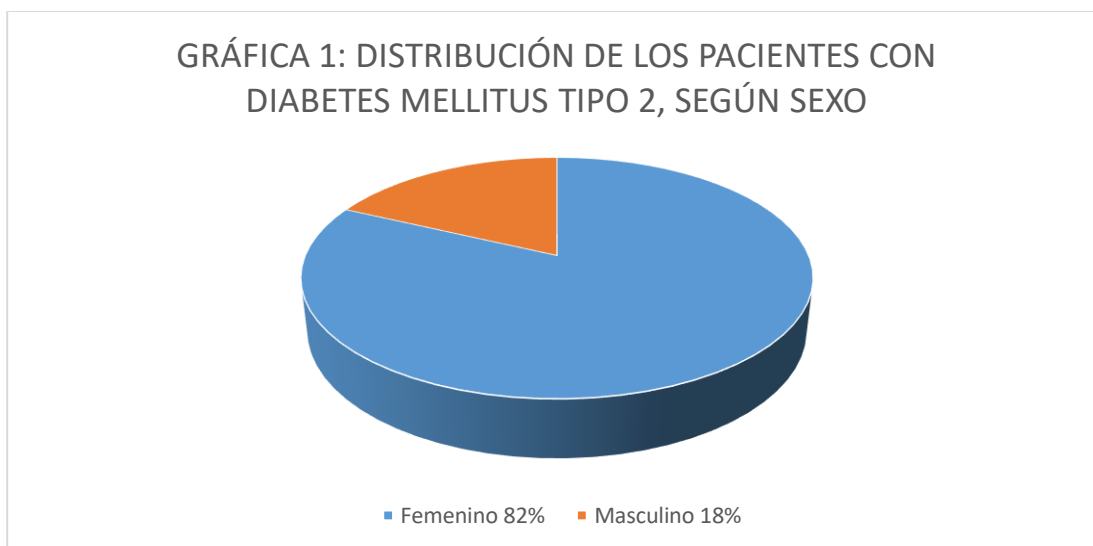
- a) Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2
- b) Presentando indicadores altos de estrés.
- c) Dificultad para adherirse a tratamiento médico de diabetes mellitus tipo 2.
- d) Residentes en distrito de Soná.

Procedemos a mostrar los datos relacionados con las características demográficas de la muestra donde se describe sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

Tabla N° 4
DATOS DEMOGRÁFICOS

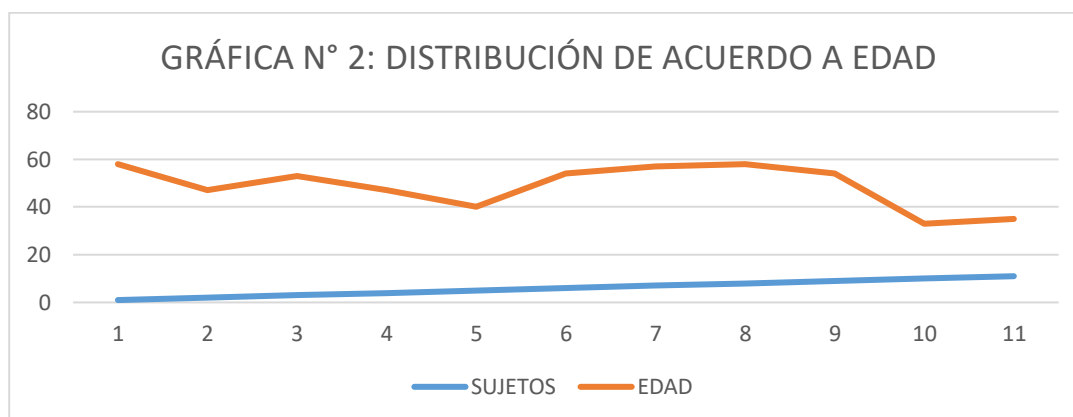
SUJETO	SEXO	EDAD	EST.CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
1	F	58	Casada	Bachiller	Adm. del hogar
2	F	47	Casada	PreMedia	Neg. Propio
3	F	53	Separada	Bachiller	Adm. del hogar
4	F	47	Separada	Universitario	Ventas
5	M	40	Casado	Bachiller	Policía
6	F	54	Casada	Universitario	Docente
7	F	57	Casada	Primarios	Adm. del hogar
8	F	58	Separada	Primarios	Trabajo Manual
9	F	54	Casada	Bachiller	Funcionaria Publica
10	M	33	Casado	Bachiller	Electricista
11	F	35	Casado	Universitario	Adm. Empresa

GRÁFICA 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, SEGÚN SEXO



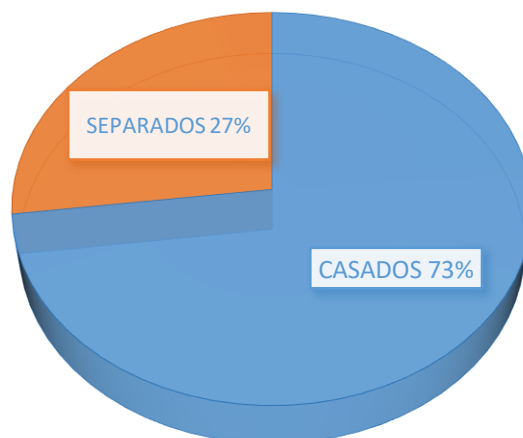
Esta gráfica N° 1 refleja que el mayor porcentaje de participantes fue de sexo femenino con un 82%, mientras el 18% correspondió a sexo masculino. Esto nos sugiere en esta investigación una mayor participación de mujeres, que hombres en este tipo de tratamiento.

GRÁFICA N° 2: DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A EDAD



Los datos presentados en la gráfica N°2 reflejan una media de 49 años de edad, con una muestra de 11 participantes. Es decir, rango que comprende la edad adulta intermedia.

GRÁFICA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON D.M.2, SEGÚN ESTADO CIVIL

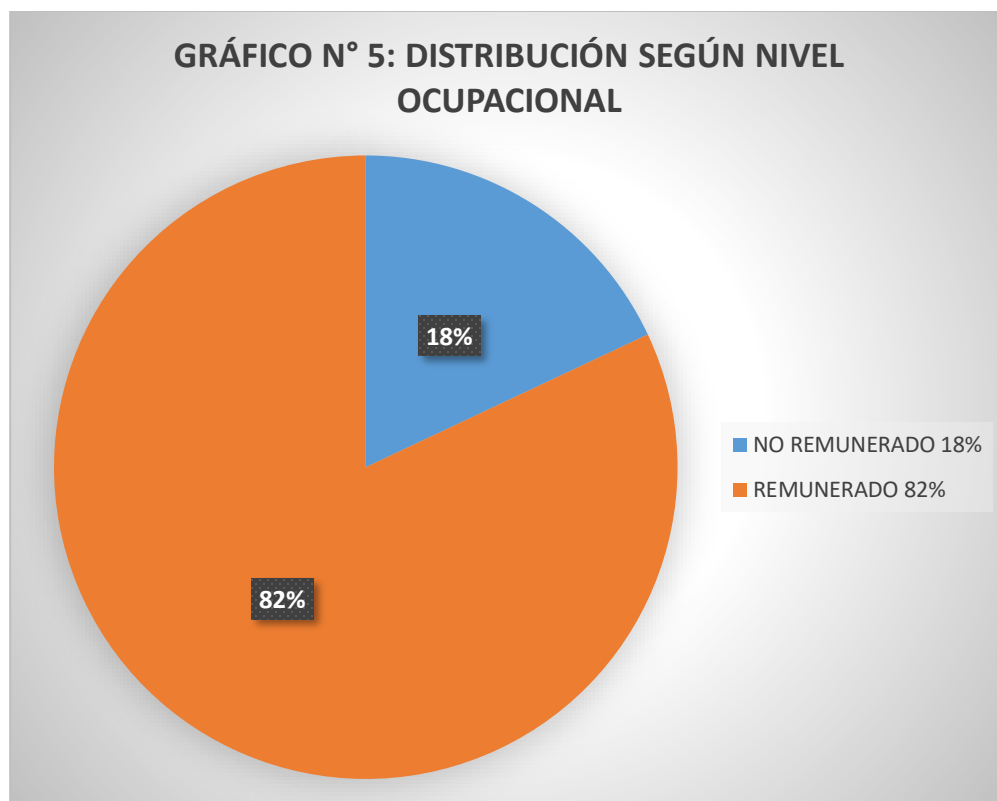


La distribución de la gráfica N°3 nos refleja que de 11 participantes en el momento de la investigación el 27% estaban separados y un 73% casados.

GRÁFICA N° 4: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON DM2, SEGÚN ESCOLARIDAD



La gráfica N° 4 muestra un nivel de escolaridad distribuido de la siguiente forma: el 28% con estudios universitarios; 45%, bachillerato; 9%, pre media y 18%, estudios primarios, lo que nos indica un nivel de preparación profesional y técnico mayoritario en la población objeto de estudio.



Esta gráfica N° 5 nos indica un nivel ocupación no remunerado de 18%, mientras que el 82% corresponde a la clasificación remunerado, lo que nos indica un porcentaje mayor de participantes con ocupación laboral remunerada.

4.2. Análisis estadísticos de los resultados

4.2.1 Prueba de hipótesis estrés

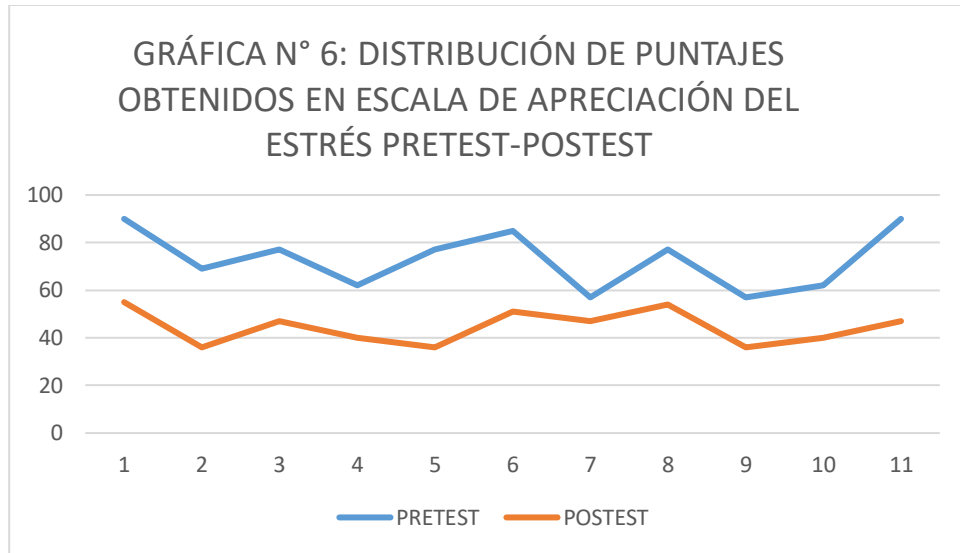
4.2.1.1 Escala de Apreciación del Estrés

Resultados obtenidos en Escala de Apreciación del Estrés antes y después del tratamiento cognitivo conductual.

Tabla 5
PUNTAJE DE EAE PRETEST - POSTEST

SUJETO	PRETEST	NIVEL	POSTEST	NIVEL
1	90	ALTO	55	ALTO
2	69	ALTO	36	BAJO
3	77	ALTO	47	BAJO
4	62	ALTO	40	BAJO
5	77	ALTO	36	BAJO
6	85	ALTO	51	MEDIO
7	57	ALTO	47	BAJO
8	77	ALTO	54	ALTO
9	57	ALTO	36	BAJO
10	62	ALTO	40	BAJO
11	90	ALTO	47	BAJO

Tabla 2: De acuerdo a la clasificación de estrés, los niveles de 54 a 123 corresponden a un nivel alto; 53 a 50, nivel medio; 49 a 19, bajo o poco significativo. Los resultados obtenidos antes del tratamiento mostraron un indicador alto (100%) de estrés, mientras que los datos obtenidos posteriores al tratamiento muestran un 18%, se mantuvo alto; 9%, medio y 73%, bajo, mostrando así una marcada disminución en los niveles de estrés posterior a tratamiento.



Esta gráfica N°6 muestra que las puntuaciones obtenidas en la Escala de apreciación del Estrés antes del tratamiento son significativamente diferentes a las obtenidas después del tratamiento, lo que sugiere una disminución en los niveles de estrés posterior a la terapia.

Tabla N° 6

	PRETEST	POSTEST
Media	73	44.4545
Varianza	154	51.8727
Grados de Libertad	10	
t observada	9.5894	
t crítica de una cola	1.8125	

Prueba de Hipótesis

Hipótesis 1: Estrés

$$H_0 = \mu_E \geq 0$$

$$H_1 = \mu_E < 0$$

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$ a una cola

R.D: Se rechaza la H_0 $t_{o} > t_c$

Decisión: Como la t observada es de 9.5894 y es mayor que la t_c 1.8125, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Conclusión: Estos resultados sugieren que hay evidencia significativa para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, que expresa que los niveles de estrés son menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

4.3. Prueba de hipótesis de adherencia al tratamiento médico

4.3.1. Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus Tipo 2 - III.

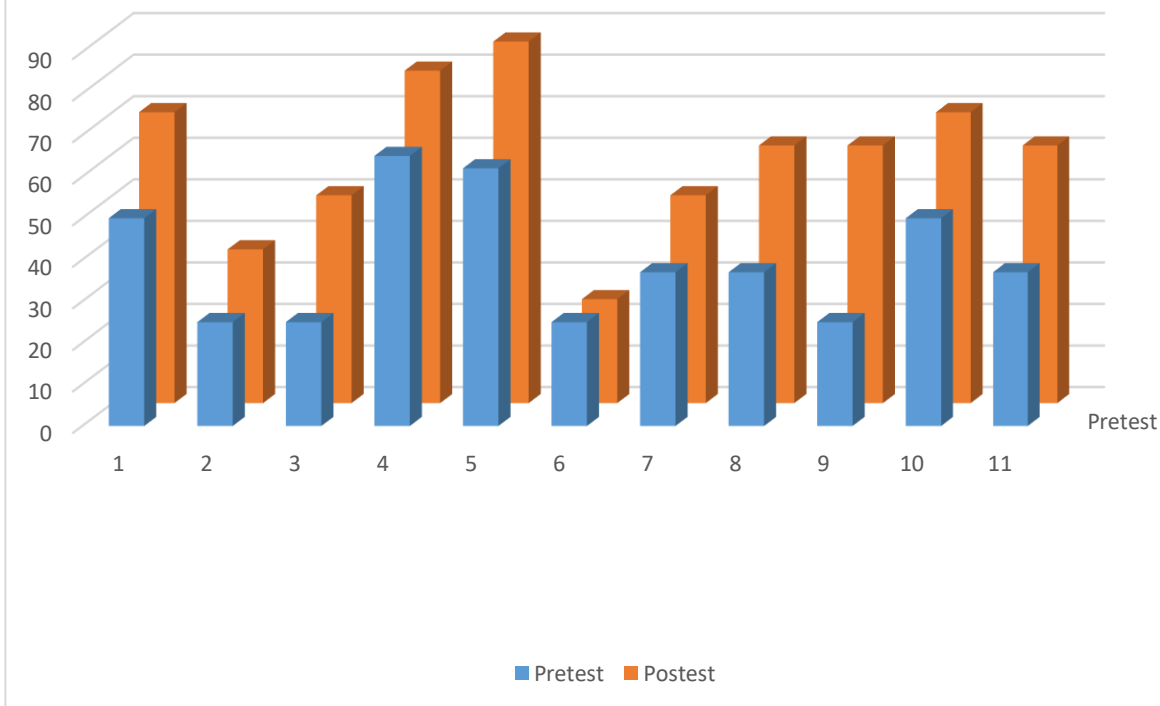
4.3.1.1. Apoyo familiar

Tabla N° 7

RESULTADOS DE EATDM-III		
FACTOR APOYO FAMILIAR		
Sujetos	Pretest	Postest
1	50	70
2	25	37
3	25	50
4	65	80
5	62	87
6	25	25
7	37	50
8	37	62
9	25	62
10	50	70
11	37	62

Esta tabla nos muestra las puntuaciones obtenidas en EATDMII-III, factor apoyo familiar antes y después de tratamiento.

GRÁFICA N° 7: DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS DE ESCALA DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2, FACTOR APOYO FAMILIAR



Esta gráfica N°7 presenta las puntuaciones obtenidas en la Escala de Adherencia a Tratamiento de Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 pretest y posttest. Los resultados obtenidos después del tratamiento son significativamente diferentes, en comparación con el puntaje obtenido antes del tratamiento. Considerando los resultados antes y después de tratamiento la percepción de apoyo familiar mejoró posterior al tratamiento recibido.

Tabla N° 8

	PRETEST	POSTEST
Media	39.8182	59.5455
Varianza	223.5636	329.2727
Grados de Libertad	10	
t observada	-6.7985	
t crítica de una cola	-1.8125	

Prueba de Hipótesis 2:**Hipótesis de Apoyo Familiar**

$$H_0 = \mu_A \leq 0$$

$$H_1 = \mu_A > 0$$

El punto de corte y la regla de decisión son:

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$ a una cola

R.D: Se rechaza la H_0 si $t_o < t_c$

Decisión: Como la t observada es de -6.7985 y es menor que la t_c -1.8125, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

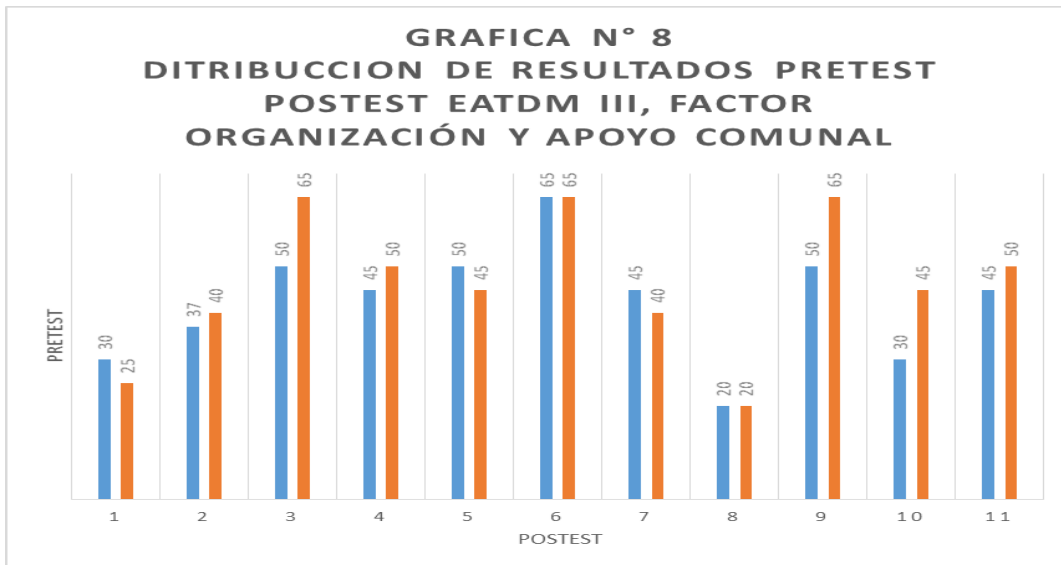
Conclusión: Estos resultados sugieren que hay evidencia significativa para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, donde sustenta que el grupo presentó mayor percepción de apoyo familiar después del tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

4.3.1.2. Organización y apoyo comunal

Tabla N° 9

Sujetos	Pretest	Postest
1	30	25
2	37	40
3	50	65
4	45	50
5	50	45
6	65	65
7	45	40
8	20	20
9	50	65
10	30	45
11	45	50

Esta tabla muestra las puntuaciones obtenida en EATDMII-III, factor organización y apoyo comunal antes y después de tratamiento. Los resultados obtenidos posteriores al tratamiento indican igual o menor apreciación del nivel de organización y apoyo comunal, comparado con los resultados obtenidos antes de recibir el tratamiento.



Esta gráfica nos muestra que las puntuaciones pretest y posttest de EATDMII-III, factor organización y apoyo comunal no reflejan diferencias significativas.

Tabla N°10

	PRETEST	POSTEST
Media	42.4545	46.3636
Varianza	154.2727	230.4545
Grados de Libertad	10	
t observada	-1.6195	
t crítica de una cola	-1.8125	

Prueba de Hipótesis

Hipótesis de Organización y Apoyo Comunal

$$H_0 = \mu_E \leq 0$$

$$H_1 = \mu_E > 0$$

El punto de corte y la regla de decisión son:

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$ a una cola

R.D: Se rechaza la H_0 to $< t_c$

Decisión: Como la t observada es de -1.6195 y es mayor que la t_c -1.8125, aceptamos hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

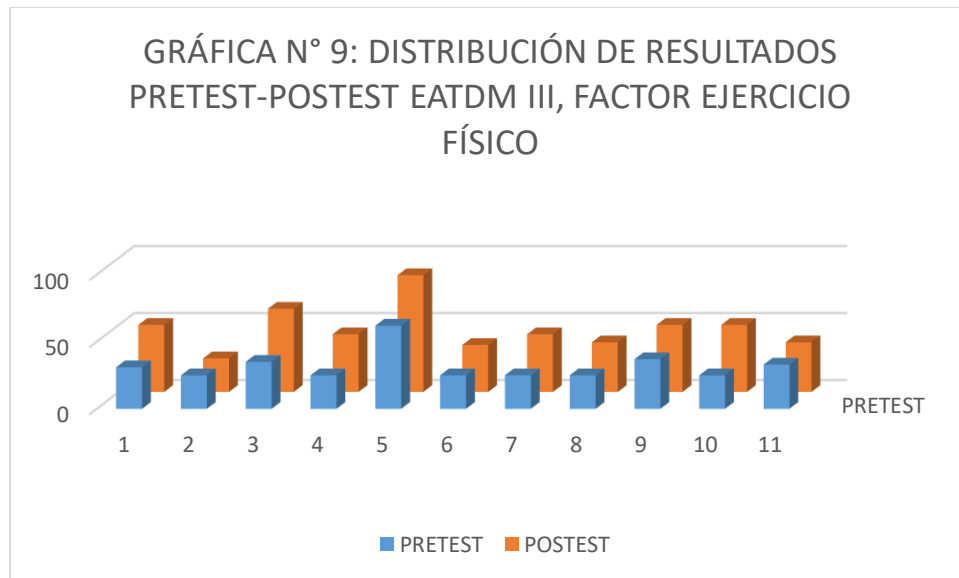
Conclusión: Por lo tanto los resultados sugieren que no hay evidencia significativa para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. Se puede concluir que la apreciación de los participantes sobre organización y apoyo comunal es igual o menor después recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

4.3.1.3. Ejercicio físico

Tabla N°11

	PRETEST	POSTEST
1	31	50
2	25	25
3	35	62
4	25	43
5	62	87
6	25	35
7	25	43
8	25	37
9	37	50
10	25	50
11	33	37

Esta tabla muestra la puntuación obtenida en EATDMII-III, factor ejercicio físico, antes y después del tratamiento. Los resultados obtenidos posteriores al tratamiento muestran un aumento, comparado con los resultados antes del tratamiento.



Esta gráfica presenta las puntuaciones obtenidas en pretest y posttest de Escala de Adherencia a Tratamiento de Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Los resultados obtenidos antes y después del tratamiento son significativamente diferentes, en comparación con los puntajes obtenidos antes del tratamiento.

Tabla N° 12

	PRETEST	POSTEST
Media	31.6364	47.1818
Varianza	122.8545	271.1636
Grados de Libertad	10	
t observada	-5.9191	
t crítica de una cola	-1.8125	

Prueba de Hipótesis 4:

Hipótesis de Ejercicio Físico

$$H_0 = \mu_A \leq 0$$

$$H_1 = \mu_A > 0$$

El punto de corte y la regla de decisión son:

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$ a una cola

R.D: Se rechaza la H_0 si $t_o < t_c$

Decisión: Como la t observada es de -5.9191 y es menor que la t_c -1.8125 , rechazamos la hipótesis nula y se aceptamos la hipótesis alterna.

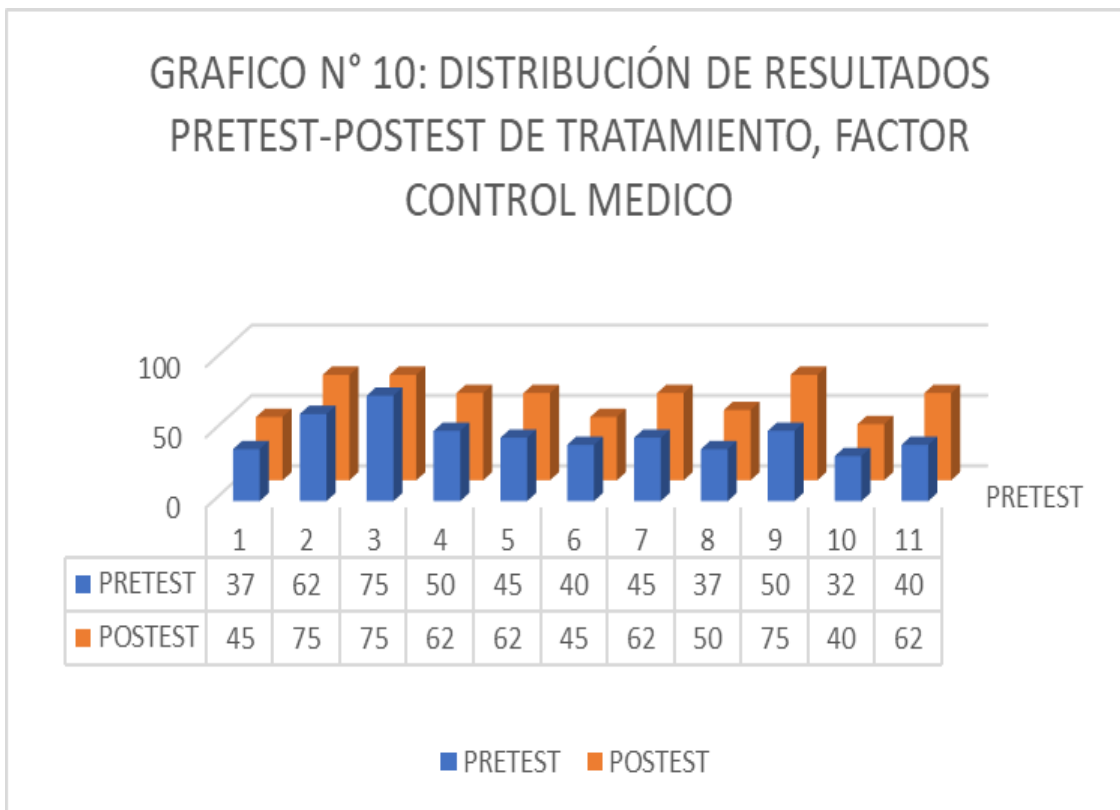
Conclusión: Rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que nos dice que el grupo presentó mayor disposición para realizar ejercicio después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

4.3.1.4. Control médico

Tabla N° 13

	PRETEST	POSTEST
1	37	45
2	62	75
3	75	75
4	50	62
5	45	62
6	40	45
7	45	62
8	37	50
9	50	75
10	32	40
11	40	62

Esta tabla muestra las puntuaciones obtenidas en EATDMII-III, control médico antes y después del tratamiento. Los resultados obtenidos posteriores al tratamiento fueron mayores, que los resultados obtenidos antes de recibir el tratamiento.



Esta gráfica presenta las puntuaciones obtenidas a pretest y posttest de Escala de Adherencia a Tratamiento de Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Los resultados obtenidos antes y después del tratamiento son significativamente mayores, en comparación con los puntajes obtenidos antes del tratamiento.

Tabla N° 14

	PRETEST	POSTEST
Media	46.6364	59.3636
Varianza	155.6545	163.6545
Grados de Libertad	10	
t observada	-5.7433	
t crítica de una cola	-1.8125	

Prueba de Hipótesis 5:

Hipótesis de Control Médico

$$H_0 = \mu E \leq 0$$

$$H_1 = \mu E > 0$$

El punto de corte y la regla de decisión son:

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$ a una cola

R.D: Se rechaza la H_0 to $< t_c$

Decisión: Como la t observada es de -5.7433 y es menor que la t_c -1.8125 , rechazamos la hipótesis nula y se aceptamos la hipótesis alterna.

Conclusión: Rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que nos dice el grupo presentó un control médico mayor después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

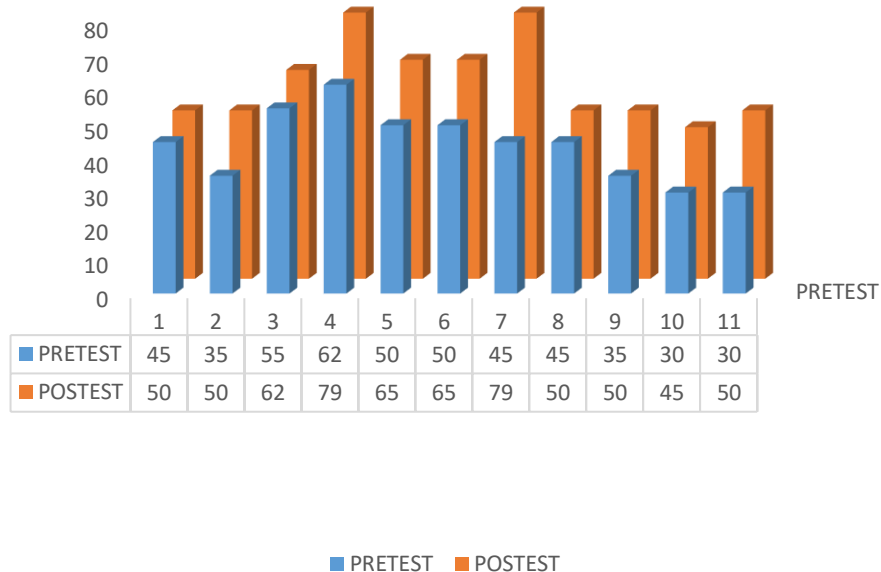
4.3.1.5 Higiene y autocuidado

TABLA N° 15

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pretest	45	35	55	62	50	50	45	45	35	30	30
Postest	50	50	62	79	65	55	79	50	50	45	50

Esta tabla muestra la puntuación obtenida en EATDMII-III, factor higiene y autocuidado antes y después del tratamiento, mostrando un aumento posterior al tratamiento.

GRÁFICO N° 11: DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS PRETEST-POSTEST EATDM III, FACTOR HIGIENE Y AUTOCUIDADO.



Esta gráfica presenta las puntuaciones obtenidas a pretest y posttest de la Escala de Adherencia al Tratamiento de Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, factor higiene y autocuidado. Los resultados obtenidos antes y después del tratamiento son significativamente mayores, en comparación con los puntajes obtenidos antes del tratamiento.

Tabla N° 16

	PRETEST	POSTEST
Media	43.8182	57.7273
Varianza	107.3636	144.4182
Grados de Libertad	10	
t observada	-5.3594	
t crítica de una cola	-1.8125	

Prueba de Hipótesis 6

Hipótesis de Higiene y Autocuidado

$$H_0 = \mu_A \leq 0$$

$$H_1 = \mu_A > 0$$

El punto de corte y la regla de decisión son:

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$ a una cola

R.D: Se rechaza la H_0 si $t_o < t_c$

Decisión: Como la t observada es de -5.3594 y es menor que la t_c -1.8125, rechazamos la hipótesis nula y se aceptamos la hipótesis alterna.

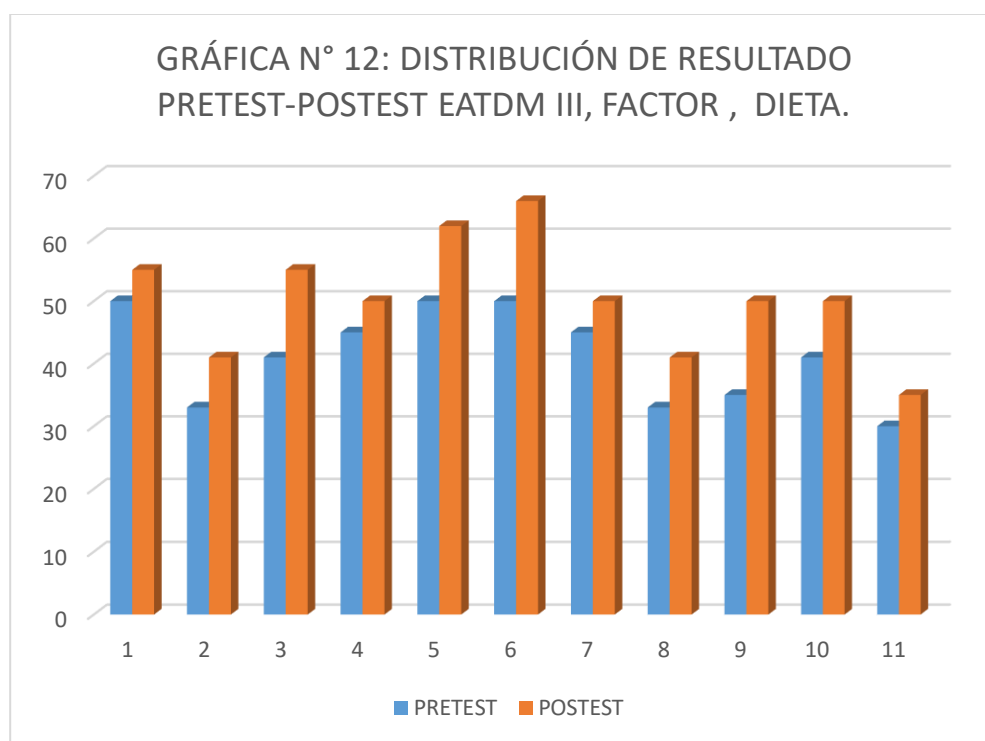
Conclusión: Rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que plantea que los participantes del grupo presentarán un aumento en la higiene y autocuidado después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

4.3.1.6 Dieta

Tabla N°17

PARTICIPANTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PRETEST	50	33	41	45	50	50	45	33	35	41	30
POSTEST	55	41	55	50	62	66	50	41	50	50	35

Esta tabla muestra la puntuación obtenida en Escala de Adherencia Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 antes y después del tratamiento. Los resultados obtenidos posteriores al tratamiento muestran un aumento, comparado con los resultados antes del tratamiento.



Esta gráfica presenta las puntuaciones obtenidas pretest y posttest de la Escala de Adherencia al Tratamiento de Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, factor dieta.

Tabla N° 18

	PRETEST	POSTEST
Media	41.1818	50.4545
Varianza	55.9636	83.4727
Grados de Libertad	10	
t observada	-7.1661	
t crítica de una cola	-1.8125	

Prueba de hipótesis N 7:**Hipótesis de Dieta**

$$H_0 = \mu_E \leq 0$$

$$H_1 = \mu_E > 0$$

El punto de corte y la regla de decisión son:

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$ a una cola

R.D: Se rechaza la H_0 si $t_o < t_c$

Decisión: Como la t observada es de -7.1661 y es menor que la t_c -1.8125, rechazamos la hipótesis nula y se aceptamos la hipótesis alterna.

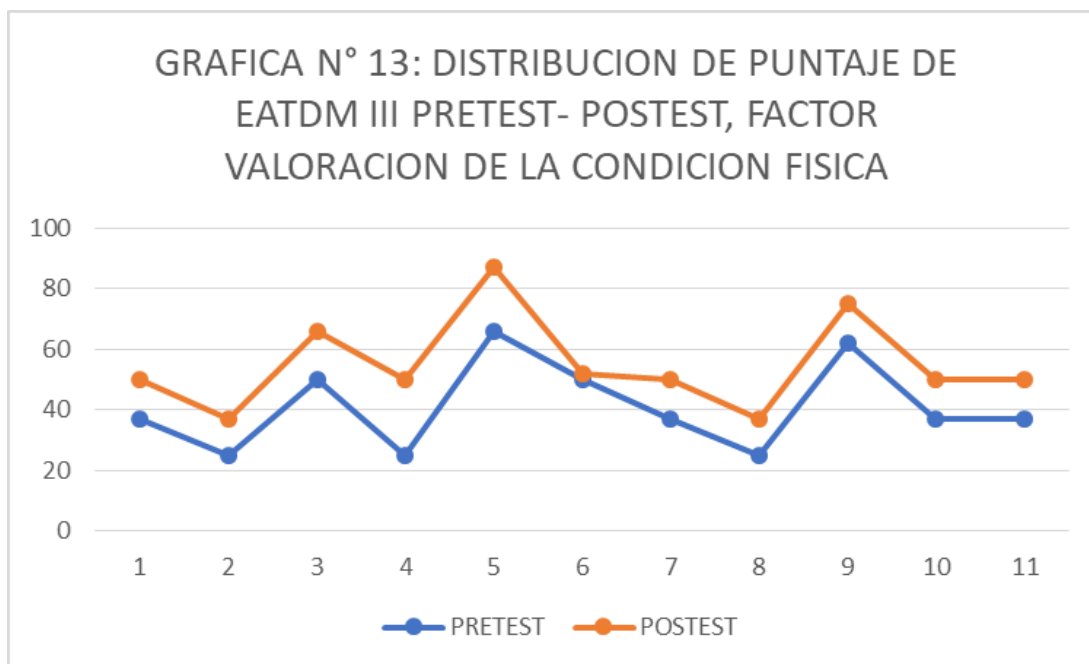
Conclusión: Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que sugiere que el grupo presentó mayor dieta después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

4.3.1.7. Valoración de la condición física

Tabla N° 19

PARTICIPAN	PRETEST	POSTEST
1	37	50
2	25	37
3	50	66
4	25	50
5	66	87
6	50	52
7	37	50
8	25	37
9	62	75
10	37	50
11	37	50

Esta tabla muestra la puntuación obtenida en EATDMII-III, factor valoración de la condición física antes y después del tratamiento. Los resultados obtenidos posteriores al tratamiento muestran un aumento, comparado con los resultados antes del tratamiento.



Esta gráfica presenta las puntuaciones obtenidas a pretest y postest de la Escala de Adherencia a Tratamiento de Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Los resultados obtenidos posterior al tratamiento son significativamente diferentes, en comparación con el puntaje obtenido antes del tratamiento, lo que demuestra un mayor nivel de valoración de la condición física.

Tabla N° 20

	PRETEST	POSTEST
Media	41.0000	54.9091
Varianza	206.0000	232.6909
Grados de Libertad	10	
t observada	-8.0194	
t crítica de una cola	-1.8125	

Hipótesis Estadística 8: Valoración de la Condición Física

$$H_0 = \mu_A \leq 0$$

$$H_1 = \mu_A > 0$$

El punto de corte y la regla de decisión son:

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$ a una cola

R.D: Se rechaza la H_0 si $t_o < t_c$

Decisión: Como la t observada es de -8.0194 y es menor que la t_c -1.8125 , rechazamos la hipótesis nula y se aceptamos la hipótesis alterna.

Conclusión: Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice el que grupo presentó una mayor valoración de la condición física después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

4.4. Análisis de los resultados**4.4.1 Datos sociodemográficos****4.4.1.1 Análisis general de datos demográficos**

De forma general, tomando en cuenta los datos demográficos correspondientes a esta investigación se puede decir que existe un porcentaje mayor de participación de mujeres que de hombres, una media de edad de 49 años, un número mayor de participantes casados, con un nivel de educación mayormente profesional y técnico, y en su mayoría realizando actividades con responsabilidad laboral remuneradas, con horarios y exigencias adicionales a las del hogar.

4.4.2 Análisis de resultados de Escala de Estrés

4.4.2.1. Escala de Apreciación del Estrés

Los resultados reflejados en la Escala de Apreciación del Estrés antes y después del tratamiento nos reflejan una disminución en los 11 participantes del programa.

En términos generales, se puede decir que todos los participantes disminuyeron significativamente los niveles de estrés, después de recibir el tratamiento. Sin embargo, realizando un análisis más detallado se puede observar que después del tratamiento de 11 participantes, un mantuvo el nivel alto de estrés y dos descendieron al nivel medio. Se puede decir que el puntaje disminuyó en todos en mayor o menor grado, sin embargo, al finalizar el tratamiento se evidenció que aún está presente el nivel alto de estrés en uno de ellos, por lo que se recomienda tratamiento individual.

El análisis estadístico realizado en esta investigación comprueba que los pacientes que participaron en el programa cognitivo conductual en grupo, reflejan menores niveles de estrés después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

4.4.3. Análisis de resultado de Escala de Adherencia al Tratamiento Médico

4.4.3.1. Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus Tipo 2, versión III.

4.4.3.1.1. Apoyo familiar

Se observa que los resultados del grupo antes del tratamiento muestran una baja percepción de apoyo familiar, comparado con los resultados posteriores al tratamiento.

Este factor hace referencia a la relación de la familia, sobre la condición médica de la persona con diabetes mellitus II, de acuerdo a los resultados posteriores a la terapia

dos pacientes (sujeto 2 y 6) puntuaron un nivel bajo después de recibir la terapia, por lo que se hace necesario considerar el resultado de este factor para evaluar, posteriormente, de forma individual aspectos relacionados con la dinámica familiar y su entorno.

Cabe destacar que se les solicitó la asistencia de familiares en dos sesiones de las doce impartidas. Sin embargo, la asistencia fue de un 63% en la primera sesión y un 81% en la segunda sesión. Es decir, no se contó con el total de familiares comparado con la cantidad de participantes.

Considerando los datos estadísticos obtenidos, se puede indicar que existe evidencia estadísticamente significativa que comprueba que los pacientes que participaron en el programa cognitivo conductual recibieron mayor apoyo familiar después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

4.4.3.1.2. Factor organización y apoyo de la comunidad

Los resultados que se obtuvieron en el factor organización y apoyo de la comunidad no muestran diferencias significativas antes y después de la terapia.

Este factor evalúa como el paciente percibe el apoyo que la comunidad le brinda a las personas con diabetes mellitus II y también hace referencia a la participación de esas personas en las actividades que organiza la comunidad en beneficio de pacientes con este diagnóstico. Haciendo un análisis más detallado, en la escala posterior al tratamiento de los 11 participantes, 5 puntuaron igual o menor organización y apoyo comunal, el resto reflejó puntuaciones levemente superiores.

De este modo, de acuerdo a los resultados estadísticos podemos decir que los pacientes que participaron en el tratamiento cognitivo conductual en grupo, percibieron igual o menor organización y apoyo comunal después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

4.4.3.1.3 Factor ejercicio físico

Este factor incluyen aspectos como la emisión de comportamientos vinculados con actividad física: ejercicio, mantenimiento de horarios para realizarlo y la percepción que se tiene del cuerpo al desarrollar el ejercicio y su relación con el tratamiento médico.

Los datos obtenidos nos muestran diferencia significativa en los resultados posterior al tratamiento. De este modo, se puede decir que el grupo presentó mayor ejercicio después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido. Haciendo una descripción más detallada se observa aumento en 10 participantes, donde solo uno reflejó un puntaje igual antes y después de tratamiento.

4.3.3.1.4. Factor controles médicos

Tomando en cuenta los resultados, podemos decir que existe evidencia estadísticamente significativa que nos refiere que los pacientes utilizaron con mayor frecuencia, los controles médicos después de recibir el tratamiento terapéutico. Este factor está compuesto por las conductas relacionadas con el control médico de la diabetes mellitus tipo 2. En términos generales, los resultados muestran aumento en todos los pacientes.

4.4.3.1.5 Factor higiene y autocuidado

Los pacientes que participan en el programa cognitivo conductual en grupo, presentaron mayor higiene y autocuidado después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido. Los resultados mostraron progreso después de tratamiento en los participantes en conductas vinculadas al desarrollo de hábitos de higiene y estrategias que fomentan el autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En términos generales, 11 participantes reflejaron resultados que muestran un mayor desarrollo de hábitos relacionados con la higiene y autocuidado en todos los pacientes.

4.3.3.1.6. Factor dieta

Los datos reflejados en la escala de adherencia, muestra cambios en la dieta después del tratamiento, en comparación con los resultados obtenidos antes del tratamiento. Considerando que la dieta en el paciente con diabetes es un factor que debe tomarse muy en serio, se requiere cambios tanto en los hábitos alimenticios del paciente, como cambios en la alimentación de los familiares. Es por ello que se requiere mantener una constante psicoeducación y controles en este sentido.

Tomando en cuenta los resultados de la escala factor dieta, podemos decir que existe diferencia estadísticamente significativa entre los resultados pretest y posttest. Esto nos permite inferir que los pacientes que participaron en el tratamiento cognitivo conductual realizaron mayores cambios en la dieta después del tratamiento que antes de haberlo recibido.

4.4.3.1.7. Valoración de la condición física

La condición física es un factor que describe la relación que puede tener el paciente con el ejercicio físico y su percepción sobre la condición física que el mismo posee. En este caso, en su mayoría, los participantes puntuaron cambios, por lo que se puede decir que este factor mejoró en los pacientes, posterior a la terapia.

De este modo, podemos decir que el grupo presentó mayor valoración de la condición física después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

4.5. Análisis integrativo de los resultados

Se aplicó la terapia cognitivo conductual a un grupo de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, con niveles de estrés y poca adherencia al tratamiento médico, los cuales fueron referidos por diversos centros de atención (centro hospitalario, centro de salud y clínicas privadas).

Se pudo percibir que los pacientes presentaron niveles de estrés alto en la evaluación previa al tratamiento, situación que disminuyó después de recibirlo. Se notó que mejoró la percepción de los eventos estresante en los participantes, a comparación de los resultados anteriores.

Los factores que inciden en la poca adherencia al tratamiento que fueron evaluados por medio de la escala, nos muestran un mayor puntaje después de aplicada la terapia, excepto el factor organización y apoyo comunal. Esto podría estar relacionado con la ubicación actual en que residen los participantes, ya que no existen grupos organizados por la comunidad de pacientes con diabetes y lo que se puede observar es que, por lo general, las actividades recreativas en la comunidad no están enfocadas

a fomentar estilos de vida favorables para los pacientes con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2. En el sector salud, existe un grupo que se reúne mensualmente, es atendido por un equipo multidisciplinario y se brinda educación en el tema de diabetes, sin embargo, el número de participantes es pequeño, comparado con la cantidad de pacientes diagnosticados con diabetes del área. En cuanto a las actividades, se brindan jornadas educativas en instalaciones de salud, se realizan censos y jornadas preventivas, pero estas actividades no son organizadas por miembros de la comunidad sino por el estado.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en la investigación, consideramos que la terapia cognitiva conductual es efectiva en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con niveles de estrés y dificultad en la adherencia al tratamiento médico. Consideramos que los resultados obtenidos en grupo de pacientes fueron efectivos, reflejaron progreso significativo en el desarrollo de habilidades que favorecen la salud y su percepción de situaciones estresante ha disminuido.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES,
RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

CONCLUSIONES

Después de realizar el presente trabajo y luego de haber analizado los resultados podemos concluir los siguientes puntos:

- La intervención cognitivo conductual con una modalidad grupal que ha demostrado ser efectiva para ayudar a los pacientes a realizar cambios importantes en su forma de percibir, pensar, sentir y actuar con respecto a su entorno, a sí mismo y su enfermedad.
- Los resultados obtenidos en los niveles de estrés antes y después de tratamiento mostraron una disminución en los pacientes objeto de estudio.
- Se puede decir que el aprendizaje de estrategias y técnicas cognitivo conductual son una alternativa para hacer frente a situaciones estresantes que se presentan en la vida diaria, favoreciendo las condiciones de salud de los pacientes con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2.
- Posterior al tratamiento, se observó que los pacientes presentaron cambios que favorecen la adherencia al tratamiento médico de la diabetes mellitus tipo 2 con el desarrollo de hábitos alimenticios, valoración del ejercicio físico, Odesarrollo de conductas que favorecen el autocuidado.
- Considerando los resultados de investigación, se puede decir que la apreciación de los participantes sobre la organización y apoyo comunal

existente en el entorno no reflejó cambios favorables, este resultado podría estar relacionado con factores externos de la investigación.

- La incorporación de miembros de la familia en el tratamiento médico de la diabetes mellitus tipo 2 es importante, tanto para el paciente como para todo el entorno familiar, con el fin de retardar o disminuir las posibles complicaciones que esta enfermedad puede generar y crear así estilos de vida saludables.
- Existen limitadas investigaciones sobre adherencia al tratamiento médico específicamente en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, al igual que instrumentos de evaluación que se ajusten a la población panameña.
- Se puede concluir que la no aleatorización de la muestra puede permitir la vulnerabilidad a los sesgos, por la falta de control absoluto en las variables, una limitación que presenta el diseño de investigación utilizado.

RECOMENDACIONES

Después del análisis de los resultados y las conclusiones consideramos importante las siguientes recomendaciones:

- Aplicar este tipo de intervenciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con niveles de estrés y poca adherencia al tratamiento, considerando los datos reflejados en esta investigación de acuerdo a su fundamentación teórica y los resultados estadísticamente comprobados que sustentan su efectividad.
- Se sugiere para investigaciones posteriores sobre este tema llevar a cabo intervenciones en las que se incluya la participación de uno o varios familiares a lo largo de toda la terapia.
- De igual forma, se sugiere realizar terapias con enfoque cognitivo conductual que incluya intervenciones individuales y grupales con el fin de brindar al paciente la oportunidad de canalizar aspectos que no se pueden tratar en la terapia grupal.
- Se considera de suma importancia que las intervenciones psicológicas con pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 consideren el estrés, las estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento como un factor a evaluar y a considerar en el tratamiento.

- Se sugiere ampliar el tamaño de la muestra en el grupo, para que, de esta forma, aumente el nivel de confianza de los resultados de la investigación.
- Debido a que la mayoría de los participantes de esta investigación fueron mujeres, se sugiere que en posteriores estudios se integre una mayor cantidad de participantes del sexo masculino, para así tener el mismo número de pacientes de ambos sexos y la muestra sea más homogénea.
- Se recomienda elaborar programas en las comunidades, enfocadas en el desarrollo de estrategias que fomenten hábitos saludables en los pacientes con enfermedades crónicas que resalten la importancia del autocuidado, técnicas de afrontamiento y percepción del estrés que contribuyan con la adherencia al tratamiento médico.
- Para investigaciones posteriores sobre este tema, es recomendable ampliar el número de sesiones en la terapia.
- Realizar reevaluación a los participantes del grupo en un periodo de tres a seis meses posterior al tratamiento, con el objetivo de medir sus efectos a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Amigo, V. I., Fernández, R. C. y Pérez, A. M. (2003). Manual de Psicología de la Salud. Madrid. Ed. Pirámide
- Asociación Latinoamericana de Diabetes (2014). Guía ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia.
- Barraca Maizal, Jorge (2009). Habilidades en la terapia conductual. Tercera generación. Rev. Clínica y Salud, (vol. 20 núm. 2) p.p.109 117.
- Barrios, M. (2005). Manejo del estrés y de la ansiedad en un grupo de pacientes diabéticos. Un abordaje cognitivo conductual. (Tesis de Maestría). Universidad de Panamá, Panamá.
- Becoña, I. E. y Oblitas, G. L. (2009). Promoción de estilos de vida saludables. Tercera edición. Madrid: Cengage Learning
- Beck, J. (2000). Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización. Editorial Gensa, España, p.p. 395.
- Beléndez, M., y Méndez, F. X. (1995). Adherencia al tratamiento de la diabetes: características y variables determinantes. Revista de Psicología de la Salud,(Vol1) p.p. 63-82
- Briones, G. (1989). La Evaluación Interactiva, Módulos 1 y 2. Bogotá: ICFES, PIIIE.
Briones, G. (2001). Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales. México: Ed. Trillas.

- Camarena, H. (2015). Aplicación y aplicación de un programa cognitivo conductual en pacientes con trastornos depresivos que asisten a la clínica de diabetes del Hospital Regional Anita Moreno de Los Santos. (Tesis de Maestría). Universidad de Panamá, CRUV.
- Canales, L. (2011). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Clark, D.A., Beck, A.T., y Alford, B.A. (1999). Cognitive theory and therapy of depression. NY,; Wiley Press.
- CIE-10. (2004). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Colombia, Ed. Médica Panamericana. 315 p.p.
- Díaz, P. (2014). La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. Revista Griot (Volumen 7, Número. 1), p.p. 73-85
- Di Matteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A metaanalysis. Health Psychology, (Vol. 23), p.p. 207 - 218.
- Domínguez, L. (2007). Terapia cognitivo conductual para reducción de síntomas de estrés y ansiedad en un grupo de pacientes hipertensos. (Tesis de Maestría). Universidad de Panamá, Panamá.p.p.250
- DSM-5 (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM. 5 .Copyright 5 Edición. Washington, DC.p.p.492
- D'Zurilla, T.J. (1990) Problem-solving training for effective stress management and prevention. Journal of Cognitive Psychotherapy, p.p. 327-354

- D'Zurilla, T.J. (1993). *Terapia en resolución de conflictos: competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Ed: Desclée de Brouwer.
- D'Zurilla, T.J., Nezu, A.M. (2007). *Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention* (3rd ed). NY: Springer Publishing Co.
- Erazo, L.R.; Becerra Gálvez, A.L., (2014) *Medicina conductual: teoría y práctica*. México: Primera Edición. Creative Commons. p.p.360.
- Fernández, R, (2013). *Evaluación psicológica*. 2da. Edición. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.). p.p.460
- Fernández, J.L., & Mielgo, M. (1996) *Escala de Apreciación del Estrés*. España, 4ta. Ed. Ediciones TEA.
- Friedberg y McClure. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. España, Editorial Paidós. p.p.420.
- Gallegos, E., Cárdenas, V., & Salas, M. (1999). *Capacidades de auto-cuidado del adulto con diabetes tipo 2. Investigación y educación en enfermería*. (VOL. 3) p.p.25
- Gil, P. R., Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. España: Síntesis Psicología.
- González- Ramírez, M.T.; Landero- Hernández, R. (2008). *Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales*. *Rev Panamá Salud Pública*. (Vol. 23):p.p.7–18
- Gray, A., Raikou, M., McGuire, A., Fenn, P., Stevens, R., Cull, C. et al. *Cost effectiveness of an intensive blood glucose control policy in patients with type 2 diabetes: economic analysis alongside randomized controlled trial*.

- Guthrie, D., Bartsocas, C., Jarros - Chabot, P., & Konstantinova, M. (2003). Psychosocial issues for children and adolescents with diabetes: Overview and recommendations. *Diabetes Spectrum*, 16, 7 – 12 p.p.
- Hernández, S. R., Fernández, C., y Baptista, L. 2010. Metodología de la Investigación. México 5ta. Edición. McGraw-Hill, p.p. 656.
- Hernández, S. R., Fernández, C., y Baptista, L. 2006. Metodología de la Investigación. México 4ta. Edición. McGraw-Hill, p.p 896 .
- Herrera, O. (2007). Usted puede controlar su diabetes. La Habana, Revista Científico Técnica.
- Holmes, T. H. y Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating.
- Jarret, R.J. (2000) Trastornos asociados con la hiperglucemia en el embarazo. Edición 2 ed. Oxford: Oxford University Press .p.p. 195-200.
- Kantowitz, B., Roedinger, H. y Elmes, D. (2001). Psicología Experimental. Thomson Learning; México
- Kathleen, L. y Scott- Stump, S. (2002). Nutrición y dietoterapia de Krause. 10 Ed. México: Mc Graw- Hill Interamericana,. p.p. 81
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao, Editorial Brouwers p.p.32
- Martín, A. L; Grau, A. J.A. (2004). Psicología y salud. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud (Vol,14, num 1:89) p.p.12.

- Martín, L., & Grau, J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud.
- Medina, R. (2013). Tratamiento cognitivo conductual para mejorar los niveles de depresión y autoestima en personas con sobrepeso y obesidad. (Tesis de Maestría) Universidad de Panamá. p.p.314 .
- Morales, T O. (2013). “Malestar emocional, estrategias de afrontamiento y control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2” (Tesis de Maestría). Universidad de San Agustín Tlaxiaca. p.p-144
- Morrison, James (2015) DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico. México: editorial Manual Moderno, S.A. p.p 267
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, M., Tejerina M. (2004). Psicología para las Ciencias de la salud. México: Mc Graw Hill Interamericana. p.p. 348.
- Navlet, S. María, R. 2012). Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo. (Tesis doctoral), Universidad de Madrid. p.p 26
- Oblitas, G. L. (2003) Psicología de la salud y calidad de vida. México. Thomson.
- Ortiz, M. (2004). Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. (Vol.13) p.p. 21 – 31.
- Ortiz, M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. Rev.Terapia Psicológica, (Vol. 24), p.p.139 – 147.
- Ortiz, M., & Baeza, M. (2011). Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes diabéticos tipo 2 chilenos. p.p., 65 - 72.

- Paddison, Alpass, & Stephens (2008). Psychological factors account for variation in metabolic control and perceived quality of life among people with type 2 diabetes in New Zealand. *International Journal of Behavioral Medicine*, (Vol15) p.p.180-186.
- Papadakis, M, y McPhee, S. (2010). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México: McGraw-Hill
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2005). *Psicología del desarrollo*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Peyrot, M., McMurray, J., & Kruger, D. (1999). A biopsychological model of glycemic control in diabetes: Stress, coping and regimen adherence. *Journal of Health and Social Behavior*, (Vol.40), p-p-141 - 158.
- Quiros. A., (2016). *Diabetes Gestacional*. *Rev. Diabetes, nutrición y salud*, (Vol. 4), p.p. 11- 13).
- Quisiguiña. J., Diana. (2010) "Factores que inciden en el incremento de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 en el servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro Cantón Guaranda Provincia Bolivar" (Tesis de grado). Universidad de Riobamba- Ecuador.
- Razali, M. (2008). Evento de vida, estrés y enfermedad. *Revista de Ciencias Médicas de Malasia*, (Vol. 15): 9-18
- Reyes. F. B (2010); *¿Cuál es el aporte de la Psicología dentro de la atención de la salud en Costa Rica?* (Tesis de Maestría) Universidad de Costa Rica.
- Reynoso. L. y Selegson. I. (2005). *Psicología Clínica de la salud. Un enfoque conductual*. Manual Moderno S.A. México, 210 p.p.

- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH, *Rev.Psicothema*, (Vol 4), 262-267
- Rodríguez, A. (2010). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (Tesis de Maestría). Universidad Central de Las Villas.
- Rodríguez, I. (2012). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (Tesis Doctoral). Universidad Central Martha Abreu de las Villas.136 p.p.
- Rosales, R (2014). Estrés y salud (Tesis de Maestría). Universidad Quito, Ecuador.
- Ruíz, J.; Imbernon, J. y Canos, J. (1999). Psicoterapias cognitivas de urgencias. 1º Edición ESM-UBEDA. 69 p.p.
- Sacco, W. P., & Yanover, T. (2006). Diabetes and depression: The role of social support and medical symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, (29), p.p.523-531.
- Sandín, B. (1999). El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: Klinik.
- Sánchez, J.A (2011). La distimia y su relación en los pacientes con diabetes mellitus que asisten al "Club de diabéticos" del Hospital General Provincial "Isidro Ayora" de la Ciudad de Loja" (Tesis de maestría). Universidad de Loja. 159 p.p.
- Sánchez J.D. (2007). Psicoterapia cognitivo-conductual en pacientes con diabetes mellitus tipo II. En: Hernández N.A, Sánchez J.D (eds.). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. México: Mc. Graw-Hill.
- Silva, G., Galeano, E., & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. *Acta Médica Colombiana*, (Vol. 30) p.p. 268 - 273.
- Tébar, M F J & Escobar, J F (2009). *La diabetes mellitus en la práctica clínica* Madrid, España. Ed. Médica Panamericana

- Terechenko, L.; Baute, G., E.; Zamonsky. J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. *Biomedicina*, (Vol 1) p.p. 20 - 33
- Valverde, Z. (2013). Informe sobre Situación de Salud de Panamá .172 p.p.
- Vallejo, M. (2014). DSM-V. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. *Revista Iberoamericana de Psicosomática*. (N° 110).
- Villalobos, A. & Araya, C. (2001). Variables que afectan la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II y características poblacionales de una muestra de la zona norte de Costa Rica. *Revista Costarricense de Psicología* , (Vol. 33) p.p. 19-37
- Villalobos, A., Brenes, J., Quirós, D. y León, G. (2006). Características psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-Versión III (EATDM - III) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica. *Rev. Acta Colombiana de Psicología*, (Vol. 9-2), p.p. 31-38.
- Villalobos, A., Quirós, D., León, G. y Brenes, JC. (2007). Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: un estudio psicométrico. *Rev. Perspectivas en Psicología*, (Vol. N°3), 25-36 p.p.

Fuentes de internet

1. Alonso, M., Arroyo, J. y colaboradores. (2006). Adherencia terapéutica. *Boletín Electrónico Salud Madrid: Notas Fármaco Terapéuticas*, Vol. 13,

- Número 8, (2006), p.31-38. Editores Servicio Madrileño de Salud, Gerencia de Atención Primaria. www.infodoctor.org/notas/NF2006-8.pdf.
2. American Diabetes Association (2010) Normas nacionales para programas de educación para la autogestión de la diabetes. *Cuidado de la diabetes*; 33 (1): S89-S96.
 3. American Diabetes Association (enero2010). Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. *Cuidado de la Diabetes.*; 33 Suppl 1: S62 – 9
 4. American Diabetes Association (agosto 2006) Información sobre la diabetes. Disponible de: [Http://diabetes.org/uedocuments/dangerous-toll-Spanish-2006.pdf](http://diabetes.org/uedocuments/dangerous-toll-Spanish-2006.pdf)
 5. American Diabetes Association (enero, 2002). Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care* 25 (Supl 1), s28-s32. doi: 10.2337/diacare.25.2007.S28 _ (2008). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*; 31(Supl), S55-S60. doi: 10.2337/dc08-S055- (2014). Vivir con diabetes. Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes>
 6. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) (2007). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Colombia: ALAD. Recuperado de <http://revistaalad.com.ar/website/articulo.asp?id=10> (s.f.). Epidemiología, Diagnóstico, Control, Prevención y Tratamiento del Síndrome Metabólico en Adultos. Colombia: ALAD. Recuperado de <http://www.aladlatinoamerica.org/DOCConsenso/.pdf>.

7. Caro, G. Isabel. (2011). Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales. Ed. Desclée de Brouwer, S.A., Henao, 6 – 48009 Bilbao. 456 págs. www.edesclee.com info@edesclee.com
8. Conget, I. (2002). Diabetes y enfermedades cardiovasculares (I). Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. Revista Española de Cardiología, 55(5):528-35. “Recuperado el” 7 de marzo de 2012 “de” <http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/25v55n05a13031154.pdf001.pdf>
9. Flórez, A. L. y Carranza W. (2007). La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Avances en Psicología Latinoamericana, Julio/Diciembre, 25(2), 63-82. Recuperado en octubre de 2010 de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S179447242007000200005&script=sci_arttext&tlng=es.
10. Guzmán, R. y Calles, J. (2009). Consenso de prediabetes. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes; 7(4), 146-158. Recuperado de <http://www.alad-latinoamerica.org/DOCConsenso/PREDIABETES.pdf>
11. Labrador, F. (2000). Colección «Psicología». Universidad Complutense de Madrid. Edición en versión digital.
12. López, L., Romero, L., Parra, D., Rojas, L. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia Promoción de la Salud, (Vol.21): p.p.117-137. <http://www.redalyc.org/html/3091/309146733010/>

13. Lucini, D., Pagani, M. (2012) Del estrés a los síndromes funcionales: El punto de un internista ver. *European Journal of Internal Medicine*, 23: 295 - 301.
14. Martínez, T., Vega, V., Nava, Q. y Anguiano, S. (2010). Revisión de investigaciones sobre las enfermedades del siglo XXI en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 186- 202. Recuperado en marzo de 2011. <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num1/Art10Vol13No1.pdf>
15. OMS. (2006) Diabetes. [14/03/2008]; Disponible de: <Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/print.html>.
16. OPS. Escalada general de la diabetes alcanza ya niveles alarmantes (2007) [19/03/2008]; Disponible <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps071114.html>
17. Organización Mundial de la Salud (2004), Adherencia al Tratamiento a Largo Plazo, (mayo 2013) <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
18. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report Number: WHO/NCD/NCS/99.2.
19. Organización Mundial de la Salud (2011). Perfiles de países. (mayo 2013) Disponible en URL: <http://www.who.int/nmh/countries/es/>
20. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2016). Informe mundial sobre la diabetes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
21. Organización Mundial de la Salud. (enero, 2015) Centro de Prensa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

22. Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., Gómez, D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (2011). *Terapia Psicológica*. (mayo 2013). <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art01.pdf>.
23. Peralta, ML y col (2008). Adherencia al tratamiento. *Revisit Central de Dermatologic* (Vol. N° 17). www.medigraphic.com
24. Ponce. J., Velázquez, A., Márquez. E, López. L, Bellido M. (2009) Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. (Revisado, mayo 2013).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962009000400002&script=sci_arttext&tlng=pt

ANEXOS

Anexo 1

Carta de solicitud para utilizar la Escala de Adherencia

ANEXO 2

Carta de autorización para utilizar la Escala de Adherencia

Septiembre, 2017.

Estimada Licda. Romelia Rosas,

Por este medio la autorizo para el uso de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus III (EATDM-III), con fines académicos en su investigación.

Atentamente,



Alfonso Villalobos Pérez. Lic., M.Sc.

Autor

ANEXO 3

Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM – III ©)

Autores:
Alfonso Villalobos Pérez
Carlos Araya Cuadra

Este instrumento tiene como objetivo evaluar el nivel de adherencia que tienen las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II. La información recopilada será confidencial.

I parte

Ficha de identificación

Marque con una X dentro del paréntesis, el ítem correspondiente a su condición actual.

Sexo

- (1) Mujer
- (2) Hombre

Edad en años:

- (1) 31 – 40
- (2) 41 – 50
- (3) 51 – 60
- (4) 61 – 70
- (5) 71 – 80

Nivel educativo (Por favor marque el último nivel educativo alcanzado, ya sea que lo haya concluido o no):

- (1) Primaria
- (2) Secundaria
- (3) Universidad

Estado civil

- (1) Soltero (a)
 - (2) Casado (a)
 - (3) Viudo (a)
 - (4) Unión libre
-

II parte. Instrucciones

Abajo se le presentan una serie de situaciones, las cuales están relacionadas con la diabetes mellitus tipo II. Por favor señale para cada situación la cantidad de ocasiones en que se presenta la misma. Las columnas numeradas se deben leer de la siguiente forma:

0: Nunca lo hago

1: Casi nunca lo hago (entre el 1% y el 33% de las ocasiones).

2: Lo hago regularmente (entre el 34% y el 66% de las ocasiones).

3: Casi siempre lo hago (entre el 67% y el 99% de las ocasiones).

4: Siempre lo hago (el 100% de las ocasiones).

Por ejemplo, si para usted el **Evitar consumir pan dulce** ocurre casi siempre, es decir lo hace casi todos los días entonces usted deberá haber marcado de la siguiente forma:

Opciones				
0	1	2	3	4

Sólo debe marcar una opción.

Situación	Opciones				
	0	1	2	3	4
1. Evito consumir pan dulce					
2. Evito consumir postres dulces					
3. Evito consumir golosinas o confites dulces					
4. Evito consumir leche entera o cualquier derivado de los lácteos					
5. Evito consumir carne con grasa					
6. Evito cocinar con manteca vegetal o animal					
7. Evito consumir bebidas alcohólicas					
8. Evito utilizar condimentos y salsas al cocinar					
9. Utilizo sustituto del azúcar					
10. Evito consumir comidas muy saladas					
11. Equilibro mi dieta cuando consumo más de un grupo alimenticio					
12. Consumo frutas al menos una vez al día					
13. Consumo ocho vasos de agua diarios					
14. Camino para sentirme mejor					
15. Realizo algún juego con mis hijos o nietos					
16. Consumo alimentos antes de realizar ejercicio					
17. Tengo un horario fijo para realizar ejercicio					
Situación	Opciones				
	0	1	2	3	4
18. Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física					
19. Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física					
20. Mejoro mi condición física cuando realizo alguna actividad física					
21. Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio					
22. Realizo paseos cortos durante el día					
23. Mantengo un control de mi peso dentro de lo ideal para mi edad y estatura					
24. Visito al médico de EBAIS en caso de alguna complicación					
25. Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes					
26. Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas					
27. El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad					
28. Me realizo la glucemia cuando el médico lo solicita					
29. Recibo los medicamentos el mismo día de la cita					
30. Tengo accesibilidad para ir a traer medicamentos al centro de salud					
31. Existe personal capacitado en la comunidad para tomar los niveles					

glucemia	
32. Existe personal capacitado que brinde atención inmediata en caso de alguna complicación relacionada con la diabetes mellitus	
33. Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus	
34. Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte del de los demás	
35. Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial	
36. Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día	
37. Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para uñas)	
38. Recibo estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento	
39. Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento	
40. Mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa	
41. Mis familiares me instan a la práctica de algún deporte	
42. Mis familiares me ayudan en el secado de mis pies	
43. Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el EBAIS	
Situación	Opciones
	0 1 2 3 4
44. Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados	
45. Se realiza en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas	
46. Se organizan en grupos para la práctica de algún deporte en la comunidad donde vive	
47. Se realizan actividades recreativas en la comunidad donde vive	
48. La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes	
49. La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de instrumentos de control de glucemia	
50. Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad	
51. Participo en actividades deportivas organizadas en mi comunidad	
52. Me preocupo de estar al tanto de mi cuidado personal como diabético	
53. Después del baño seco mis pies	

glucemia	
32. Existe personal capacitado que brinde atención inmediata en caso de alguna complicación relacionada con la diabetes mellitus	
33. Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus	
34. Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte del de los demás	
35. Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial	
36. Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día	
37. Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para uñas)	
38. Recibo estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento	
39. Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento	
40. Mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa	
41. Mis familiares me instan a la práctica de algún deporte	
42. Mis familiares me ayudan en el secado de mis pies	
43. Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el EBAIS	
Situación	Opciones
	0 1 2 3 4
44. Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados	
45. Se realiza en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas	
46. Se organizan en grupos para la práctica de algún deporte en la comunidad donde vive	
47. Se realizan actividades recreativas en la comunidad donde vive	
48. La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes	
49. La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de instrumentos de control de glucemia	
50. Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad	
51. Participo en actividades deportivas organizadas en mi comunidad	
52. Me preocupo de estar al tanto de mi cuidado personal como diabético	
53. Después del baño seco mis pies	

ANEXO 4

ENTREVISTA CONDUCTUAL DE FERNÁNDEZ- BALLESTEROS

REVISIÓN: R. FERNÁNDEZ-BALLESTEROS.

Esta entrevista ha sido diseñada para recoger una primera información sobre la demanda del sujeto y los aspectos potencialmente relevantes de la situación problema (en un amplio sentido) presentados por un sujeto, en contextos clínicos y de salud. A pesar de tener un formato de entrevista, también puede utilizarse de forma autoaplicada.

Nombre del entrevistador..... Fecha Datos personales

Apellidos Nombre

Edad..... Estudios..... Profesión..... Situación laboral..... Estado civil

Con quién vive

Dónde trabaja/estudia.....

Fecha nacimiento.....Lugar.....

Dirección Tel. E-mail.....

¿Existe algún problema si recibe alguna llamada telefónica nuestra?..... Estatura Peso Utiliza gafas: Sí..... No.....

Utiliza alguna prótesis: Sí.....Cuál No.....

Rasgos físicos distintivos:

Otras consideraciones sobre la presentación y el contacto durante la entrevista:

Descripción de la demanda y el problema: descripción e historia

- Describame, lo más pormenorizadamente posible, el motivo de su consulta:

- Describame lo mejor posible qué le pasa (¿qué hace?, ¿qué siente, ¿qué piensa sobre el problema que le ha traído aquí?):
- ¿Podría especificar la última vez que le ocurrió ese problema? ¿Qué, cuándo, dónde y cómo le ocurrió?:
- En general, ¿con qué frecuencia le ocurre ese problema?:
 - (Si procede.) ¿Cuál es su duración?:
- (Si procede.) ¿Con qué intensidad ocurre, por ejemplo, en una escala de 1 a 5 (en la que 1 es muy baja intensidad y 5 muy alta)?:
- En una escala de 1 a 5 (en que 1 sería nada o muy poco y 5 muchísimo), ¿en qué medida considera que estas manifestaciones le afectan en su vida cotidiana?:
- ¿Ocurre, especialmente, en alguna/s situación/es?; por favor, descríbala/s (especifique lo mejor posible las características de la situación, personas presentes, qué pasa antes o antecedentes y qué pasa después, consecuentes de ocurrir el problema):
- Cuénteme más sobre la historia de ese problema: ¿cuándo empezaron esas manifestaciones?
- ¿Podría describirme qué, cuándo, cómo y dónde le ocurrieron la primera vez que aparecieron?
- ¿En qué circunstancias? (aclare aspectos de la situación, personas presentes, antecedentes y consecuentes).
- Desde entonces, ¿cree que esas manifestaciones se han agravado?
- ¿Ha buscado ayuda anteriormente para resolver este problema?

- Si es así, por favor, dígame qué profesionales, qué tratamientos (en su caso), con qué resultados y en qué fechas ocurrieron:
- Finalmente, ¿a qué cree que se debe su problema? Otros potenciales problemas (puede ser indagado al final de la entrevista)
- Aparte del problema que me cuenta, ¿presenta alguna otra situación problemática o manifestación que le parezca anormal o que le produzca sufrimiento?
- ¿Ha tenido en otras ocasiones, a lo largo de su vida, otros problemas psicológicos/mentales/conductuales distintos de estos por los que consulta? Si es así, descríbamelos y dígame en qué momento y situación de su vida aparecieron:
- ¿Ha sido usted ingresado/a alguna vez por unos trastornos psicológicos?
- Vamos a tratar de precisar si pudieran existir algunos otros problemas además de los que usted me ha descrito ya. Le voy a leer distintas posibilidades y usted me va a decir si le ocurren en el presente:

DROGAS	QUITARSE LA VIDA	INSOMNIO
Pérdida de control	Vómitos	Trabajar demasiado
Repetir algo compulsivamente (acciones, pensamientos)	Miedos a animales, personas, cosas u otras situaciones	No poder expresarse o decir lo que piensa o siente.
Arranques de rabia	Llanto, tristeza y/o depresión	Tics nerviosos
Problemas con su pareja	No poder concentrarse.	No apetecerle nada

- Es también frecuente que a la gente le pasen cosas por dentro, se diga a sí misma cosas o sienta determinadas respuestas fisiológicas de forma más o menos

automática. Voy a leer algunas frases; dígame si le ocurren y, en caso afirmativo, con qué nivel de frecuencia (de nunca = 0 a muchísimo = 4) y en qué situación:

Respuestas internas (psicofisiológicas)	Frecuencia (0-4)	Situación	Respuestas internas (pensamientos)	Frecuencia	Situación (0-4)
Sudo			La vida no merece la pena		
Me late el corazón fuertemente			Me encuentro solo		
Me siento enrojecer			A nadie le importo		
Siento tensión muscular			Me gustaría morirme		
No paro de moverme			Soy un desastre		
Tengo un nudo en el estómago			No voy a poder controlarme		
Respiro agitadamente			A la gente no le gusto		
Tiemblo			Me voy a desmayar		
Cualquier otra:			Cualquier otra:		

Condiciones familiares actuales

- Me ha dicho usted que vive con.....
- Quisiera saber más de su situación familiar actual.
- ➤ En el caso de estar casado/a/pareja estable
- (En su caso.) Me ha dicho que está casado/a (o vive con una pareja estable); dígame la edad y ocupación de su pareja:
- ¿Cómo se lleva con su pareja?
- Si tiene hijos, dígame sus nombres y edades:
- ¿Qué tal se lleva con sus hijos?
- Si está divorciado/a o separado/a, ¿cuál fue la razón para la ruptura?
- ¿Qué otras personas viven con usted y cómo se lleva con ellas?:
- ¿Tiene alguna otra relación importante (aparte de los amigos/as) que no viva con usted?

- ➤ En el caso de vivir con la familia de referencia
- Si vive con su/s padre/s, dígame qué años tiene/n y a qué se dedica/n:
- ¿Cómo se lleva con sus padres?
- Si tienes hermano/as, dígame qué edad tienen, a qué se dedican y si viven con usted:
- ¿Cómo se lleva con sus hermano/as?
- ¿Qué otras personas viven con usted y cómo se lleva con ellas?
- ¿Tiene alguna otra relación importante (aparte de los amigos/as) que no viva con usted?

Repercusión del problema por el que consulta en la familia

- ¿El problema por el que consulta qué repercusiones tiene en sus relaciones familiares actuales? • ¿Qué hacen los miembros de su familia cuando aparece?
- ¿Qué piensan del problema?
- ¿Por qué piensan y dicen que le ocurre el problema?

Historia familiar

(Si procede.) Me gustaría saber más de su historia familiar

➤ Madre • ¿Vive su madre?..... (En su caso.) ¿De qué murió?.....

- ¿A qué edad?..... ¿Qué edad tenía usted? (en su caso)
- Edad actual..... Ocupación.....

- ¿Cómo podría describir las relaciones con su madre a lo largo de la vida?

Valore tales relaciones (de 1 = malas a 4 = muy buenas):

	Infancia	Adolescencia	Juventud	Otra etapa (¿?)	Actualidad
Valoración					

En algunos casos puede no ser necesaria la indagación histórica familiar. Dependiendo de la edad del cliente, preguntarle por las etapas anteriores en su relación con su madre.

- ¿Cómo describiría a su madre?

- ¿Qué actitudes tenía su madre hacia usted?
- ¿Podría decirme qué hacía su madre para conseguir algo de usted (premios y castigos)?
- ¿Qué actividades hacía usted con su madre cuando era niño/a?

➤ Padre

- ¿Vive su padre?..... (En su caso.) ¿De qué murió?.....
- ¿A qué edad?..... ¿Qué edad tenía usted? (en su caso)
- Edad actual..... Ocupación.....
- ¿Cómo podría describir las relaciones con su padre a lo largo de la vida?

Valore tales relaciones (de 0 = malas a 4 = muy buenas):

	Infancia	Adolescencia	Juventud	Otra etapa (¿?)	Actualidad
Valoración					

- ¿Cómo describiría usted a su padre?
- ¿Cuáles eran las actitudes de su padre hacia usted?
- ¿Podría decirme qué hacía su padre para conseguir algo de usted (premios y castigos)?
- ¿Qué actividades hacía usted con su padre cuando era niño/a?
- ¿Cómo se llevaban su madre y su padre?

➤ Hermanos/as

- Me ha dicho que tiene hermano/a/s (anotar el orden, género, edad). Quisiera saber cómo se ha llevado con su/s hermano/a/s a lo largo de su infancia y adolescencia (cualquier edad que proceda):

Orden	Sexo/Edad	Infancia	Adolescencia	Juventud	Otra etapa (¿?)	Actualidad

• ¿Tenían preferencia su padre o madre por usted o por alguno de sus hermanos/as?

Sí..... No..... • Si así es, ¿por quién y por qué?

.....

• ¿Cuáles fueron los valores más importantes en su familia? (la religión, el trabajo, la igualdad, la solidaridad, etc.):.

• ¿Tuvo algunos problemas durante su infancia y/o adolescencia?

Problema	Infancia	Adolescencia	Juventud	Otra etapa (¿?)
OTROS				

Historia de la educación y formación

(Si procede y dependiendo de la edad.) Pasemos a su educación y formación: cuáles han sido, en sus diferentes estudios, los centros de enseñanza a los que asistió, el promedio de sus calificaciones escolares medias y su nivel de satisfacción con sus compañeros/as, sus profesores/as y los estudios en general (de 0 a 4):

Estudios	Centro	Fechas	Calificación Media	Relaciones compañeros/as (0-4)	Relaciones profesores/as (0-4)	Satisfacción (0-4)
Primaria Bachillerato/F P Universidad/ Facultad Postgrado						

Historia laboral

(Si procede y dependiendo de la edad del sujeto.) Descríbame los trabajos que usted ha ido teniendo y las fechas en los que ocurrieron. Por favor, indíqueme qué aspectos de cada trabajo eran los más satisfactorios para usted (tipo de trabajo) y qué aspectos le producían más agrado o desagrado y cómo se llevaba con sus compañeros/as de trabajo y con sus jefes/as:

Trabajos	Organización	Fechas	Lo que más le gustaba	Lo que menos le gustaba	Relaciones compañeros/as (0-4)	Relaciones jefe (0-4)
Actualmente						

- ¿Actualmente qué trabajo (en su caso) lleva a cabo?
- ¿Cuántas horas trabaja a la semana (en promedio)?
- ¿Qué cursos o seminarios ha realizado para incrementar sus habilidades ocupacionales?
- ¿Qué expectativas tiene relativas al trabajo?

Historia de intereses y entretenimientos

(Si procede.) Me gustaría saber algo más de sus intereses y entretenimientos a lo largo de su vida. • ¿Cómo describiría sus intereses y entretenimientos durante su niñez?

- ¿En la adolescencia y juventud?
- En la actualidad, ¿qué hace usted en sus ratos libres en el presente?
- ¿Cuántas horas dedica al día a esos entretenimientos?
- ¿Qué hace los fines de semana?
- Cuénteme, ¿qué hace en vacaciones?
- ¿En qué momentos o situaciones se aburre?

Relaciones interpersonales

Hemos hablado de su familia, de sus compañeros/as de colegio y de trabajo; me gustaría saber más acerca de sus relaciones sociales.

- ¿Hace amigos/as fácilmente?
- ¿Tiene muchos/as amigos/as?

- ¿Cuántos (aproximadamente)? Entrevista conductual /
- ¿Cuántos amigos/as íntimos/as?
- En general, ¿se siente cómodo en situaciones sociales?
- ¿Expresa sus sentimientos, opiniones y deseos fácilmente?
- ¿A cuántas personas le cuenta sus secretos más íntimos?

Su amigos/as y/o su conocidos/as, ¿le cuentan a usted sus secretos o le piden ayuda? Vida sexual (Si procede y dependiendo de la edad del sujeto.) Me gustaría que habláramos de sus relaciones sexuales.

➤ En el pasado

- ¿Cuándo y cómo aprendió, por primera vez, algo referente al sexo? •
- ¿Era el sexo un tema del que se hablara en su casa?
- ¿Cuál era la actitud de sus padres hacia el sexo?
- ¿Cómo fue y cuándo cree que tuvo conciencia del sexo?
- ¿Cuándo, cómo y (en su caso) con quién tuvo su primera experiencia sexual?
- ¿Se masturbaba/masturba?
- ¿Cuándo fue la primera vez?
- ¿Ha tenido alguna experiencia homosexual?

➤ Para mujeres

- ¿Cuándo tuvo su primera menstruación?
- ¿Sus períodos son regulares ahora (en su caso)?
- ¿Tienen molestias?
- ¿Se siente frecuentemente depresiva justo antes de tener el período? ¿Usa usted algún tipo de anticonceptivo? ¿De qué tipo?

- (En su caso.) ¿Cuándo ha dejado de tener la menstruación?

➤ Para hombres

- ¿Cuándo tuvo su primera polución?

➤ En la actualidad • (Sólo si procede.) ¿Tiene pareja estable?

- ¿Cómo se lleva usted con su pareja?

- ¿Quién cree que es el miembro dominante en su pareja o relación?

- Describa alguna de las conductas de su pareja que usted encuentra particularmente agradables:

- Describa alguna de las conductas de su pareja que usted encuentra desagradables:

- ¿Qué actitud tiene usted, en la actualidad, respecto a las relaciones sexuales?

- ¿Con qué periodicidad tiene relaciones sexuales?

- ¿Son satisfactorias sus relaciones sexuales? Historia de su salud

- ¿Qué enfermedades ha tenido usted a lo largo de su vida?

— En la infancia:

— En la adolescencia:

— Durante la juventud:

— Durante la edad adulta:

- Si ha tenido intervenciones quirúrgicas, ¿cuáles y cuándo han ocurrido?

- ¿Considera importante alguna de las enfermedades descritas? ¿Cuál/es y cómo le afectaron?

- En su caso, descríbame sus dolencias físicas presentes (tensión alta, diabetes, problemas de corazón, etc.):

- ¿Tiene problemas para dormir?

- ¿Cuida usted su dieta?
- ¿Realiza una actividad física regular (ir al gimnasio, deporte, etc.)?
- ¿Consume alguna droga (bebidas, tabaco, otras drogas)?
- ¿Qué medicamentos toma y con qué frecuencia?
- ¿Cuándo fue la última vez que usted se hizo un examen físico completo?
- ¿Cuáles fueron los resultados?
- Por favor, dígame el nombre y dirección de su médico (sólo si parece procedente):

Valores, creencias y sí mismo/a

(Si procede y dependiendo de la edad del sujeto.) Anteriormente le pregunté por los valores de su familia; ahora me gustaría saber más sobre ello:

- ¿Cuáles cree usted que son sus más importantes valores?
- ¿Qué valores actuales, en nuestra sociedad, cree que son más importantes?
- ¿Qué valores cree que se están perdiendo que a usted le gustaría conservar?

Entrevista conductual

- ¿Qué valores actuales cree que son más rechazables?
- ¿Se considera usted una persona religiosa? Estamos llegando al final de esta entrevista, al menos por el momento, pero aún me gustaría saber cómo se conceptualiza usted a sí mismo/a.
 - ¿Cómo se describiría a sí mismo/a?
 - ¿Cuáles son sus características más positivas?
 - ¿Cuáles son sus características más negativas?
 - ¿Qué le gustaría a usted cambiar de sí mismo/a?

- ¿Cómo le gustaría ser? Finalmente,
- ¿Qué espera usted de esta relación profesional?

ANEXO 5

EAE

Nº 202

Escala G

INSTRUCCIONES

A continuación va a encontrar una serie de enunciados relacionados con acontecimientos importantes, situaciones de ansiedad, momentos tensos, de nerviosismo, de inquietud, de frustración, etc.

Vd. debe decirnos cuáles han estado o están presentes en su vida. Para ello, marcará con un aspa el SI, siempre que uno de estos acontecimientos se haya producido en su vida; de lo contrario, marcará el NO.

Sólo si ha rodeado el SI, señale en qué medida le ha afectado. Para ello, marcará primero con una X el número que Vd. considere que representa mejor la intensidad con que le ha afectado, sabiendo que 0 significa nada, 1 un poco, 2 mucho y 3 muchísimo.

En segundo lugar, debe indicar además, si todavía le está afectando o si ya le ha dejado de afectar; en el primer caso, marcará la letra A; si le ha dejado de afectar o apenas le afecta marcará la letra P.

Ejemplo: "Castigo inmerecido"	SI	NO	0	1	2	3	A	P
-------------------------------	----	----	---	---	---	---	---	---

ESPERE, NO DE LA VUELTA A LA HOJA HASTA QUE SE LE INDIQUE



Autor: J.L. Fernández-Seara y N. Mielgo.
 Copyright © 1992 by TEA Ediciones, S.A.U. - Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. - Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta roja. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 Madrid - Depósito legal: M - 16.838 - 1921.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE EJEMPLAR**Por favor conteste a todos los enunciados**

1. Primer empleo.
2. Situación de paro, desempleo o jubilación anticipada.
3. Epoca de exámenes u oposiciones.
4. Cambio de ciudad o de residencia.
5. Búsqueda y/o adquisición de vivienda.
6. Deudas, préstamos, hipotecas.
7. Problemas económicos propios o familiares.
8. Estilo de vida y/o forma de ser.
9. Subida constante del coste de la vida.
10. Emancipación, independencia de la familia.
11. Falta de apoyo o traición de los amigos.
12. Infidelidad propia o de la otra persona hacia mí.
13. Hablar en público.
14. Inseguridad ciudadana.
15. Situación socio-política del país.
16. Preocupación por la puntualidad.
17. Vivir solo.
18. Problemas de convivencia con los demás.
19. Presencia de una persona no deseada en el hogar (tía, abuela, pariente).
20. Vida y relación de pareja o de matrimonio.
21. Ruptura de noviazgo o separación de pareja.
22. Ruptura de las relaciones familiares (con los padres, hermanos).
23. Abandono del hogar de un ser querido.
24. Separación, divorcio de mis padres.
25. Nacimiento de otro hijo o hermano.
26. Estudios y/o futuro de mis hijos o familiar cercano.
27. Problemática de drogas o alcohol (propia o familiar).
28. Muerte de algún familiar muy cercano (cónyuge, padres, hermanos).
29. Muerte de algún amigo/a o persona querida.
30. Embarazo no deseado o deseado con problemas.
31. Aborto provocado o accidental.
32. Tener una enfermedad grave.
33. Envejecer.
34. Enfermedad de un ser querido.
35. Pérdida de algún órgano o función física o psíquica.
36. Problemas sexuales.
37. Someterse a tratamiento, revisión o rehabilitación.
38. Intervención u operación quirúrgica.
39. Ocupar un nuevo cargo o puesto de trabajo.
40. Cambio de horario de trabajo.
41. Exceso de trabajo.
42. Excesiva responsabilidad laboral.
43. Hacer viajes (frecuentes, largos).
44. Tiempo libre y falta de ocupación.
45. Problemática de relaciones en mi trabajo (con los jefes, compañeros).
46. Situación discriminatoria en mi trabajo.
47. Exito o fracaso profesional.
48. Desorden en casa, despacho.
49. Reformas en casa.
50. Dificultades en el lugar donde vivo.
51. Preparación de vacaciones.
52. Etapa de vacaciones e incorporación al trabajo.
53. Servicio militar.

Anexo 6

Asignación N° 1:

RECOMENDACIONES PARA REALIZAR LA RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA:

1. Cuando estamos aprendiendo a realizar la respiración diafragmática es útil acostarse boca arriba cómodamente, y más adelante practicarla sentados, de pie, caminando... con la práctica la podrás incorporar a tu vida cotidiana. Para empezar, coloca tus manos en el abdomen.
2. Antes de empezar expulsa a fondo el aire de tus pulmones varias veces, puedes hacer algunos suspiros o exhalar por la boca. El objetivo es vaciar bien los pulmones de aire residual, lo cual automáticamente provocará la necesidad de inspirar más profundamente.
3. Una vez provocado este impulso de respiración profunda, inicia la respiración diafragmática dirigiendo el aire al inspirar “hacia tu abdomen” como si quisieras empujar hacia arriba tus manos que están sobre él abdomen.
4. Mantenga unos instantes el aire en tus pulmones, brevemente, sin que haya presión.
5. Cuando sientas la necesidad de expulsar el aire, hazlo relajando tu vientre (este se “desinflará” y las manos bajarán con él).
6. Quédate un instante con los pulmones vacíos, sintiendo cómo te vas relajando, y en cuanto sientas nuevamente el impulso de inspirar, hazlo profunda y lentamente volviendo a llenar tus pulmones mientras tu abdomen sube.

Practica la respiración diafragmática durante el tiempo que quieras. Puedes usarla para relajarte antes de dormir o para comenzar el día oxigenándote plenamente.

Y recuerda no forzar, sino no alcanzarás la relajación profunda que da la correcta respiración diafragmática

ANEXO 7

AUTORREGISTRO DEL NIVEL DE ESTRÉS

Termómetro del estrésAntes y Después de Técnica de relajación

Nivel	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Excelente	9	9	9	9	9	9	9
Muy bien	8	8	8	8	8	8	8
Bien	7	7	7	7	7	7	7
Mejor que regular	6	6	6	6	6	6	6
Regular	5	5	5	5	5	5	5
Peor que regular	4	4	4	4	4	4	4
Bastante mal	3	3	3	3	3	3	3
Mal	2	2	2	2	2	2	2
Muy mal	1	1	1	1	1	1	1

Fecha: _____

OBSERVACIONES: _____

ANEXO 8

TENSIÓN MUSCULAR Y RELAJAMIENTO

1. Los puños cerrados tensan las manos.
2. Puño relajado.
3. Bíceps tensado, con el brazo doblado por el codo.
4. Bíceps relajado.
5. Tríceps tensado con el brazo extendido.
6. Tríceps relajado, dejando caer el brazo muerto.
7. Apretar los dientes pone en tensión la mandíbula.
8. Separar los dientes relaja la mandíbula.
9. Apretar los labios pone en tensión los labios y los músculos faciales.
10. Dejar los labios ligeramente unidos relaja los labios y los músculos faciales.
11. Apretar la punta de la lengua contra el paladar pone en tensión la lengua y el cuello.
12. Dejar la lengua suelta relaja la lengua y el cuello.
13. Apretar la cabeza hacia atrás tensa la nuca.
14. Dejar que la cabeza descansa suavemente hacia atrás, relaja la nuca.
15. Encoger los hombros.
16. Relajar los hombros.
17. Extender las piernas y los dedos de los pies.
18. Dejar caer las piernas y sentir el relajamiento de las piernas y de los dedos de los pies.
19. Inhalar profundamente pone en tensión el pecho.
20. Exhalar relaja el pecho.
21. Contraer los músculos del estómago pone en tensión el estómago.
22. Extender hacia fuera, dejándolos caer, los músculos del estómago.
23. Poner en tensión las nalgas, apretándolas.
24. Dejar que se relajen las nalgas.

ANEXO 9

Técnicas de relajación progresiva

Si tienes estrés no debes preocuparte, sino ocuparte a empezar a practicar la técnicas que propician una respuesta de relajación.

Puedes decirte a ti mismo estas frases mientras destensas: "Suelto la tensión", "Estoy calmado y en reposo"

Cara, cuello y manos

1. Ponte cómoda en una habitación tranquila donde nadie te pueda molestar. Empieza a relajarte con cinco respiraciones lentas y profundas
2. Mientras dejas el resto de tu cuerpo relajado, aprieta los músculos de la mano más y más fuertemente; siente la tensión en tus puños y en los antebrazos. Suelta y relaja date cuenta del contraste con la tensión anterior

Dobla los codos y tensa los bíceps lo más que puedas y repara en la sensación. Deja que tus manos caigan y se relajen.

Fíjate en tu frente y el cuero cabelludo y arrúgalo todo lo que puedas. Ahora suéltalos, relájalos. Siente como quedan en descanso

Aprieta los ojos y ciérralos fuerte, más fuerte. Relájalos lentamente. Deja que queden cerrados pero cómodamente

Abre la boca todo lo que puedas y siente la tensión en la mandíbula. Relájala sin que tus se cierren del todo

Presiona tu lengua contra el paladar y fíjate en la tensión en la parte de atrás de tu garganta. Relájala

Presiona tus labios y colócalos en forma "O". Ahora relájalos

Gira la cabeza hacia la izquierda despacio, y nota cómo cambia el punto de tensión según se mueve. Despacio, cambia en la otra dirección. Relájate dejando que tu cabeza vuelva a la posición inicial

Encoge los hombros y súbelos hasta las orejas. Mantenlos ahí unos segundos; suéltalos y fíjate como se relajan el cuello y los hombros

Abdomen y espalda

3. Respira y llena tus pulmones completamente. Mantén el aire en ellos y experimenta la tensión. Ahora exhala y nota como se suelta tu cuerpo Mantén esta sensación de relajación, siendo consciente de tu respiración. Imagina que con cada exhalación se va la tensión de los músculos

Aprieta el estómago y aguanta; siente la tensión, relaja. Ahora pon tu mano en el estómago y vientre y respira profundamente empujando tu mano. Aguanta y relaja. Siente el contraste de la relajación al inspirar y al espirar

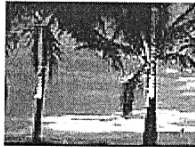
Arquea la espaldas en forzarla demasiado. Mantén el resto de tu cuerpo lo más relajado que puedas. Nota la tensión en la parte baja de la espalda. Ahora relaja y deja que la tensión se disuelva

Aprieta las nalgas y muslos. Relaja y siente la diferencia

Tensa tus piernas y dobla los dedos de los pies hacia dentro experimenta la tensión. Relaja, vuelve a tensar las piernas y dobla los dedos de los pies hacia arriba, hacia tu cara. Relaja

Puedes relajarte mucho más cuanto más te pongas en contacto con tu cuerpo respirando y echando la tensión que te sobra. Para ello, pasea tu atención por él. Fíjate en tus pies; si detectas alguna tensión, .. a tensarlos por un instante y suéltalos lentamente. Ve a tus tobillos, a los gemelos, a la parte de atrás de los muslos, a las nalgas...Cuanto más te detengas en tensar y destensar, más relajado irás quedando.

Visualización



Piensa en una imagen agradable, una escena creada por ti mismo: una situación, un lugar. Cualquiera que te resulte muy agradable y relajante. Por ejemplo estar en una playa con el ruido del mar, o en un bosque... Tómate el tiempo que te haga falta para encontrar la imagen, después utilizarás la misma para relajarte en cualquier lugar. Deja que tu mente divague entre recuerdos y escenas hasta encontrar la imagen.

Ahora imagina claramente la escena mientras continúas repitiendo las palabras "quieto" y "tranquilo" con cada inspiración y expiración. Realiza las dos cosas a la vez, y nota el efecto doblemente calmante que su ejecución te produce.

Ahora trasládate dentro de esta imagen, siéntete parte de ella, hazla tan tuya como te sea posible, y suelta todas las tensiones.

Después, debes permanecer quieto durante unos minutos, y poco a poco abrir lentamente la conciencia a los sonidos de la habitación y a la sensación del cuerpo, y empezar a incorporarte lentamente, sin ningún movimiento brusco repentino.

ANEXO 10

Ejercicio 1. Identificación de creencias nucleares, supuestos y pensamientos automáticos.

Clasifica los siguientes elementos, poniendo una cruz en las columnas correspondientes.

	a. Creencia nuclear	b. Supuesto	c. Pensamiento automático
1. Estoy indefenso en la vida.			
2. ¡Qué agobio de gente!			
3. Es horrible que los demás no me quieran			
4. Si me esfuerzo no fallaré.			
5. Tengo que ser el mejor.			
6. Si no estoy atenta me engañarán.			
7. El mundo es un asco.			
8. ¡Esta casa es un caos!			
9. ¡Es horrible!			
10. Mis amigos no me quieren.			
11. La vida no merece la pena.			
12. Si me mira así es que está enfadado/a.			
13. Si me enfado los demás me respetarán.			
14. Estoy solo en la vida.			
15. Me va a dar un infarto.			
16. Debo evitar cosas complicadas.			
17. Es terrible cometer un error.			
18. La gente te manipula si puede.			
19. Soy una persona agradable.			
20. Soy un fracasado/a.			

ANEXO 11



DISTORSIONES COGNITIVAS

Los supuestos y creencias de la persona facilitan la aparición de sesgos y errores en el procesamiento de la información: **sesgos cognitivos** o distorsiones cognitivas:

Los principales sesgos cognitivos son:

- **ABSTRACCIÓN SELECTIVA**

Tendencia a prestar atención a un solo aspecto o detalle de la situación. En general, el aspecto atendido y procesado es de carácter negativo y poco importante, mientras que los aspectos ignorados suelen ser positivos y más relevantes.

Identificando Distorsiones:

Las preguntas que la persona se puede hacer para identificar la distorsión son del tipo:
 ¿He considerado todos los aspectos de la situación?, ¿Estoy concentrándome sólo en mis defectos y olvidando mis puntos fuertes?, ¿Estoy prestando atención sólo a lo que ha ido mal ignorando lo que ha ido bien?

- **PENSAMIENTO DICOTÓMICO**

Tendencia a clasificar todo en dos categorías extremas y opuestas: todo o nada, blanco o negro, bueno o malo. Coincide con el absolutismo de la terapia racional-emotiva.



Identificando Distorsiones:

La identificación de esta distorsión es preguntarse si el pensamiento es flexible o rígido, si admite o no el relativismo de las cosas, sobre todo de las que afectan a las valoraciones de uno mismo y de las personas de nuestro entorno.

- INFERENCIA ARBITRARIA

Sacar conclusiones de una situación que no están apoyadas por los hechos, incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión. Ejemplos característicos son la lectura del pensamiento o la adivinación del futuro.

Identificando Distorsiones:

Las preguntas que pueden hacerse son: ¿Estoy sacando conclusiones precipitadas?, ¿Estoy suponiendo cosas en lugar de averiguarlas directamente?, ¿Estoy anticipando lo que va a ocurrir en lugar de ponerlo a prueba?

- SOBREGENERALIZACIÓN

Tendencia a sacar conclusiones generales a partir de un solo hecho. En este caso, la conclusión no es arbitraria porque el hecho ha ocurrido, pero no está justificada porque asume que bajo cualquier circunstancia el mismo hecho volverá a ocurrir.

Identificando Distorsiones:

Si alguien ha cometido un error lo volverá a cometer en el futuro. Si algo ha salido mal, todo saldrá mal. Los hechos aislados no se ven en su contexto particular, sino como prototipos de sucesos o comportamientos generales.

- MAGNIFICACIÓN Y MINIMIZACIÓN

Tendencia exagerar lo negativos de una situación, un suceso o una cualidad propia y a minimizar lo positivo. En general, son pensamientos que sobreestiman el significado negativo que tienen para unos determinados hechos, dándole más importancia de la que realmente tienen. Por el contrario, los logros personales son infravalorados y tenidos como irrelevantes.

Identificando Distorsiones:

Preguntas clave serían: ¿estoy exagerando la importancia de lo que ha ocurrido?, ¿cómo vería yo esto mismo dentro de una semana, un año o diez años?

- PERSONALIZACIÓN Y DESPERSONALIZACIÓN

Tendencia a atribuirse la responsabilidad de sucesos ajenos y a no atribuirse la responsabilidad de sucesos propios. La personalización se manifiesta en la tendencia a culparse uno mismo por todo lo que ocurre mientras que la despersonalización se manifiesta por la tendencia contraria a culpar a los otros. Las personas deprimidas tienden a culparse por todo, incluso por su propia depresión, haciendo atribuciones que son internas, estables y globales.

Identificando Distorsiones:

Preguntas típicas serían: ¿estoy culpándome de algo que no he hecho?, ¿estoy tomándome como algo personal algo que no tiene que ver conmigo?

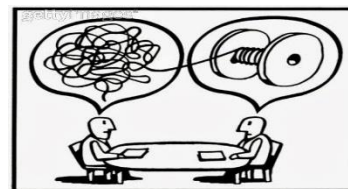
ANEXO 12

Ejercicio 2. IDENTIFICACIÓN DE DISTORSIONES

Por favor, une con una flecha cada pensamiento de la primera columna con la distorsión, con la que creas que está relacionado, de la segunda columna.

PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	DISTORSIÓN
1. Nunca voy a encontrar un empleo. 2. Siempre te equivocas. 3. Yo hago las cosas bien o no las hago. 4. La discusión con mi hijo me ha amargado el día. 5. Si María tiene problemas es porque yo no la he ayudado lo suficiente. 6. Si me quedo sola/o con ellos no sabré de que hablar. 7. Van a pensar que siempre estoy enfermo. 8. Estoy haciéndolo fatal (ante un fallo). 9. Es tremendo que no me lo hayas dicho. 10. Ha pasado por mi lado y no me ha saludado. Me ignora. 11- Ya lo he estropeado todo (llega tarde). 12. No voy a organizar la fiesta porque se aburrirán. 13. Lo ha hecho para fastidiarme. 14. Es horrible ser gorda/a. 15. Por mi forma de ser lo he estropeado todo.	A. Pensamiento dicotómico B. Personalización C. Sobregeneralización D. Inferencia arbitraria E. Magnificación F. Abstracción selectiva

ANEXO N°14



Autorregistro de interacciones con ejemplos de situaciones

Situación	Qué haces / qué dices	Estilo de comunicación
Voy a consulta con la nutricionista y me comenta que estoy con sobre peso, ...	Ve y ahora quieren que me muera de hambre	
Voy a la consulta y la Dra. hizo pasar a alguien delante que no le correspondía.	Es que ahora van a dejar pasar a todos, menos a mí.	
Fui a cita con el especialista, me cambio el medicamento y me sugirió mantener monitoreo por estos día.	...tome la receta, esperé las otras orientaciones y luego me fui.	
Mi hijo me preguntó cómo había sido mi día.	Yo le comenté lo que me informaron sobre la enfermedad de Diabetes Mellitus	

Observaciones:

Fecha: _____

Anexo 15

Instrucciones de autorregistro.

Elabora un autorregistro para que puedas reconocer el papel que juegan sus pensamientos negativos en lo que siente (sus emociones) y lo que hace (su conducta). Para ello registre:

- La situación o suceso que ha motivado la emoción desagradable.
- Los pensamientos que ha desencadenado la situación y que han precedido a la emoción negativa y cuánto se cree estos pensamientos (valorado de 0 a 10)
- Las emociones negativas que siente, su intensidad (valorada de 0 a 10) y las reacciones físicas que esta emoción negativa le desencadena.
- Lo que hace en esa situación, cuánto dura su conducta y qué consecuencias tiene ese comportamiento, qué pasa después.

Nombre: _____ -Fecha: _____

Fecha	Situación	Pensamiento/s automático/s	Emoción/es	Conducta
	<i>Describe:</i> 1. Lo que ha pasado. 2. Lo que estaba haciendo, pensando o imaginando	1. <i>Escriba</i> qué pensamientos ha tenido 2. <i>Valore</i> cuánto ha creído en cada uno de ellos (0-100%)	1. <i>Especifique</i> qué ha sentido (tristeza, ansiedad, rabia, etc.) 2. <i>Valore</i> la intensidad de cada emoción (0-100)	<i>Especifique:</i> 1. Lo que hace 2. Cuánto dura su conducta 3. Qué consecuencias tiene su comportamiento, qué pasa después

Observación:

ANEXO N° 16**HOJA DE TRABAJO****FECHA:** _____

En relación con la diabetes, ¿qué puedo hacer para alcanzar mayor bienestar?	
1) Haz una lista:	2) Ordena la lista de menor a mayor esfuerzo por tu parte.
3) ¿Cuáles son sus conclusiones? o ¿Qué conclusiones sacas?	
4) Mis próximos objetivos serán:	

ANEXO N° 17

REGISTRO PARA LA TOMA DE DECISIONES

FECHA: _____

<p>¿Cuál es la situación que tengo que solucionar? ¿Qué ha pasado?</p>	
<p>¿Cuál es mi reacción más habitual? ¿Por qué lo hago? ¿Qué pienso? ¿A qué tengo miedo?</p>	
<p>¿Qué puedo hacer que sea diferente? ¿Cómo puedo cambiar lo que estoy pensando? ¿Qué puedo pensar en su lugar?</p>	
<p>¿Qué decido hacer?</p>	
<p>Y ¿Qué pasa?</p>	

Anexo 19

Consentimiento Informado

Proyecto: Efecto del tratamiento Cognitivo Conductual en los niveles de estrés y en los factores que inciden en la adherencia al tratamiento médico de pacientes que presentan diabetes mellitus tipo 2

Investigadora principal: Psic. Romelia Anais Rosas E.

Estudiante en trabajo de tesis optando a título de Maestría en Psicología Clínica.

Propósito del estudio: El estudio tiene el objetivo evaluar la eficacia de un tratamiento psicológico dirigido a pacientes con diabetes mellitus, para disminuir su estrés, mejorar su adherencia al tratamiento. Dicho tratamiento tiene una duración de 12 sesiones de aproximadamente dos horas cada una, una vez a la semana, en un grupo de 12 participantes.

Selección de participantes: Usted es un candidato para participar debido a que es un paciente con antecedente de diabetes mellitus tipo 2.

Participación voluntaria: Usted no tiene que participar en el estudio si prefiere no hacerlo. Si acepta participar, usted puede retirarse del estudio en el momento que lo desee.

Procedimiento de investigación: Si usted está de acuerdo en participar se le realizará una evaluación previa que consistirá en responder algunas preguntas de la entrevista y dos escalas de evaluación. Después se le explicará qué días y a qué hora asistiría a las sesiones de terapia. En caso de aceptar, usted participará en un grupo que recibirán intervención psicológica, los días y las horas asignadas para tratamiento. Al concluir estas sesiones se realizará una evaluación final igual a la inicial, con el objetivo de ver los avances alcanzados a nivel grupal.

Confidencialidad: La información que usted nos proporcione tanto en las evaluaciones como durante las sesiones terapéuticas es confidencial. Los datos y resultados del trabajo terapéutico son parte de una investigación para optar al título de Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá y serán utilizados únicamente con fines de estudio. Estas terapias van dirigidas a mejorar de su estado de salud y en búsqueda de su bienestar, tomando en consideración sus integridades físicas y psicológicas y apegadas a las normas de código de ética de la profesión. Para ello es importante que usted esté enterado que sus datos se manejarán siempre a través de un código numérico al cual solo los investigadores tendrán acceso

Riesgos emocionales: Usted puede sentir cierta incomodidad, preocupación o malestar emocional durante las evaluaciones o durante las sesiones de terapia, donde la facilitadora ha de proporcionar soporte.

Beneficios: Recibirá información relacionada con el manejo del estrés, procesos cognitivos y conductas relacionadas con manejo de tratamiento en pacientes con

antecedente de diabetes mellitus tipo 2. Este tipo de terapia ha sido probada en otros estudios dando resultados favorables en pacientes. Otro de los beneficios es que usted estaría ayudando a mejorar los servicios de este tipo de clínicas.

Dudas y contacto: Usted puede preguntar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación. Le daré una copia de esta información con mi nombre, correo electrónico y teléfono al inicio de la hoja para que pueda localizarme para aclararme cualquier duda.

Firma de consentimiento: Si usted está de acuerdo en participar, por favor firme el consentimiento informado dándonos su permiso para iniciar los procedimientos del estudio.

Yo, _____ (nombre) conozco el propósito, procedimientos y acepto participar en el mismo. Entiendo que la información que proporcione es confidencial y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida. Recibiré una copia de este formato, con los datos para localizar a la investigadora para resolver cualquier duda acerca de este estudio.

Firma: _____

Fecha: _____

Explicó el consentimiento:

Romelia A. Rosas E Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 20

Participante 1

Datos generales

Nombre:

Edad: 58

Escolaridad: Bachiller en Educación para el Hogar

Ocupación: Administradora del Hogar

Estado Civil: Casada

Motivo de consulta: Paciente diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2. Ha presentado hiperglucemia en las últimas semanas. Manifiesta que ha descuidado seguimiento médico, por falta de dinero para la compra de medicamentos.

Enunciación de síntomas:

- Nivel cognitivo: Cómo voy a hacer si no hay plata; piensa mucho en problemas económicos y de salud.
- Nivel afectivo: Preocupación por recaída, sentimiento de impotencia ante las adversidades.
- Nivel conductual: Irritable, impaciente, aumento de apetito.
- Nivel motivacional: Desea mejorar su condición de salud.
- Nivel físico: Erupciones en piel, cansancio, dolor en cuello y espalda.

Conceptualización de la enfermedad

Paciente diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2, hace un año y medio. Manifiesta que en los últimos meses sus niveles de glucemia han aumentado; además, ha tenido sensación de mucho cansancio.

Historia familiar

Paciente convive actualmente con esposo, dos hijos y su padre (88 años). Manifiesta que posee buena comunicación con el esposo, hijos y padre. Sin embargo, la comunicación con sus tres hermanos se ha deteriorado, ya que expresa que desde hace dos años tiene la responsabilidad del cuidado de su padre encamado, sin el apoyo de hermanos.

Historia personal

Paciente se describe como una persona trabajadora, desde la adolescencia. Manifiesta que nunca se había sentido como hasta ahora y que dedica muy poco tiempo para su cuidado. Refiere que la situación económica de la familia es limitada. El aporte económico es proporcionado por su esposo e hijo mayor.

Historia laboral

Su último trabajo fue hace dos años como cajera en supermercado. Decidió renunciar por la difícil condición de salud de su padre.

Historia médica

Diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso

Historial sexual afectiva

Es una paciente sexualmente activa.

Tratamiento actual:

Su tratamiento farmacológico requiere ingesta de medicamento una vez al día

Diagnóstico

F54 (Factores psicológicos asociados a la diabetes mellitus)

Participante 2**Datos generales**

Nombre:

Edad: 47 años

Escolaridad: 3 años (Pre- media o primer ciclo)

Ocupación: Empresaria (negocio propio).

Estado Civil: Casada

Motivo de consulta:

Paciente con antecedente médico de diabetes mellitus diagnosticada hace 8 meses.

Durante la consulta manifiesta preocupación por su estado de salud, luego de

hospitalización y complicación por herida en pie derecho. Refiere que ha tenido dificultad para seguir indicaciones sobre dieta.

Enunciación de síntomas:

- Nivel cognitivo: Piensa en su problema de salud y en como hubiera quedado si hubiese perdido el pie. También considera que su vida no va a volver a ser igual que antes.
- Nivel afectivo: Se preocupa porque de ella dependen tres personas (padre y dos tíos adultos mayores). Presenta miedo relacionado con problema de salud, ansiedad, sentimiento de tristeza, desanimo.
- Nivel conductual: Llanto fácil, desatenta.
- Nivel motivacional: Manifiesta que necesita ayuda para salir adelante en tratamiento.
- Nivel físico: Insomnio, dolor en pie, resequedad en boca, sensación de cansancio.

Historia de la enfermedad actual

Paciente diagnosticada hace 8 meses con diabetes mellitus tipo 2. Su tratamiento farmacológico requiere ingesta de medicamento una vez al día.

Historia familiar

Su hogar está conformado por esposo y cuatro hijos, de los cuales tres (17, 21 y 24 años) viven en casa. Nos refiere que está al cuidado de su padre encamado y dos

tíos adultos mayores que viven cerca de su casa. Manifiesta que tiene buena comunicación con su esposo e hijos. En casa, el aporte económico es proporcionado por el esposo, hijo mayor y por paciente. En cuanto a los antecedentes médicos familiares, nos informa que cuenta con familiares paternos que padecen de diabetes mellitus.

Historia personal

Paciente diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2 hace 8 meses, hospitalizada con herida infectada en pie derecho, con hiperglucemia. Nos refiere que aún tiene miedo de perder pie, o que se le afecte algún órgano por el problema de diabetes. expresa que en los últimos meses no ha podido aportar económicamente al hogar por su problema de salud, igualmente, le preocupa la condición de salud de familiares y la propia.

Historia laboral:

Autoempleo (independiente).

Historial sexual afectiva

Nos manifiesta que tiene 26 años de estar casada y su comunicación con esposo ha sido buena; sin embargo, en los últimos años se ha presentado problema de salud de ambos (pareja). Es una paciente sexualmente activa.

Historia médica personal

Diabetes mellitus tipo 2, sobrepeso

Tratamiento actual

Su tratamiento farmacológico requiere ingesta de medicamento una vez al día.

Diagnóstico

F54 (Factores psicológicos asociados a la diabetes mellitus)

Participante 3**Datos generales**

Nombre:

Edad: 53 años

Escolaridad: Secundarios (Bachiller en Comercio).

Ocupación: Administradora del Hogar

Estado Civil: Separada

Motivo de Consulta:

Paciente diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2, hace tres años, posterior a un examen de rutina que se realizó. Nos refiere que tiende a pensar en su estado de salud, que esto ya no tiene solución.

Enunciación de síntomas:

- Nivel cognitivo: Piensa que de esto se muere, que esta enfermedad ya no tiene solución.
- Nivel afectivo: Preocupación, miedo, tristeza e irritabilidad.
- Nivel conductual: Insomnio, llanto, pasividad.
- Nivel motivacional: Desea participar en programa para informarse sobre la enfermedad
- Nivel físico: Dolor en planta de los pies y rodilla izquierda.

Historia de la enfermedad actual

Paciente diagnosticada hace 3 años con diabetes mellitus tipo 2; recibe tratamiento farmacológico dos veces al día, dos medicamentos diferentes.

Historia familiar:

Actualmente, vive con cuatro hijos y seis nietos. Separada hace 17 años, su relación de pareja fue traumática por antecedente de violencia que reportó en su momento. Nos informa que no mantiene comunicación con su expareja. Manifiesta que existe buena comunicación con sus hijos, sin embargo, le preocupa la condición económica de los hijos. Actualmente, no tiene pareja, se dedica al cuidado de nietos. La historia médica de familiares no reportan casos de diabetes mellitus, ni de enfermedades psiquiátricas.

Historia personal

Según informa, al realizarse exámenes de rutina, se detecta el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Desde ese momento, ha recibido atención médica y seguimiento por todo el equipo. En cuanto a la dieta y ejercicio, le ha costado adecuarse, a pesar del tiempo con el diagnóstico.

Historia laboral

Se describe como una persona trabajadora; manifiesta que no recibió apoyo económico de su expareja. Desde hace un año, se dedica a cuidar sus nietos, ya que su hija trabaja como educadora.

Historial sexual afectiva

Es una paciente sexualmente inactiva.

Historia médica personal

Los datos reportados por paciente refieren cirugía de ovario, miopía, y diabetes mellitus tipo 2.

Tratamiento actual

Tratamiento farmacológico dos veces al día.

Diagnóstico

F54 (Factores psicológicos asociados a la diabetes mellitus)

Participante 4

Datos generales

Nombre:

Edad: 47 años

Escolaridad: Estudios universitarios. Estudiante de derecho (4 años)

Ocupación: Ventas en empresa privada

Estado civil: Separada

Motivo de consulta:

Paciente con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada hace seis años.

Manifiesta que su trabajo le impide cumplir con horario de dietas y ejercicios.

Enunciación de síntomas:

- Nivel cognitivo: Piensa que no puede descuidar su trabajo; siempre tiene presente a familiares que dependen económicamente de ella.
- Nivel afectivo: Miedo a perder empleo, preocupación por su estado de salud.
- Nivel conductual: Poco expresiva, aumento de apetito, dificultad para seguir los controles médicos.
- Nivel motivacional: Desea mejorar hábitos que favorezcan estado de salud.
- Nivel físico: Problemas gastrointestinales, frecuente sed, dolor en cuello.

Historia de la enfermedad actual

Paciente con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada hace 6 años.

Historia familiar:

Convive con su hijo (16 años) y ambos padres. Actualmente, tiene una relación de pareja, pero no conviven juntos. Manifiesta que hay buena comunicación en círculo. Los datos proporcionados refieren que su primera pareja la abandonó cuando su hijo tenía 2 años de edad, dejándola sin apoyo económico. Los antecedentes médicos familiares evidencian casos de familiares paternos con diabetes mellitus tipo 2, no reportan antecedentes de enfermedades psiquiátricas

Historia personal

Se describe como una persona responsable, le gusta ser puntual. Manifiesta que por la limitación económica existente, no cuenta con actividades de ocio y que, cuando llega de trabajo, se siente agotada. Refiere que el trabajo es su ejercicio diario.

Historia laboral

Su último empleo es como vendedora en almacén de la localidad (tres años). Laboró 7 años en ciudad de Panamá, como cajera. Decide trasladarse para pasar más tiempo con su hijo

Historial sexual afectiva

Es una paciente sexualmente activa.

Historia médica personal

Diabetes Mellitus tipo 2.

Tratamiento actual

Tratamiento farmacológico una vez al día.

Diagnóstico

F54 (Factores psicológicos asociados a la diabetes mellitus)

Participante 5**Datos generales**

Nombre:

Edad: 40 años

Escolaridad: Bachiller en Comercio

Ocupación: Funcionario público (policía)

Estado civil: Casado

Motivo de consulta: Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, hace un año.

Nos refiere el paciente que, en este último año, ha estado muy tenso, preocupado.

Enunciación de síntomas:

- Nivel cognitivo: Piensa en los problemas renales o complicaciones en pies.
- Nivel afectivo: Preocupación, sentimiento de tristeza.
- Nivel conductual: Come en exceso, poca concentración, duerme más de lo habitual, disminución de interés social.
- Nivel motivacional: Desea mejorar su salud.
- Nivel físico: Cefaleas, dolor general en cuerpo.

Historia de la enfermedad actual

Paciente fue diagnosticado con diabetes mellitus hace un año, con disminución de peso. A la fecha, ha presentado dificultad en los controles de la glucemia

Historia familiar

Paciente convive con su esposa y tres hijos. Refiere una buena interacción familiar. Manifiesta que durante su niñez se dio muy poca comunicación con padres; fue educado por abuelos a los cuales les agradece mucho su apoyo. Su historia familiar no reporta antecedentes de diabetes mellitus, ni de enfermedades psiquiátricas.

Historia personal

Refiere que se siente orgulloso de su familia, sus relaciones sociales son satisfactorias, cuenta con buenas amistades, sin embargo, últimamente se ha alejado de ellos. Se describe como una persona tranquila, poco conflictiva. Manifiesta que el problema de salud lo ha mantenido un poco preocupado; piensa que esto influye en su estado de ánimo.

Historia laboral

Expresa que labora desde su adolescencia. Los datos presentados refieren que a los 24 años inicia su carrera como policía, hasta la a fecha. Refiere que este trabajo le ha proporcionado muchas enseñanzas, sin embargo, los cambios en los lugares de

trabajo y de horario, el ingerir comida fuera de casa y a deshoras generan dificultad en su salud.

Historial sexual afectiva

Es un paciente sexualmente activo, con 22 años de matrimonio y buena comunicación con su pareja.

Historia médica personal

Con antecedente de hipertensión arterial (hace 11 años), diabetes mellitus tipo 2 (hace 1 año).

Tratamiento actual

Tratamiento farmacológico dos veces al día, dos medicamentos diferentes.

Diagnóstico

F54 (Factores psicológicos asociados a la diabetes mellitus)

Participante 6

Datos generales

Nombre:

Edad: 54 años

Escolaridad: Universitaria

Ocupación: Licda. Educación Primaria

Estado civil: Casada

Motivo de consulta: Paciente con antecedente de diabetes, diagnosticado hace 2 años, manifiesta que en los últimos meses se ha sentido tensa, tanto en el área laboral como en casa.

Enunciación de síntomas:

- Nivel cognitivo: Considera que su problema de salud puede causar su separación o divorcio; piensa que va a morir.
- Nivel afectivo: Ambivalencia afectiva hacia su pareja, disminución de estado de ánimo, preocupación.
- Nivel conductual: Llanto, disminución de concentración, irritable.
- Nivel motivacional: Desea mejorar su estado de salud, su fuerza para enfrentar problemas.
- Nivel físico: Sensación de boca seca, dolor muscular, agotamiento, cansancio, aumento de sueño.

Historia de la enfermedad actual

Paciente diagnosticada con diabetes mellitus hace dos años. Nos refiere la paciente que en los últimos exámenes que le realizaron mostró niveles de glicemia altos.

Historia familiar:

Convive con esposo, manifiesta dificultad en la dinámica familiar relacionado con infidelidad de pareja, esto le ha generado mucha preocupación y tristeza. Expresa

que sus hijos (24 y 27 años) la visitan frecuentemente. En sus antecedentes médicos familiares reportan casos de diabetes mellitus e hipertensión, no se hace mención de enfermedades psiquiátricas.

Historia personal

Se describe como una persona fuerte, pero expresa que últimamente se siente con menos fortaleza, con desánimo, poca tolerancia. Manifiesta que reacciona enojada ante cualquier cosa y que no cuenta con actividades recreativas. Está preocupada por su salud y por su problema de pareja.

Historia laboral:

Labora como docente de Educación Primaria desde hace 25 años.

Historial sexual afectiva

Paciente refiere infidelidad de su pareja, por lo que ha optado por no tener relaciones sexuales.

Historia médica personal

Diabetes mellitus tipo 2

Tratamiento actual

Tratamiento farmacológico dos veces al día (dos medicamentos diferentes).

Diagnóstico

F54 (Factores psicológicos asociados a la diabetes mellitus)

Participante 7

Datos Generales

Nombre:

Edad: 57 años

Escolaridad: Pre-media

Ocupación: Administradora del hogar

Estado Civil: Casada

Motivo de Consulta:

Paciente diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2, hace 20 años. Manifiesta que está cansada de ingerir medicamentos.

Enunciación de síntomas

- Nivel cognitivo: Piensa que los problemas la abruman. Le preocupa que su estado de salud se ha desmejorado.
- Nivel afectivo: Llanto fácil, estado de ánimo disminuido, miedo.
- Nivel conductual: Desorden al ingerir medicamentos, dificultad para incorporar hábitos de ejercicios. Tendencia a aislarse.
- Nivel motivacional: Desea que su situación de salud mejore.

- Nivel físico: Dificultad para conciliar el sueño, dolor en planta de pies, resequedad en pies y manos, cefaleas.

Historia de la enfermedad actual

Paciente diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2, hace 20 años. Refiere que fue diagnosticada la enfermedad durante su último embarazo.

Historia familiar

Los datos familiares refieren que vive con esposo desde hace 34 años. Su hijo y nietos la visitan los fines de semana. Expresa que su comunicación familiar es buena.

El soporte económico es proporcionado por esposo e hijo.

Los antecedentes médicos familiares reportan antecedentes de diabetes mellitus. No se reportan casos de enfermedades psiquiátricas en familiares.

Historia personal

Paciente se describe como una persona con muchos problemas, desde pequeña ha tenido que enfrentar situaciones difíciles en su familia. Recientemente en proceso de duelo por pérdida de dos hermanos en el mismo año (2016). Manifiesta que se preocupa por su hijo, quien trabaja mucho para poder ayudarles.

Historia laboral

No refiere

Historial sexual afectiva

Paciente sexualmente activa

Historia médica personal

Diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo, hipertensión arterial

Tratamiento actual

Tratamiento farmacológico dos veces al día (Tres medicamentos diferentes).

Diagnóstico

F54 (Factores psicológicos asociados a la diabetes mellitus)

Participante 8**Datos generales**

Nombre:

Edad: 58 años

Escolaridad: Pre- media

Ocupación: Trabajadora manual (funcionaria pública)

Estado civil: Separada

Motivo de consulta:

Paciente diagnosticada hace 14 años con diabetes mellitus tipo 2. Nos refiere la paciente que le ha costado seguir las indicaciones médicas, dietas y el control que tiene que llevar por su salud.

Enunciación de síntomas:

- Nivel cognitivo: Piensa que los ejercicios no ayudan en nada. Considera que existen medicamentos naturales que le pueden ayudar más. Expresa que está cansada de tomar tanto medicamento.
- Nivel afectivo: Desesperanza, miedo, culpa.
- Nivel conductual: Poco comunicativa, tendencia a aislarse, llanto fácil.
- Nivel motivacional: Desea mejorar su salud.
- Nivel físico: Visión borrosa, disminución de peso, hormigueo en planta de los pies.

Historia de la enfermedad actual:

Paciente recientemente hospitalizada con cetoacidosis diabética; manifiesta que no tomaba los medicamentos como se lo habían indicado y comía a deshoras. Nos indica que fue diagnosticada con diabetes mellitus hace 14 años, con marcada dificultad para seguir indicaciones y controles médicos.

Historia familiar:

Convive con tres hijos (28, 24, 20 años) y cinco nietos. Manifiesta que lleva el sustento económico al hogar. Refiere que se separó de su pareja hace 15 años por infidelidad. La comunicación es buena con dos de sus hijos mayores, el hijo menor presenta dificultad en conducta desde que entró en adolescencia. Los antecedentes médicos familiares reportan caso de diabetes mellitus en dos de sus hermanos.

Historia personal

Se describe como una persona trabajadora. Manifiesta que desde que su esposo los abandonó, ha tenido que salir adelante por sus hijos. Expresa que en ocasiones siente que no puede más, se siente cansada y con poco deseo de luchar. Paciente acepta que ha velado muy poco por su salud, se preocupa mucho por hijos y nietos.

Historia laboral

Expresa que tiene 25 años de laborar como trabajadora manual de un centro escolar. Tiene ciertas dificultades de comunicación con algunos compañeros. Manifiesta que está próxima a la jubilación y desea retirarse para dedicarse a otras actividades.

Historial sexual afectiva

Paciente sexualmente inactiva

Historia médica personal

Paciente con diabetes mellitus tipo 2

Tratamiento actual

Tratamiento farmacológico dos veces al día.

Diagnóstico

F54.0

Participante 9

Datos generales

Nombre:

Edad: 54 años

Escolaridad: Bachiller en Comercio

Ocupación: Funcionaria pública

Estado civil: Casada

Motivo de consulta: Paciente con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, ha presentado dificultad en control glucémico.

Enunciación de síntomas

- Nivel cognitivo: Piensa en su problema de salud.
- Nivel afectivo: Preocupada, triste, enojada, disminución del estado de ánimo.
- Nivel conductual: irritable, distraída.
- Nivel motivacional: Desea participar en programa para conocer más sobre el control de la diabetes.
- Nivel físico: Dolor en articulaciones, cefaleas, mucho sueño.

Historia de la enfermedad actual

Nos informa que hace un mes se vio en la necesidad de acudir a cuarto de urgencia por problemas de salud. Los exámenes de hemoglobina glucosilada refieren un rango elevado. La paciente atribuye estos cambios a que ha estado tensa, con mucho trabajo.

Historia familiar

Los datos proporcionados refieren que es una familia compuesta por pareja y dos hijos (29 años y 22 años). Su hijo mayor es Ingeniero Agrónomo, y su hija es estudiante universitaria. Expresa que tiene buena comunicación con su esposo. Los antecedentes médicos familiares no reportan casos de diabetes mellitus, ni de enfermedades psiquiátricas.

Historia personal

Paciente se describe como una persona calmada. Refiere que trata de utilizar su tiempo libre realizando caminatas y paseos cortos; sin embargo, en los últimos días sus actividades se han complicado con fractura de pie derecho, situación que la desanima.

Historia laboral

Nos informa que tiene 16 años de laborar como funcionaria de Mides al cuidado de niños y niñas. Refiere que esta actividad, en los últimos años, le genera cierto estrés por el grado de responsabilidad que tiene el cargo.

Historial sexual afectiva

Paciente sexualmente activa, con buena relación con su pareja.

Historia médica personal

Diabetes mellitus tipo 2, evaluada por ortopedia con fractura en pie derecho (hace 3 meses).

Tratamiento actual

Tratamiento farmacológico una vez al día, un solo medicamento.

Diagnóstico

F54 (Factores psicológicos asociados a la diabetes mellitus)

Participante 10**Datos generales**

Nombre:

Edad: 33 años

Escolaridad: Bachillerato en Electricidad

Ocupación: Técnico en electricidad (Independiente)

Estado Civil: Casado

Motivo de Consulta:

Paciente con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 y obesidad. Manifiesta que toma los medicamentos solo cuando se siente un poco mal.

Enunciación de síntomas:

- Nivel cognitivo: Piensa que la vida es injusta; expresa que es difícil superar los problemas y que además tiene mala suerte.
- Nivel afectivo: Irritabilidad, sentimiento de soledad, tristeza.
- Nivel conductual: Frecuentemente sube el tono de voz; ingesta de alcohol.
- Nivel motivacional: Desea mejorar su estado de salud; está consciente que tiene que cambiar.
- Nivel físico: Aumento de peso, sed constante, dolor en planta de los pies.

Historia de la enfermedad actual

Paciente con antecedente de diabetes mellitus 2, posterior a exámenes de rutina. Manifiesta que no posee un buen seguimiento de tratamiento médico y dieta. En los últimos meses, ha estado presentando hiperglicemia.

Historia familiar

Paciente que actualmente convive con esposa e hijastro. Los datos reportados refieren que su madre murió hace 7 años, su padre murió hace dos meses. Desde la muerte de su madre, expresa que se ha encargado del cuidado de su padre, quien murió de cáncer en próstata. Es el tercer hermano de cinco. Manifiesta que tiene mayor comunicación con el hermano mayor. Los antecedentes médicos familiares reportan caso de diabetes mellitus tipo 2 y de enfermedades psiquiátricas por depresión.

Historia personal

Es muy puntual con aspectos relacionados con trabajo, apoyo a familiares. Expresa que la muerte de su madre le afectó muchísimo, ya que fue inesperada. La muerte del padre también lo afecta, pero siente que ha sido manejada con mayor fortaleza.

Historia laboral

Labora en proyectos independientes desde los 18 años de edad. Expresa que se siente satisfecho de su trabajo, aunque este, en ocasiones, requiere de mucha concentración, precisión y hay que ser puntual, por lo que genera un poco de estrés.

Historial sexual afectiva

Paciente sexualmente activo, con cinco años de casado.

Historia médica personal

Diabetes mellitus tipo 2, diagnosticado hace 2 años.

Tratamiento actual

Tratamiento farmacológico dos veces al día.

Diagnóstico

F54 (Factores psicológicos asociados a la diabetes mellitus)

Participante 11**Datos generales**

Nombre:

Edad: 35 años

Escolaridad: Universidad

Ocupación: Administradora de Empresa

Estado civil: Casada

Motivo de consulta:

Paciente con antecedente médico de diabetes mellitus tipo 2. Manifiesta que aún le cuesta aceptar su condición de salud.

Enunciación de síntomas:

- Nivel cognitivo: Preocupación por complicaciones que produce la diabetes, Piensa en muerte y con quién quedarán sus hijos.
- Nivel afectivo: Tristeza, miedo, irritable.
- Nivel conductual: Lloro con frecuencia, tendencia a aislarse, inactiva, pasiva.
- Nivel motivacional: Desea mejorar su salud, aprender más sobre su enfermedad.
- Nivel físico: Aumento de sueño durante el día, pérdida de apetito, cansancio, dolor cuello.

Historia de la enfermedad actual

Paciente con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada hace un año. Manifiesta que no se sentía nada, se enteró posterior a exámenes de rutina para carnet de salud. Refiere que en los últimos dos años ha estado sometida a presiones económicas y problemas familiares.

Historia familiar

Paciente convive con esposo e hijos (3 y 10 años). Refiere que en los dos últimos años ha tenido dificultad con sus hermanos por problemas financieros y que le preocupa la condición de salud de ambos padres, los cuales están bajo su cuidado. Los antecedentes médicos familiares reportan historial de diabetes mellitus, no se informa condiciones de enfermedades psiquiátricas.

Historia personal

Se describe como una persona cuidadosa, trabajadora y muy responsable. Desde su juventud, se ha dedicado a trabajar en negocios familiares. Manifiesta que se siente muy tensa y preocupada, pues desde joven era la que resolvía todo; esto la deprime porque, en esta ocasión, no ha podido solucionar los problemas. Según refiere, en los últimos meses ha dejado de practicar deportes por falta de tiempo.

Historial laboral

Labora en empresa familiar encargada de ventas.

Historial sexual afectiva

Paciente sexualmente activa, con 13 años de casada. Refiere buena comunicación con pareja.

Historia médica personal

Paciente con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada hace un año.

Tratamiento actual

Tratamiento farmacológico una vez al día.

Diagnóstico

F54 (Factores psicológicos asociados a la diabetes mellitus)

Participante 12

(Paciente decide salir de tratamiento por horario de trabajo)

Observación: Por deserción se considera muerte experimental del grupo.

Datos generales

Nombre:

Edad: 49 años

Escolaridad: Bachiller en Comercio

Ocupación: Transportista independiente

Estado civil: Casado

Motivo de consulta:

Paciente diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2, hace cinco años. Manifiesta que presenta dificultad para regular la glucemia, visión borrosa, disminución de apetito y mucho sueño.

Enunciación de síntomas:

- Nivel cognitivo: Piensa en enfermedad y en la educación de sus hijos.
- Nivel afectivo: Preocupación, tristeza, miedo.
- Nivel conductual: Dificultad para seguir indicaciones médicas, irritable.
- Nivel motivacional: Desea que su condición de salud mejore.
- Nivel físico: Visión borrosa, disminución de apetito, mucho sueño.

Historia de la enfermedad actual

Paciente diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2, hace cinco años.

Historia familiar

Convive con esposa, sus dos hijos (8 y 12 años). Refiere buena comunicación con pareja. Manifiesta que sus padres representaron un buen ejemplo y guía en su vida. Los antecedentes médicos familiares no reportan caso de diabetes mellitus, ni de enfermedades psiquiátricas.

Historia personal

Manifiesta que antes de ser diagnosticado le gustaban mucho las fiestas, tomaba alcohol frecuentemente. Expresa que esto ha cambiado, pero le ha costado adaptarse a las dietas y a la ingesta de medicamentos.

Historia laboral

Desde los 26 años, labora como transportista. Recientemente, adquirió su propio cupo de transporte colectivo para trabajar.

Historial sexual afectiva

Paciente sexualmente activo, relación de 15 años de casado.

Historia médica personal

Paciente con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, obesidad.

Tratamiento actual

Tratamiento farmacológico una vez al día.

Diagnóstico

F54 (Factores psicológicos asociados a la diabetes mellitus)