

Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud

Everardo José Camacho Gutiérrez
Sergio Galán Cuevas



Manual Moderno[®]

Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V. Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100 México, D.F. Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC



Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud

Everardo José Camacho Gutiérrez
Doctor en Análisis del Comportamiento por la Universidad de Guadalajara
Licenciado en psicología, ITESO.

Sergio Galán Cuevas
Doctor en Psicología,
Profesor Investigador de Tiempo Completo en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Editor responsable:
Lic. Santiago Viveros Fuentes
Editorial El Manual Moderno



Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud
D.R. © 2015 Universidad Nacional Autónoma de San Luis Potosí,
Facultad de Psicología,
Alvaro Obregón, No. 64
(Antiguo, Zona Centro)
C.P. 78000, San Luis Potosí, SLP.

Universidad de Guadalajara,
Av. Juárez No. 95,
Sector Hidalgo
C.P. 44100, Guadalajara, Jalisco.

En coedición con Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
ISBN: 978-607-448-494-6 (Versión impresa)
ISBN: 978-607-448-495-3 (Versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de
esta publicación puede ser reproducida, almacenada
en sistema alguno o transmitida por otro medio
—electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera—
sin permiso previo por escrito de la Editorial.



El Manual Moderno
es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud /
[coordinadores y autores] Everardo José Camacho Gutiérrez, Sergio
Galán Cuevas. -- 1.ª edición. -- San Luis Potosí, S.L.P. : Univer-
sidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Psicología ; Cuada-
lajara, Jalisco : Universidad de Guadalajara ; México, D.F. :
Editorial El Manual Moderno, 2015.
xxiv, 228 páginas : ilustraciones ; 23 cm.

Incluye índice
ISBN: 978-607-448-494-6 (Versión impresa)

1. Enfermos - Psicología. 2. Medicina y psicología. 3. Médico y
paciente - Aspectos psicológicos. 4. Promoción de la salud. I. Camacho
Gutiérrez, Everardo José. II. Galán Cuevas, Sergio. III. Universidad
Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Psicología. IV. Universidad
de Guadalajara.

616.0019-scdd21

Biblioteca Nacional de México

Para mayor información sobre:

- Catálogo de producto
 - Novedades
 - Pruebas psicológicas en línea y más
- www.manualmoderno.com

Colaboradores

Mabel Aguiar Arroyo, Capítulo 12

Licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Responsable del progra-
ma de seguimiento Al Contigo dentro del Centro de Educación Física y Salud
Integral del ITESO.

San Juana Aguilera Ruvalcaba, Capítulo 4

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Aguascalientes y Maestra
en Investigaciones Sociales y Humanísticas, de la misma universidad. Encargada
del proyecto de investigación "Programa de Prevención de Violencia y Consu-
mo de Sustancias en la Comunidad de Ojocaliente" por acuerdo de la UAA y el
Gobierno Municipal de Calvillo, en 2011.

María Luisa Avalos-Latorre, Capítulo 9

Licenciada en Psicología, Maestra en Ciencias del Comportamiento con énfasis en
Análisis de la Conducta y Doctora en Psicología. Miembro fundador de la SMIP y
de la Red Mexicana de Investigación en Psicología Educativa (RMIPE).

Cecilia Ivonne Bojórquez Díaz, Capítulo 9

Licenciada y Maestra en Psicología por el ITSON. Diplomado en Tecnología Instruccio-
nal para cursos virtual-presencial. Diplomado en Técnicas de Orientación Familiar.
Es profesor investigador asociado C en el Instituto Tecnológico de Sonora.

Director editorial y de producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora asociada:
LCC Tania Uriza Gómez

Diseño de portada:
LCS Adriana Durán Arce

- Luciano, J.V., Sabes Figuera, R., Cardoña, E.T., Peñarubia, M. et al. (2013) Cost-utility of a psychoeducational intervention in fibromyalgia patients compared with usual care: an economic evaluation alongside a 12-month randomized controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, 29(8), 702-711.
- Martin Carbonell, M. (2002). Elaboración y Validación del Cuestionario Multidimensional para la evaluación psicológica del dolor: GEMAT. Un procedimiento para determinar la necesidad de atención psicológica especializada para los enfermos con dolor crónico. Tomado de la Tesis Doctoral "La evaluación psicológica del dolor. Estrategias para nuestro medio". Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Publicado en Biblioteca Virtual de Psicología de la Salud.cl/psicologia/site/artic/20121129/pags/20121129202634.php.
- McGuillion, M.H., Watt-Watson, J., Stevens, B., Lefort, S.M. et al. (2008) Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 36(2), 126-140.
- Tomé-Pires, C. & Miró, J. (2012) Hypnosis for the Management of Chronic and Cancer Procedure-Related Pain in Children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(4), 432-457.
- Moix, J., Casado, I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clinica y Salud*, 22(1), 41-50.
- Naglatzki, R.P., Xchalamann, M., Gasser, T., Ladd, M.E. et al. (2012). Cerebral somatic pain modulation during autogenic training in fMRI. *European Journal of Pain*, 16(9), 1293-1301.
- Olmedilla Zafra, A., Ortega Toro, E. & Abenza Cano, L. (2013) Validación de la escala de catastrofismo ante el dolor en deportistas españoles. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 13(1), 83-94.
- Pelaez, H. V. & Domínguez, T. B. (2013). Abordaje integral del dolor crónico. En Covarrubias-Gómez, E. Nuche Cabrera & H. Ayón Villanueva (Eds). *El médico de primer contacto y el enfermo con dolor*. (pp.319-333) México: Corinter.
- Posadzki, P., Lewandowski, W., Terry, R., Ernst, E. et al. (2012). Guided imagery for non-musculoskeletal pain: a systematic review of randomized clinical trials. *Journal of Pain and Symptom Management*, (44), 95-104.
- Reiner, K., Tibi, L. & Lipsitz, J.D. (2013). Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Medicine*, 14(2), 230-242.
- Rutten, J.M., Reitsma, J.B., Vlieger, A.M. & Benninga, M.A. (2013) Gut-directed hypnotherapy for functional abdominal pain or irritable bowel syndrome in children: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 98(4), 252-257.
- Sharpe, L., Nicholson, P.K., Rogers, P., Dear, B.F. et al. (2010). A comparison of the effect of attention training and relaxation on responses to pain. *Pain*, 150(3), 469-476.
- Thieme, K. & Gracely, R.H. (2009) Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain? *Current Rheumatology Reports*, 11(6), 443-450.
- Van Tilburg, M.A., Chirkara, D.K., Palsson, O.S., Turner, M. et al. (2009). Audio-recorded guided imagery treatment reduces functional abdominal pain in children: a pilot study. *Pediatrics*, 124(5), 890-897.

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 3

Detección de necesidades psicológicas en un grupo educativo de pacientes con diabetes tipo 2

Ana Olivia Ruiz Martínez, Ma. De Lourdes Vargas Santillán,
Ana María Oviedo Zúñiga, Claudia Rodríguez García
y Julio Escalona Santillán

La diabetes mellitus es una enfermedad que afecta la integridad de la persona, por lo que requiere un abordaje multidisciplinario y holístico en donde los diversos profesionales de la salud pongan a disposición del enfermo los conocimientos y servicios necesarios para que el paciente mantenga el control de la enfermedad y, en consecuencia, éste conserve su calidad de vida.

Esta enfermedad crónica afecta a gran parte de la población al comprometer la salud física y mental del que la padece. De manera tradicional, la investigación e intervención sobre diabetes profundiza en los aspectos médico-biológicos pero descuida los aspectos psicológicos, razón por la cual el presente estudio ofrece una aproximación psicológica a dicho padecimiento y se enfoca en detectar las necesidades psicológicas de pacientes con diabetes mellitus 2 que asisten a un grupo educativo.

GENERALIDADES

La diabetes mellitus es un síndrome metabólico crónico y progresivo con alteraciones en la capacidad para metabolizar los carbohidratos, grasas y proteínas, lo cual provoca hiperglucemia. Se hace referencia a un grupo de enfermedades caracteriza-

das por la presencia de hipoglucemia debido a: defectos de la secreción de insulina, alteraciones en la acción de insulina, o ambos (Pérez & Ubaldo, 2008).

La diabetes es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, conlleva fallecimientos prematuros y costosos tratamientos; es una enfermedad que afecta no sólo al paciente sino también a sus familiares, quienes comparten el cuidado del enfermo crónico. Además, debido a su tendencia hereditaria es común que varios familiares la padezcan; esta situación se agrava en población de escasos recursos y en sectores vulnerables (Secretaría de Salud, 2008). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012): "Las cifras actuales señalan una prevalencia de 347 millones de personas que padecen diabetes mellitus 2 a nivel mundial".

En México, "la diabetes ocupa el primer lugar de mortalidad dentro de las principales causas de muerte y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 000 muertes y 400 000 casos nuevos al año" (Secretaría de Salud, 2008, p. 11). Es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa y uno de los motivos principales de hospitalización (Castro, 2008). Los datos recientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) señalan que 6.4 millones de personas en el país han sido diagnosticadas con esta enfermedad, sin contemplar aquellas que están enfermas y aún desconocen su condición por falta del diagnóstico oportuno, situación que podría duplicar esta cifra (Gutiérrez *et al.*, 2012).

Es importante señalar que si bien la diabetes mellitus se caracteriza por la hiperglicemia, no puede hablarse de una entidad homogénea; por ello es necesario conocer los diferentes tipos de dicha afectación. La Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2012) menciona los siguientes tipos: a) diabetes mellitus tipo 1 (representa el 5% y el 10% de las personas con diabetes), b) diabetes mellitus tipo 2 (representa 90% de casos en el mundo, OMS, 2012), c) diabetes gestacional, d) diabetes tipo Mody, e) otros tipos de diabetes mellitus menores (< 5% de todos los casos diagnosticados).

Si bien existen diversos tipos de diabetes, el presente documento se concentra en la diabetes mellitus tipo 2 por ser el tipo de mayor prevalencia, y porque los participantes del grupo clínico al que se hará referencia más adelante presentan dicho tipo de esta enfermedad. De esta manera, lo expuesto en cuanto al curso, tratamiento y aspectos psicológicos relacionados tienen cabida sólo para esta clasificación de diabetes.

La etiología de la enfermedad aceptada en forma más reciente según los criterios de la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2013), señalan que la anormalidad en la producción y resistencia a la insulina que caracteriza a la diabetes mellitus tipo 2 se debe a causas multifactoriales que abarcan factores genéticos, ambientales y sociales. Los primeros han sido considerados como la principal causa del aumento en la incidencia de la enfermedad debido a que el factor étnico coloca a los países latinoamericanos, entre ellos a México, como principales portadores de la enfermedad, del cual el sexo femenino resulta ser el más afectado debido a su capacidad reproductiva y sus efectos en el metabolismo de los nutrientes. El factor etario también está considerado como un factor de riesgo en la adultez; sin embargo, en la actualidad está sujeto a discrepancias debido al aumento en la incidencia de diabetes tipo 2 en niños durante los últimos años, situación alarmante a nivel mundial (Fernández, Hernández & Viguri, 2011; OMS, 2012).

Los factores ambientales como la exposición a la industrialización, el estrés y los nuevos estilos de vida, producto de los cambios en las dinámicas de vida actual

les como son el sedentarismo a causa de la urbanización y comodidades de la vida actual, los nuevos patrones de alimentación como la integración de las comidas procesadas en la dieta diaria, conllevan a un aumento de la prevalencia en la obesidad y de forma concomitante al incremento en la incidencia de diabetes tipo 2.

Aunado a lo anterior, existen los condicionantes sociales de los cuales poco se habla, pero como lo señalan Medina y López (2010, p. 46): "El entorno social (económico, político, cultural) es determinante en la producción de la enfermedad y en la contundencia de las acciones de salud"; por lo tanto, es necesario retomarlos para poder entender los procesos de producción de la diabetes mellitus en la sociedad y analizar los diferentes sectores involucrados en lo que hoy se llama la pandemia del siglo. Bajo este enfoque, según Medina y López (2010) destacan los siguientes:

- a) Las nuevas dinámicas familiares, en especial los modos de vida relacionados con la organización de la familia a la vida moderna, formas de alimentación, administración y utilización de los recursos, urbanización.
- b) Nuevas dinámicas laborales como: mayor sedentarismo, aumento del estrés, patrones alimentarios al interior de los espacios laborales, acceso a alimentos de baja calidad durante las horas laborales.
- c) Transiciones alimentarias: cambios culturales en los patrones de consumo y acceso de alimentos, estereotipos de alimentación actual y promoción a través de medios de comunicación.
- d) Entorno desfavorable que propicia el sedentarismo y falta de actividades recreativas a causa de falta de políticas públicas y acciones comunitarias; además de una falta de regulación en las formas de comercialización de los alimentos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la diabetes mellitus tiene como meta "aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones" (NOM-015-SSA2-2010).

Hoy día, el tratamiento va más allá del modelo bio-médico tradicional, donde el médico tomaba las decisiones e indicaba los medicamentos, mientras que el paciente se enfocaba en cumplir con las dosis encomendadas; en contraposición a dicho abordaje, los hallazgos científicos indican que el tratamiento debe ir más enfocado al empoderamiento del paciente (Anderson, *et al.*, 2000 citado en Jiménez & Dávila, 2007), quien deberá tomar las decisiones y realizar las actividades de autocuidado necesarias para controlar sus niveles de glucosa y mantener su calidad de vida.

En la actualidad el tratamiento de la diabetes mellitus consiste en el automonitoreo y monitoreo continuo de la glucemia que debe llevarse a cabo 3 o más veces al día en los pacientes con inyecciones múltiples de insulina o tratamiento con bomba de insulina (ADA, 2013). La formación y existencia de grupos de ayuda mutua en diabetes como parte de la organización de los servicios de salud, sirven para la capacitación necesaria en el control de la glucosa, facilitan la educación y autocuidado de la salud (NOM-015 SSA, 2010). En el manejo de la diabetes tipo 2 si no existe

contraindicación y es bien tolerado, la metformina es el tratamiento de elección inicial, como monoterapia, si no se logra alcanzar las cifras recomendadas se continúa con el mismo manejo y se agrega un segundo medicamento (ADA, 2013). Las personas con prediabetes o diabetes deben recibir tratamiento médico nutricional con el fin de alcanzar los objetivos terapéuticos. Para bajar de peso son efectivas las dietas bajas en carbohidratos, bajas en grasas se debe monitorear el perfil lipídico, la función renal y la ingesta de proteínas y ajustar la terapia hipoglucemiante según sea necesario (López & Ocampo, 2007). En los individuos en riesgo elevado de diabetes tipo 2 se recomiendan los programas estructurados que hacen hincapié en los cambios del estilo de vida y que incluyen la pérdida moderada del peso corporal (7%) y la actividad física (150 min/semana) (NOM-015-SSA2, 2010); además de las dietas hipocalóricas e hipograsas, y consumo de fibra. No se recomiendan la ingesta de antioxidantes debido a la falta de pruebas de las ventajas de las vitaminas C, E y la A en estos casos (Cruz, Licea, Hernández, Yanes & Salvato, 2012).

La eficacia del autocontrol y la calidad de vida son los resultados clave y deben ser medidos y controlados como parte de la atención médica. A todos los pacientes se les debe proporcionar educación general, cuidados y revisión de los pies, así como recomendaciones acerca del uso de calzado para diabéticos (Chincoya, Gil, Alvarado, Cerdán & Jimenez, 2011). La atención debe estar en sintonía con los componentes del modelo de atención crónica para asegurar la interacción productiva entre un equipo proactivo, práctico, preparado e informado; con la participación de la familia (Mendoza, *et al.*, 2009) y de la comunidad como parte de una herramienta para satisfacer las necesidades del paciente, obtener como resultado un mejor manejo y pronóstico en el mismo, y así prevenir las complicaciones.

En México, el tratamiento integral requerido para casos con diabetes está establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 (Diario Oficial de la Federación, 2010), en la que se definen:

Los procedimientos y acciones para la prevención, tratamiento y control de la prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 y tipo 1, tendientes a disminuir la incidencia de esta enfermedad, y para establecer programas de atención médica idóneos, a fin de lograr un control efectivo del padecimiento y reducir sus complicaciones y su mortalidad.

En donde "el médico en colaboración con el equipo de salud, tiene bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente". La parte introductoria de dicha NOM-015-SSA2-2010, destaca la relevancia de la diabetes en la salud pública y hace referencia a algunas deficiencias en la atención que se brinda al paciente con esta enfermedad, tales como: insuficiente abasto de medicamentos, inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, nula promoción de la actividad física y limitaciones de los servicios de apoyo psicológico y nutricional, entre otras. Al mismo tiempo se reconoce que la inclusión de otros profesionales de la salud, entre los cuales se incluye al psicólogo, es de gran importancia en la prevención.

La NOM-015-SSA2-2010 reconoce las limitaciones en la atención psicológica, mismas que se reflejan en las guías que orientan las acciones sanitarias para la atención del paciente adulto. En la Guía de Práctica Clínica "Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2,

en adultos en el primer nivel de atención" (GPC: SS-093-08, Secretaría de Salud, 2013), se menciona a diversos profesionales de la salud como los encargados del tratamiento, quienes están encabezados por el médico, seguido por internista, endocrinólogo, odontólogos, enfermera general y especializada, nutricionista dietista, trabajador social, pero no mencionan de manera específica al psicólogo dentro del personal de salud, ni tampoco ninguna intervención al respecto. Por su parte, aun que la guía denominada "Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2" (Gil, Sil, Domínguez, Torres & Medina, 2013), no menciona de manera particular al psicólogo, sí contempla dentro del tratamiento no farmacológico, el involucramiento de la red de apoyo social y recomienda utilizar técnicas cognitivo-conductuales pues indica que favorecen la disminución de peso y el control glucémico; ante la ausencia del personal de psicología es de suponerse que estas técnicas las tendrán que practicar otros profesionales de la salud, o en el peor de los casos no se llevarán a cabo.

Las únicas referencias a los aspectos psicológicos en adultos, se encuentran en la Guía de práctica clínica, versión 2008 (Secretaría de Salud, 2008), donde se indica que en las intervenciones de promoción de tipo educativo se han reportado resultados inconsistentes sobre los efectos en la calidad de vida y elementos psicológicos; en tanto que en la prevención secundaria (detección) señala que deberían indagarse los problemas familiares y personales que podría afectar el éxito del tratamiento; sin embargo, estos elementos no aparecen en la versión actualizada de la guía citada. Como se aprecia, se dejan de lado aspectos psicosociales de relevancia como ansiedad, depresión y afrontamiento de la enfermedad, lo que se refleja en la atención incompleta que recibe el paciente en el sector salud. Caso contrario ocurre en la Guía de práctica clínica "Diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 1 en el niño y el adolescente en el segundo y tercer nivel de atención" (GPC: SSA-302-10, Secretaría de Salud, 2010), en donde existe un apartado exclusivo para el apoyo psicológico, donde se reconoce que los menores con diabetes son más propensos a presentar problemas emocionales y de comportamiento, y pueden desarrollar ansiedad o depresión, por lo que requieren atención del personal de salud mental; aunque habría que verificar en la práctica si en realidad se ofrece este tipo de apoyo. Si bien los autores reconocen las diferencias entre la diabetes tipo 1 y tipo 2 y el cuidado sensible que merecen los menores, creen que también los adultos requieren este tipo de atención desde el primer nivel de atención.

En este sentido sería necesario cuestionar ¿por qué en las personas adultas el apoyo psicoterapéutico no se considera como tratamiento de primera opción paralelo al tratamiento farmacológico y no farmacológico? parece éste queda relegado hasta que el paciente no responda al tratamiento o presente sintomatología psicológica o psiquiátrica; de ser así se puede dejar pasar un periodo clave, porque la crisis que ocurre en el paciente cuando recibe la noticia, es un momento crucial para atender su estado anímico y orientar el proceso de afrontamiento.

Aquí se considera que es razonable incluir la evaluación psicológica y de la situación social del paciente como una parte integral del tratamiento médico de la diabetes. La detección y seguimiento de los problemas psicosociales pueden incluir las actitudes acerca de la enfermedad, las expectativas acerca del tratamiento médico, el efecto, y el humor, la calidad de vida en general y la relacionada con la

diabetes, los recursos (financieros, sociales y emocionales) y los antecedentes psiquiátricos. Sin embargo, los resultados aún no son los esperados, por lo que se tiene que seguir trabajando en mejorar las intervenciones que contrarresten este problema de salud pública.

El psicólogo es un profesional de la salud que debería estar inserto en el sector salud para formar parte del equipo multidisciplinario, no sólo para ofrecer el servicio clínico externo a los pacientes con graves alteraciones en el comportamiento. Sin embargo, resulta desafortunado que dentro del sector salud todavía no se integre a este especialista como parte del equipo de tratamiento primario, a pesar de que fue una propuesta reiterada por las autoridades en el Programa de Acción Específico: Diabetes Mellitus 2007-2012 por parte de la Secretaría de Salud (2008); además algunos médicos no hacen la referencia pertinente al servicio de psicología, en caso de contar con dicho servicio en sus clínicas y hospitales. A lo que se agrega la falta de conocimiento, el estigma y la falta de recursos de parte del paciente, que al sumarse, dificultan el acceso al servicio psicológico (Jiménez & Dávila, 2007). En consecuencia, se requiere del trabajo arduo por parte del psicólogo y el sector salud para incorporar la perspectiva psicológica desde las evaluaciones iniciales hasta las acciones de promoción, prevención y tratamiento integral dirigidas a la comunidad en general y el paciente con diabetes en particular.

La literatura señala que el psicólogo puede prestar atención en aspectos tales como: aceptación del diagnóstico, estilo de vida saludables, identificación y manejo de conductas de riesgo, apego al tratamiento, y tratamiento de trastornos mentales (Jiménez & Dávila, 2007). De manera particular, autores como Steed, Cooke y Newman (2003) señalan tres tipos de intervenciones que se realizan con las personas que padecen diabetes: en primer lugar, las que se dirigen a incrementar el conocimiento que tienen sobre la enfermedad; en segundo término, aquellas que se concentran en el autocuidado o automanejo de la diabetes y por último, intervenciones clínicas psicológicas, individuales o grupales, sobre problemáticas psicológicas como la ansiedad y la depresión.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA DIABETES MELLITUS

La presencia de una enfermedad crónica degenerativa como la diabetes coloca al paciente ante una situación de vulnerabilidad, debido a la pérdida de uno de los aspectos más valiosos de su vida: la salud. Dicha enfermedad provocará un impacto en la integridad de la persona al afectar su identidad, autoestima, emociones, estado de ánimo, relaciones interpersonales, etc.; elementos que requieren ser atendidos para avanzar en la comprensión y aceptación de la enfermedad y con ello estar en condiciones de comprometerse con su tratamiento. La magnitud del impacto dependerá de diversos factores tales como la manera en que lo comunique el médico, la intensidad de los síntomas y las habilidades de afrontamiento que ha desarrollado la persona a lo largo de su vida.

En este sentido, la opinión que tienen los pacientes con respecto a la manera en que les dan el diagnóstico difiere de unos a otros; existe la tendencia a percibir que

el médico no es cuidadoso y la información que ofrece es escasa; por fortuna algunos pacientes indican que aquél si les ha brindado una explicación comprensiva para que logren aceptar su enfermedad y aprendan a cuidarse; lo cual resulta importante porque si el impacto del diagnóstico no se supera de manera adecuada el paciente podría permanecer en un estado de choque emocional rebasado por sus emociones, lo cual agrava las repercusiones físicas o bien hace que se instale en la negación al pretender que nada le sucede, que sus síntomas son leves y pasajeros por lo que no requiere cuidarse y puede continuar con su vida con estilos poco saludables empujando su pronóstico (Malacara, 2008). Por lo tanto, desde el inicio es conveniente brindar una orientación adecuada y sensible que promueva en el paciente una adaptación gradual para comenzar su proceso de aprendizaje y autocuidado. En esta nueva etapa el paciente tendrá que adaptarse a cambios como la pérdida de control físico, malestar, cambio de apariencia, altibajos emocionales, re-estructuración de sus actividades y sus relaciones interpersonales; este proceso de aprendizaje y cuidado personal se vuelve permanente y puede variar de intensidad de acuerdo a la presencia de periodos asintomáticos y crisis glucémicas.

Dentro de este proceso complejo salud-enfermedad destacan las afectaciones psicológicas como un elemento a considerar. En el caso de la diabetes mellitus el estrés aparece como un elemento frecuente en los pacientes, ya que la presencia misma de la enfermedad crónica se convierte en un factor estresante para los pacientes y su familias; éstos sufren el estrés psicológico y "el estrés metabólico dado por la hiperglucemia, y la acumulación de glucosilación avanzada, y especies reactivas de oxígeno, entre otros fenómenos adversos...despertando mecanismos de defensa endócrinos, inmunológicos e inflamatorios" (Malacara, 2008, p. 104). Además, de referir una clara relación entre el estrés y la descompensación de sus niveles de glucosa, indican que el hecho de vivir situaciones estresantes durante el día (enojos, sustos, preocupaciones, disgustos) hace que pierdan el control y la sintomatología de la diabetes se exacerba, lo cual les provoca aún más estrés.

Otro factor estresante es el tratamiento que les exige el monitoreo constante de la glucosa, el consumo permanente de una dieta saludable, la práctica frecuente de actividad física y la toma de medicamentos; dichos aspectos de por sí ya difíciles de cumplir desde la perspectiva de los pacientes, se vuelven contrarios a los usos y costumbres de la sociedad actual, tendiente a una alimentación cada vez menos nutritiva y una vida sedentaria. De tal manera que los pacientes con diabetes se estresan-aún más porque tienen que ir a contracorriente para elegir y construir un estilo de vida saludable en un contexto obesogénico, que hace referencia a las influencias del entorno, las oportunidades y, o circunstancias de vida, o ambas, que promueven la obesidad dentro de la sociedad (Swinburn, Egger & Raza, 1999); un entorno donde las personas están rodeadas de grandes cantidades de comida poco saludable, con promoción comercial al por mayor que facilita no sólo la obesidad, sino las enfermedades crónicas no trasmisibles desde edades tempranas (Muñoz, Córdova & Boldo, 2012).

Por otra parte, uno de los aspectos más relevantes es la calidad de vida debido al grado de afectación que sufre ante las enfermedades crónicas (Riveros, Castro & Lara, 2009). Es un constructo complejo que incluye la evaluación de diversos aspectos que hablan del funcionamiento, bienestar y satisfacción con la vida del individuo

(Ardila, 2003). Desde el ámbito de la salud, la calidad de vida se refiere a la evaluación de la salud, el grado de funcionamiento y el bienestar alcanzado; la persona realiza dicha evaluación al tomar en cuenta diversos dominios de su vida (estado físico y psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales) que impactan sobre su salud (Rivera, Montero & Sandoval, 2012; Urzúa & Caqueo, 2012).

La diabetes mellitus afecta de manera importante la calidad de vida del paciente. La sintomatología (mareo, temblor, cansancio, etc.) y las actividades de autocuidado (tiempo en la preparación de alimento, horarios de consumo, tipos de alimentos, periodos de actividad física, entre otros), se hacen presentes durante todo el día e interfieren en las actividades cotidianas de las personas afectadas y sus familias. En este sentido, las investigaciones señalan que los individuos con diabetes mellitus presentan peor calidad de vida, aunque ello también depende de otros factores como el apoyo social, la percepción de autoeficacia y la ausencia de otras enfermedades físicas y mentales (Jiménez & Dávila, 2007). Al respecto, Mesa y Cárdenas (2008) evaluaron la calidad de vida de pacientes con diabetes y contemplaron la satisfacción con el tratamiento, impacto de la enfermedad y preocupación social; encontraron que la calidad de vida de los pacientes se encontraba en los niveles regulares y bajos, lo cual se relaciona sobre todo con las complicaciones de la enfermedad y tener que llevar el tratamiento farmacológico. Al evaluar cuáles eran los aspectos de la calidad de vida más afectados en este tipo de pacientes, algunas investigaciones señalan que se encuentra mayor deterioro en las actividades físicas y menor impacto de la enfermedad en la salud mental; asimismo, refieren que los pacientes señalan dificultades para realizar sus actividades físicas y laborales, debido al agotamiento, la sintomatología de la diabetes y las complicaciones que conlleva (Moreno *et al.*, 2008; Niño *et al.*, 2008).

Por su parte, Arcega, Lara y Ponce (2005), evaluaron la relación entre factores clínicos (tipo de diabetes, duración de la enfermedad, complicaciones, control metabólico) y aspectos psicosociales (conocimiento de la enfermedad, apego al tratamiento, estilo de afrontamiento, actitud negativa hacia la enfermedad, soporte social y nivel socioeconómico) asociados a la calidad de vida de pacientes diabéticos (mujeres y hombres). Encontraron que las mujeres presentaban menor calidad de vida y que el elemento más relevante era el impacto emocional e indicaron que a mayor impacto de la enfermedad (sentimientos negativos hacia la enfermedad y el tratamiento, culpabilidad, miedo, preocupación, enojo, depresión), menor calidad de vida; destaca, así, la percepción cualitativa y la experiencia que tienen los pacientes sobre el padecimiento que les afecta. No obstante, sería conveniente ofrecer mayor soporte psicométrico en algunos de sus instrumentos.

Como se aprecia, la enfermedad influye en la calidad de vida de manera general y es posible identificar algunos aspectos más afectados como son: la percepción de su salud física y el impacto emocional, los cuales dificultan la realización de sus actividades físicas y laborales, así como el apego al tratamiento, que les impide llevar una vida cotidiana plena; lo cual genera malestar, insatisfacción, frustración e incluso alteraciones psicopatológicas, elementos que deberán ser atendidos por el equipo multidisciplinario, donde se incluyen a los profesionales de la salud mental como el psiquiatra y el psicólogo.

La presencia de diabetes mellitus puede devenir en alteraciones psicológicas que afecten la salud mental del paciente, entre las que destacan la ansiedad, la depresión y los trastornos alimentarios. Algunos autores han reportado que los pacientes con diabetes presentan mayor patología psiquiátrica que quienes no los tienen (Carcavilla, 2009).

Dentro de las afectaciones psicopatológicas que padecen estos pacientes destaca la depresión por su frecuencia y la discapacidad social y laboral que acarrea, la cual es otra enfermedad que se caracteriza por la disminución del estado de ánimo, expresados como sentimientos de tristeza y vacío, pérdida de interés y placer en sus actividades, cambios en el peso, alteraciones del sueño, fatiga, afectación cognitiva; el DSM-IV-TR (APA, 2000) señala que estos síntomas deberán presentarse durante 5 semanas para ser considerado un episodio depresivo mayor; en cambio, cuando la sintomatología esta atenuada, es decir que las características depresivas son leves y se presentan de manera crónica (dos años o más), se está ante un trastorno denominado distimia (Heinze, 2011).

Los pacientes con diabetes tienen 2 veces mayor probabilidad de presentar depresión. Se calcula que el porcentaje de individuos que presenta depresión oscila entre 18 y 40% y es mayor en mujeres que en hombres (Anderson *et al.*, 2000, citado en Jiménez & Dávila 2007). La depresión puede devenir ante la pérdida de la salud, de tal forma la enfermedad crónica actúa como un elemento estresante que rebasa al individuo, genera emociones encontradas y un estado de ánimo disminuido que le resulta difícil de superar. Asimismo, se encuentra una vinculación biológica entre la diabetes y los síntomas depresivos, Castillo, Barrera, Pérez y Álvarez (2010) señalan que las alteraciones neurobiológicas (presentadas en los neurotransmisores, aumento de cortisol, etc.), ayudan a explicar la relación entre la diabetes y la depresión.

Otro de los elementos de la salud mental que se afecta ante la presencia de la diabetes mellitus es la ansiedad, éste es un sistema de alarma biológica que prepara al individuo para la acción pero se vuelve mal adaptativa cuando la señal es persistente y no sirve para alertar sobre algo útil; se manifiesta en angustia, estrés, fobias u obsesiones que en conjunto superan la prevalencia de la depresión en la población general (Chávez-León, 2011). En relación con la diabetes, la activación de la ansiedad a nivel fisiológico aumenta los niveles de glucosa en sangre. En los pacientes diabéticos se muestra que la sintomatología ansiosa se relaciona con menor control glucémico y mayores complicaciones médicas (Pascalides *et al.*, 2004).

De manera particular, los estudios con pacientes diabéticos en México señalan una clara asociación entre los síntomas depresivos y esta enfermedad; además indican que estos individuos tienden a presentar graves niveles de estrés psicológico. Al respecto, Higareda, Romero & del Castillo (2012) señalan que los principales estresores están relacionados en orden jerárquico de mayor a menor con la familia, el dinero y, la propia diabetes. En contraparte, se señala que el apoyo social y cohesión del vecindario se asocian en forma positiva con la autorregulación del paciente.

La presencia de la ansiedad y la depresión en estos casos muestran que estas personas suelen ver afectada su salud física y mental, lo cual coloca al paciente en desventaja ya que dichos periodos disminuyen su motivación y capacidad para poner en marcha las actividades de autocuidado que, en consecuencia, provocan un descuido en el manejo de su control glucémico. Asimismo, la comorbilidad entre

la diabetes y los trastornos mentales influye de manera importante en la calidad de vida de los afectados, a pesar de ello lo común es que los casos que presentan alteraciones psicológicas no cuenten con un diagnóstico ni psiquiátrico ni psicológico, lo que coincide con la población general en donde se calcula que 50% de las personas que sufren depresión no hayan sido diagnosticadas y por lo tanto, no reciban tratamiento (Heinze, 2011). En México, resulta desafortunado que si bien el médico de primera instancia tiene la responsabilidad de atender la salud integral del paciente, parece que olvida la atención de la salud mental y sólo se centra en las enfermedades físicas, por lo que el derecho a una atención sanitaria integral es inexistente. En este sentido, sería recomendable que el personal de salud de primera instancia explorara durante la historia clínica las afectaciones emocionales y conductuales así como los síntomas de trastornos mentales, lo que le permitiría hacer la referencia adecuada a los servicios de salud mental en los casos que se amerite.

Una vez que el paciente ha sido diagnosticado con algún trastorno psíquico se procede al tratamiento que puede combinar elementos farmacológicos (ansiolíticos y antidepresivos) y no farmacológicos (psicoterapia), combinación que ha resultado positiva (Williams *et al.*, 2004), siempre y cuando se cuide la posible interacción entre los medicamentos para la diabetes y los psicofármacos.

Dentro de los elementos psicológicos positivos se encuentra el apoyo social, por ello es importante valorar el estado de las redes sociales y familiares, el impacto de la enfermedad y los ajustes necesarios ante la presencia de la diabetes. De manera particular, el paciente y su familia habrán de adaptarse de manera gradual al padecimiento ya que con frecuencia se experimenta: preocupación, tristeza, culpa, vergüenza, depresión y ansiedad en ambas partes. Ante la recepción del diagnóstico, las familias tienden a aglutinarse hacia el enfermo; aunque en otros casos existen posturas ambivalentes, ya que mientras algunos familiares se acercan y proveen cuidado, otros se alejan sin participar en el acompañamiento y cuidado del enfermo e incluso, cuando la enfermedad avanza hacia la fase terminal, se delega la responsabilidad del cuidado a un solo familiar denominado: cuidador primario.

En este sentido, se considera que "la familia es un recurso de apoyo para la persona diabética en diferentes etapas de su desarrollo, por lo que su adecuada participación puede facilitar el trabajo clínico y favorecer la salud y calidad de vida del paciente" (Vázquez, 2003, p. 203) sobretodo en culturas donde la familia cohabita con el paciente y establece los vínculos socio-afectivos más importantes en su vida, como es el caso de los países latinoamericanos. Se debe tener cuidado en que el apoyo familiar y social sean oportunos de acuerdo a los actores implicados, porque se puede caer en la sobreprotección y el dominio sobre el paciente que será contraproducente en el manejo integral de la enfermedad.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Existen algunas revisiones de intervenciones psicosociales y conductuales en pacientes con diabetes mellitus en las cuales se ha evaluado la efectividad de algunos estudios al añadir un componente psicológico a los programas educativos de diabetes y encontrado resultados favorables; al respecto, Steed, Cooke y Newman (2003)

observaron que las intervenciones psicológicas tienen mayor efecto sobre la depresión, en tanto que las de automanejo inciden de manera positiva sobre la calidad de vida. Por su parte, Norris, Engelgau y Narayan (2001) revisaron los resultados de programas de entrenamiento en automanejo y encontraron resultados positivos en conocimiento, destrezas y control glucémico; sin embargo, el conocimiento no se relacionó con éste último ni con las prácticas de automonitoreo. También encontraron que las intervenciones regulares son más efectivas que aquéllas de una sola ocasión o de corto plazo. Las que son interactivas, es decir, donde el paciente tiene la posibilidad de participar y colaborar de manera activa, producen mejores resultados que las intervenciones de corte educativo.

En México, Riveros, Cortazar, Alcazar y Sánchez (2005) realizaron un programa de intervención individual desde un enfoque cognitivo-conductual con pacientes diabéticos e hipertensos; al comparar los datos de la preevaluación con los de la postevaluación después de 16 sesiones de trabajo, encontraron mejoría en calidad de vida, ansiedad, depresión, afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar; así como en el nivel de glucosa y tensión arterial. Los estudios sobre intervención suelen trabajar con grupos pequeños de 8 a 15 pacientes, en un promedio de 12 sesiones psicoeducativas y cognitivo-conductuales. En cuanto a los contenidos abordados se encuentran: diabetes, autocuidado, manejo de estrés y emociones, solución de problemas, apoyo social, relaciones interpersonales y asertividad, entre otros. Los programas son evaluados de forma bio-psico-social, entre las principales variables biológicas se reportan: hemoglobina glucosilada, colesterol, triglicéridos, presión arterial, índice de masa corporal y circunferencia de cintura; entre las variables psicosociales destacan: calidad de vida, estrés, depresión, ansiedad, malestar emocional, apoyo social y resiliencia. Los resultados tienen una clara tendencia positiva, algunos estudios alcanzan cambios en los marcadores biológicos, así como en el estado de ánimo (Sierra, 2012; Morales, Guzmán & del Castillo, 2012); aunque otros reconocen que los cambios no son suficientes para alcanzar los parámetros normales e inclusive algunos no logran incidir sobre los niveles metabólicos. Asimismo, se reporta mejoría en variables psicosociales como disminución del estrés y malestar emocional.

Lo expuesto reafirma que las intervenciones con personas que padecen diabetes se ven beneficiadas con la inclusión de componentes psicosociales; por ello es importante evaluar tanto variables biológicas, psicológicas y sociales, e incluir así, elementos como el control glucémico, calidad de vida, bienestar emocional, relaciones interpersonales, etc. A partir de una evaluación pertinente se podrán diseñar programas de intervención psicoeducativos más apegados a las características y necesidades de los pacientes, con lo que se espera obtener mejores resultados, por ello a continuación se presenta una experiencia de evaluación psicológica para complementar un programa educativo sobre diabetes.

MÓDULO DE ATENCIÓN DE SALUD UNIVERSITARIA: UNA EXPERIENCIA SOBRE LA DIABETES

Contexto del estudio

El programa psico-educativo al que se alude en el presente trabajo se realizó en el municipio de Zumpango, Estado de México, en específico en el barrio de San Juan, ubicado en la zona centro del municipio; se utilizaron las instalaciones del Centro Universitario de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM Zumpango) con la participación de profesores, pasantes y estudiantes de servicio social de las licenciaturas en Enfermería y Psicología.

El municipio de Zumpango se encuentra ubicado en la región nororiental del Valle Cuautitlán-Texcoco del Estado de México que se caracteriza por una zona dinámica y compleja, expuesta a las tendencias de la globalización, donde las comunidades resienten la expansión de las zonas conurbadas de la Ciudad de México. Las características sociodemográficas que prevalecen en la región son: el número de habitantes de 1990 a 2010 pasó de 170 529 a 331 857, lo que representó una tasa de crecimiento intercensal de 3.34 en dicho periodo. El grupo de edad más numeroso de población lo conformó el de 15 a 64 años, es decir las personas en edad productiva, mismas que también demandan empleo, vivienda y educación en esta región; se registran porcentajes de población en pobreza alimentaria, de capacidades y de patrimonio menores a los estatales. Es relevante mencionar que si se considera el ingreso como indicador de las condiciones de vida de la población, en la Región XVI Zumpango los municipios de Jaltenco y Nextlalpan registran los mejores niveles. Ello debido a que la calidad de los empleos en ambos ayuntamientos es mejor que en el resto de la Región XVI, lo cual eleva los ingresos en estas zonas. En la actualidad la participación de la mujer en el sector laboral es cada vez mayor, aun- que todavía es menor que lo observado a nivel estatal. En cuanto a los servicios de salud de este municipio, se cuenta con una jurisdicción, 8 centros salud, 1 hospital de segundo nivel, 1 hospital de alta especialidad del ISEM, 1 clínica ISEMYN, IMSS e ISSSTE y 2 hospitales privados (Gobierno del Estado de México, 2012).

Hace algunos decenios, Zumpango era considerado un municipio tradicional dedicado a actividades agropecuarias, escasa industria e incipiente desarrollo urbano, en cuyo contexto se formaron y vivieron los pobladores de mayor edad (50 años o más), habitantes de los barrios tradicionales, quienes se ostentan como originarios del lugar con usos y costumbres patriarcales, redes de apoyo arraigados (parentesco, amistad, vecindad, compadrazgo), apego a las fiestas religiosas y para quienes la familia adquiere particular importancia (Sánchez, 2013). Este tipo de pobladores mayores son quienes integran el grupo de personas con diabetes que participaron en el presente estudio. Hoy día, Zumpango es considerado un municipio en transición que ha pasado de ser en gran parte rural y agropecuario a una zona de rápido y desequilibrado crecimiento urbano, dedicado en primer lugar a actividades terciarias (comercio y servicio), seguidas de las manufactureras y por último las agropecuarias. Estos cambios han impreso su huella en la comunidad y la vida cotidiana de sus habitantes, a los pobladores originarios se han sumado nuevos habitantes

provenientes sobre todo de la Ciudad de México y su área metropolitana, quienes habitan colonias y fraccionamientos habitacionales periféricos al centro del municipio. Los jóvenes son una parte importante de la población presentan una distancia generacional con los adultos mayores; esta situación, si bien es natural, se agudiza dentro de una comunidad sometida ahora a las exigencias de la modernización. Los nuevos colonos incorporados a la comunidad, ya sea por su juventud o por su reciente llegada, presentan menor arraigo a las tradiciones y a las redes de apoyo social (Sánchez, 2013); aunado a que los pobladores de estas comunidades demandan de manera acelerada servicios educativos y de salud que a veces resultan insuficientes para ofrecer un servicio de calidad.

En dicho contexto, desde el Centro Universitario, UAEM Zumpango, la licenciatura en Enfermería diseñó e implementó un programa de intervención educativa denominado Módulo de atención de salud universitario, que consiste en atender a individuos con diabetes mellitus tipo 2, un día a la semana, durante 2 h, en donde se lleva a cabo el control de glucosa capilar, presión arterial, triglicéridos y colesterol; para ello, se cuenta con el apoyo de egresados de Enfermería y de un profesor de educación física, quien se encarga de motivar y vigilar la activación física de estos pacientes. La intervención educativa se centra en orientarlos hacia el autocuidado mediante siete comportamientos saludables: alimentación balanceada, actividad física, monitoreo de glucosa, toma de sus medicamentos, resolver problemas, reducir riesgos, actitud positiva, los cuales son recomendados por la Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AAED, 2009); sin embargo, los aspectos psicológicos no se habían trabajado de manera específica. Al reconocer que los aspectos psicosociales son relevantes y que las intervenciones psicológicas ofrecen buenos resultados, fue interés de los autores de este texto complementar la parte educativa que ya se realizaba con pacientes diabéticos, en un inicio mediante la detección de necesidades para más adelante incorporar técnicas de tipo psicosocial.

Estudio de detección

Con base en lo anterior, el propósito del presente estudio fue detectar las necesidades psicológicas de pacientes con diabetes mellitus 2 que asisten a un grupo educativo en la mencionada comunidad de Zumpango, Estado de México.

Es importante destacar que con anterioridad el programa no contaba con la participación de personal de psicología, sino sólo del área de enfermería y que la población no estaba acostumbrada a la intervención psicológica e incluso en el contexto de actuación el hecho de asistir al psicólogo aún es un estigma, por ello la incorporación del equipo de psicología y la detección de necesidades tenía que ser cuidadosa y paulatina. Por lo anterior, se decidió iniciar con una aproximación cualitativa que permitiera a la psicóloga familiarizarse con el personal de salud y los pacientes del grupo, a fin de respetar la dinámica establecida a lo largo de tres años de trabajo, así como las actitudes y creencias que tenían sobre la labor del psicólogo; lo cual resultó positivo y redundó en la aceptación de los actores involucrados. En consecuencia, las actividades de recolección de datos y detección de necesidades se realizaron sin contratiempos.

El estudio se enmarcó desde una paradigma interpretativo donde el objeto de estudio, léase las necesidades de los pacientes, son percibidas como únicas y subjetivas; asimismo se retomó el método fenomenológico por considerar es útil para comprender la realidad de las personas como ellas mismas lo viven; en el caso particular de esta intervención era necesario recuperar los significados, vivencias y expectativas que más tarde permitirían diseñar una estrategia adecuada para estos pacientes en particular. Para complementar la parte cualitativa se evaluó su calidad de vida con la intención de identificar las áreas afectadas y los casos individuales que requerían atención psicológica, para este fin se utilizó el inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa), instrumento que evalúa áreas relacionadas con estos conceptos, entre éstas: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica, relación con el médico, bienestar y salud. Está formado por 53 reactivos con seis opciones de respuesta (nunca, casi nunca, pocas veces, con frecuencia, casi siempre, siempre), con datos psicométricos adecuados, coeficiente alfa de Cronbach entre $\alpha=.6831$ y $\alpha=.9337$ (Riveros, Sánchez & del Águila, 2011).

Los participantes oscilaron entre 10 y 12 personas con diabetes mellitus, entre ellos había cerca de 2 hombres y 8 mujeres, cuyas edades fluctuaban entre 45 y 70 años, con nivel socioeconómico bajo y escolaridad indistinta pertenecientes a la comunidad de Zumpango, quienes participan en un grupo educativo sobre el manejo del paciente con diabetes conducido por personal de enfermería: educadoras en diabetes y especialistas en salud pública. El grupo sesiona una vez por semana, se inicia con el control metabólico (medición de glucosa) y a continuación se ofrece una plática sobre algún tema específico de cuidado relacionado con esta enfermedad, en donde los pacientes participan de manera activa y manifiestan sus dudas, comentarios e inclusive consejos sobre cómo cuidan su salud; se concluye con 30 min de actividad física guiada por un profesor de educación física. El grupo ha trabajado durante 3 años con participantes voluntarios, por lo que la asistencia y permanencia es variable.

Asimismo, en el proyecto colaboran un médico general y una enfermera educadora de diabetes, con la intención de considerar las necesidades psicológicas que aprecia el personal de salud en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

El proceso de recolección de datos se inició con la explicación del objetivo de la investigación y la firma del consentimiento informado. Se procedió con dos sesiones de observación participante en donde la investigadora titular fue presentada ante el grupo y procedió a observar el transcurrir de la sesiones y llevar el registro correspondiente. Después se realizaron dos sesiones de grupo focal, la primera comenzó con una técnica de integración: palabras y colores, en la cual los pacientes tenían que elegir hojas de diferentes colores, de acuerdo a una palabra señalada por la facilitadora (p. ej., diabetes, comida, etc.) y expresaban el significado que le daban a dicha palabra y al color. Más adelante se abordaron algunas preguntas del grupo focal como las siguientes: ¿Qué significa para ustedes la diabetes?, ¿cuáles son las consecuencias?, ¿cómo enfrentan su enfermedad?, ¿con qué aspecto del tratamiento tienen mayores dificultades?, ¿qué aspectos psicológicos de su vida se han visto afectados?, ¿si están de acuerdo en que se incluyan elementos psicológicos

en el tratamiento?, y ¿qué necesidades psicológicas desearían que fueran atendidas? Por último se agradeció su participación. En la segunda sesión mediante la técnica de lluvia de ideas se trabajó con palabras clave, donde los participantes indicaban qué significan para ellos algunos términos, algunos de éstos fueron: diabetes, salud, enfermedad, calidad de vida, salud mental, estilos de vida saludable.

En forma posterior se realizó una entrevista semiestructurada con un médico general y se aplicó un cuestionario a una enfermera especialista educadora en diabetes, las preguntas para ambos especialistas versaron sobre los siguientes aspectos: definición y tipos de diabetes, tratamiento, dificultades en el mismo, aspectos psicológicos afectados, participación del psicólogo. El análisis de contenido se realizó a través de taxonomías de primer y segundo orden que permitieron identificar las categorías de análisis.

Resultados

a) Conceptualización de la diabetes

Los pacientes consideran que la diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa que necesita mucho cuidado, control médico y alimentación saludable. El concepto de diabetes lo asocian con el de enfermedad, señalan alteraciones como la hipertensión, tiroides (hacen referencia a hipotiroidismo e hipertiroidismo), desgaste de huesos y como por ejemplo sensación de inseguridad por falta de consistencia ósea, ya que manifiestan que ellos han padecido algunas de estas afectaciones. Existe variabilidad en la perspectiva sobre cómo les afecta este padecimiento, para algunos puede ser “un cambio de vida total” mientras que para otros “es como cualquier otra enfermedad” que requiere muchos cuidados.

El personal de salud (médico y enfermera) es el responsable de ofrecer la definición científica al confirmarles que se trata de una enfermedad crónico-degenerativa caracterizada por hiperglucemia crónica, la cual afecta el metabolismo, cuyas causas son diversas ya sea hereditarias o ambientales; requiere que el paciente aprenda medidas de autocuidado y la participación de equipos multidisciplinarios. Asimismo señalan los tipos de diabetes y destacan a la diabetes mellitus tipo 2 como la más frecuente.

b) Consecuencias

En cuanto a las consecuencias, los pacientes mencionan que la diabetes implica muchas complicaciones, como: alteraciones de la vista, problemas de circulación, hipertensión, infecciones, algunos de ellos comentan sus experiencias cuando aumentan sus niveles de glucosa y presión arterial e indican cómo la sintomatología se acentúa; también refieren afectaciones del pie diabético y los arduos cuidados que necesitan. Cabe señalar que durante las sesiones grupales no hablaron sobre la sexualidad, pero al aplicarles el InCaViSa en forma individual, expresaron sus dificultades sexuales, lo que demuestra que este tema aún es un aspecto reservado, privado, complicado de compartir y, por lo tanto, difícil de trabajar al mantenerse oculto. Uno de los casos masculinos señaló la disfunción eréctil como uno de los aspectos más difíciles de sobrellevar: “Es que no poder, es muy duro, y eso me paso desde el inicio de la enfermedad... hace muchos años”. En tanto que, una

paciente refería: "Pues ganas sí hay, pero ya no tengo con quien y ni modo, así me quedo"; así, ella indicaba que aunque experimentaba deseo sexual como era viuda ya no tenía con quién practicar su sexualidad, sin señalar que ello estuviera asociado con la diabetes que presentaba sino con la viudez.

Por su parte, el médico y la enfermera, explican los tipos de diabetes, y clasifican las consecuencias en micro y macrovasculares; además enlistan las más frecuentes: retinopatía, cardiopatías, problemas renales, pie diabético; de manera insistente resaltan que los pacientes llegan a las complicaciones debido a un tratamiento inadecuado, porque si hubiera un cuidado correcto muchos de estos problemas no se presentarían, como lo indica el médico: "el paciente no muere de la diabetes, muere de las complicaciones de la diabetes".

c) Afrontamiento

Al hablar de la manera en que los pacientes enfrentan la enfermedad, éstos hacen un recuento sobre la manera en cual se han adaptado a ésta. De manera especial, recuerdan el impacto que les generó saber que eran diabéticos, refieren cómo sus emociones se desbordaron, su pensamiento se tornó confuso y pesimista e incluso algunos llegaron hasta la depresión. Otros casos, señalan que no lo podían creer porque al principio no se sentían mal y no podían aceptarlo. Esta negativa es frecuente y parece relacionarse con los síntomas mediante los cuales se dieron cuenta; así, mientras más intensa es la crisis glucémica, menos duda les queda de que padecen la enfermedad; pero cuando la sintomatología es atenuada lo niegan con mayor facilidad porque no lo aprecian en su cuerpo de manera directa, al respecto una paciente señaló: "No lo podía creer porque no me sentía mal, al principio me veía normal...pero ya después pues sí se notó el cambio".

Algunos pacientes superaron de manera gradual este impacto y la negación a lo largo de los primeros meses, pero para otros fue más complicado, por lo que en el mejor de los casos necesitaron ayuda profesional y en el peor dejaron de atenderse por varios años, como lo muestra el siguiente ejemplo: "Es que yo no lo aceptaba ¿verdad?, me lo dijeron hace muchos años y no hice caso, seguí como si nada, pero ya del año pasado que me puse mal pues me tuve que atender". Lo cual indica, que en algunas ocasiones, las primeras estrategias de afrontamiento están centradas en la emoción además de ser de tipo reactivo y evasivo.

Este tipo de casos que niegan la enfermedad y postergan el tratamiento, también son identificados con claridad por el personal de salud: "Otro tipo de paciente es aquel que sabía que podía enfermar pero nunca se cuidó, conocimiento de las complicaciones pero no actúa para protegerse" (enfermera). Existe coincidencia entre los pacientes al mencionar que la manera en que se les da el diagnóstico influye en el impacto y adaptación hacia la enfermedad; si bien hay diversidad, prevalece la opinión de que el médico da el diagnóstico de manera rápida, sin mayores explicaciones y con falta de tacto ("Es que la noticia nos la dan de forma muy dura"); aunque también hay que reconocer que algunos casos señalan que su médico les ha explicado bien desde el inicio acerca de este padecimiento.

Es común que los pacientes poco a poco pasen del estado de choque y avancen hacia el ajuste y la adaptación. Empiezan a seguir su tratamiento médico e intentan apearse a las indicaciones médicas, aunque no siempre les resulta fácil cambiar

sus hábitos. Asimismo, suelen buscar apoyo y otras formas de tratamiento, en particular la medicina naturalista y remedios caseros. De esta manera, se orientan hacia la solución del problema y se vuelven más activos, aunque el pensamiento mágico y religioso sigue presente.

Algunos factores que les ayudaron para enfrentar la enfermedad fueron: antecedentes familiares de diabetes, apoyo social y religioso, como lo muestra una participante: "Si gracias a Dios y a mi familia salgo adelante, sobre todo a Dios, porque si él no quisiera...pues no".

Para algunos participantes, el contar con un familiar con diabetes es de suma ayuda, porque ya conocen la enfermedad asimismo conocen sus síntomas y los cuidados que requieren, una participante indica: "Mi madre vivió muchos años con diabetes y yo la cuidaba, así que eso me ayudó mucho".

Al final señalan que han aprendido a sobrellevar la enfermedad, asisten al médico, se toman el medicamento, comen bien y hacen ejercicio. En este sentido la mayoría de los pacientes coinciden en el reconocimiento de las indicaciones médicas, confían en la voluntad de su deidad y dan importancia al apoyo familiar. Sin embargo, en otros aspectos, como apego a la dieta y la actividad física, existe mucha variabilidad y el cumplimiento del tratamiento no resulta homogéneo. Como se aprecia, al inicio de la enfermedad el estilo de afrontamiento de algunos participantes es evasivo, incluso agresivo. Conforme pasa el tiempo algunas personas avanzan hacia un estilo más activo y propositivo, utilizan estrategias de pensamiento lógico y búsqueda de soluciones e incluso reconocen que cuando llegan al grupo ya están en mejor estado; sin embargo, en otros casos predominan las estrategias emotivas y disfuncionales.

Con respecto al afrontamiento destaca la heterogeneidad de las respuestas, hay quienes señalan que sólo es cosa de aprender a cuidarse; en cambio para otros es bastante difícil, porque aún se encuentran en la fase de negación de la enfermedad, o bien están molestos y rebeldes ante el tratamiento, lo que les impide un manejo adecuado. Es claro que la manera de controlar su estrés y afrontar situaciones problemáticas forma parte de sus aprendizajes de vida, ellos aprendieron a responder así antes de tener diabetes y ahora requieren de un re-aprendizaje. Así, la forma de responder tiene que ver con la historia de vida, los estilos aprendidos, el tiempo de padecer la enfermedad; en consecuencia, se requiere tiempo y orientación para aprender.

d) Tratamiento y sus dificultades

Los pacientes indican que su tratamiento médico, la toma del medicamento, así como las recomendaciones sobre alimentación y actividad física son indispensables. Refieren que la alimentación saludable es lo más difícil de cumplir; señalan algunos alimentos que les agradan y les desagradan, especial se observa la dificultad que tienen las personas que no tenían el hábito de comer verduras y aquellas que acostumbra el consumo de alcohol, al respecto un paciente señaló: "Es que no se puede comer pura verdura, no me lleno; tampoco puedo dejar el refresco" y otros integrantes del grupo le indican: "si se puede, si quieres estar bien si vas a poder". Se aprecia cómo la resistencia y la adherencia al tratamiento es variable entre los pacientes y quienes ya han logrado un mejor manejo tratan de orientar a los que están en momentos de negación y resistencia. Asimismo refieren que ellos se ayu-

dan con todo lo que pueden, como son remedios caseros, tés, jugos; señalan que una de las aportaciones del grupo es escuchar diferentes opiniones y recomendaciones de lo que hacen otras personas

También señalan que no todos hacen el ejercicio recomendado, quienes se encuentran en este caso comentan que no les alcanza el tiempo porque hacen muchas cosas o tienen bastantes obligaciones; así, las mujeres refieren labores domésticas y tener que cuidar a otras personas y los hombres hablan de sus actividades laborales.

Por su parte, los trabajadores de la salud coinciden en señalar que el manejo de la diabetes puede o no ser farmacológico; además, agregan el tratamiento con medicina tradicional y la participación de la familia como coadyuvante en el abordaje. Indican que existe una normatividad general para todos los trabajadores de salud expresada en las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y las Guías de Práctica Clínica (GPC), aunque puede existir diferencia en los procedimientos de acuerdo a las instituciones. Coinciden al señalar que el tratamiento se ve afectado desde la manera en que se da a conocer el diagnóstico al paciente, porque no se hace de manera adecuada:

“Con frecuencia los comentarios o la forma en que le dice uno al paciente el diagnóstico: usted es diabético, no se le va a quitar, no se va a curar [hacen que] el paciente salga con esa idea ¿no? -Me voy a morir. Esa parte yo la comienzo a ver como una satanización de la enfermedad... a final de cuentas es una enfermedad que va a vivir contigo; sí, pero no es un padecimiento que te va a discapacitar” (médico).

Asimismo, al igual que los pacientes, reconocen que la alimentación es el aspecto más difícil de cumplir; al respecto el médico señala que en ello interfieren los hábitos de los individuos pero también la actitud de aquél:

“El médico le dice -No coma esto, No coma esto otro.... -No coma. Entonces llegan los pacientes y te dicen -Doctor, no me estoy muriendo de la enfermedad, me estoy muriendo de la alimentación” Te dice el médico -no tortilla, no galletas, no pan- el paciente va y dice -No pues ya me están prohibiendo todo, no pues sí me voy a morir que sea lleno” (médico).

Otro aspecto que destaca por su importancia, es el uso de la insulina y la actitud que tiene el paciente ante la misma, lo cual impide que éste mejore, al respecto el médico indica: “En algunos casos el mejor tratamiento que se les puede dar es la insulina, pero los pacientes tienen miedo a llegar a eso”.

e) Intervención psicológica

En cuanto al tratamiento psicológico, tanto los pacientes como el personal de salud señalan que el aspecto psicológico es muy poco incluido en su tratamiento. Éstos indican que ellos van al médico pero no al psicólogo (sólo una paciente asistió con uno al inicio de su enfermedad por indicaciones del doctor). En general, carecen de conocimiento y experiencias sobre las funciones de este tipo de profesionales y tienen dificultades para reconocer sus aspectos cognitivos, afectivo-emocionales y sociales, y como compartirlos ante el grupo, tal como ejemplifica el comentario de una participante: “Si, sabemos que necesitamos al psicólogo pero no lo buscamos, no sabemos en qué nos podrían ayudar o cómo expresarlo”. El médico y la enfermera señalan que si bien se reconoce que el tratamiento es

integral y que debería estar incluido el de tipo psicológico, la realidad es que casi no se lleva a cabo, lo que está asociado al interés del médico tratante, su carga de trabajo y el desconocimiento del paciente sobre la atención psicológica. Reafirman que la inclusión del psicólogo sería deseable para complementar el tratamiento y obtener mejores resultados:

El médico sí sabe que el paciente está en una depresión, sí lo reconoce, pero yo creo que el hecho de hacer un envío o hacer una referencia es: ¡uff!, tengo que dar notas, dar tratamiento, hacer una referencia en toda una hoja completita, para que me la valore el psicólogo. Entonces esa parte es la que se deja, a veces por carga de trabajo se hace a un lado y por falta de interés porque también en esta parte el médico no se ve interesado por la área psicológica” (médico).

Por su parte, una enfermera comenta:

Nosotros [las enfermeras] nos hemos percatado de la necesidad pero algunas personas con el problema lo perciben de manera normal; otros consideran necesitarla, pero no piden apoyo o no pueden costear el gasto... no siempre las instituciones de salud y los recursos humanos están presentes frente a las necesidades de la población.

f) Calidad de vida y salud

A pesar de la complejidad de este concepto, en la comunidad existe consenso sobre la importancia de incluir elementos objetivos y subjetivos; y se reconoce que el paciente mismo es el mejor informante sobre su propia satisfacción con la vida, por ello la primera aproximación cualitativa rescató esta percepción subjetiva.

Al analizar el contenido recolectado en los grupos focales, se encontró que los pacientes asocian los conceptos de calidad de vida, salud, salud mental y estilos de vida saludables como aspectos positivos y deseables en su vida. Para ellos la calidad de vida es “estar sano, tener una buena alimentación, no tener problemas; tener armonía familiar y pertenecer al grupo de apoyo”. La salud la asocian en primer lugar con el “medicamento” seguido de “ejercicio, dieta y dormir bien”, lo cual coincide por completo con los estilos de vida saludable, cuyos conceptos asociados fueron: “comer cinco veces al día, realizar ejercicio 30 min. diarios, comer frutas y verduras, tomar el medicamento, chequeo y no comer azúcar”. En cuanto a la salud mental, consideran que se asocia con la aceptación de su realidad, la tranquilidad, el optimismo, ser positivos y tener apoyo psicológico.

En cuanto a la aproximación cuantitativa, se eligió un instrumento que retomara los elementos que con frecuencia se incluyen en la evaluación de la calidad de vida, como son: percepción de salud, interacción social, medio ambiente, servicios públicos, ingresos económicos, entre otros; y que al mismo tiempo tomara en cuenta otros factores específicos como la atención médica y el papel de la familia, que adquieren mayor importancia cuando la persona padece alguna enfermedad. Por ello el InCaVISA fue el instrumento elegido para el presente estudio y los resultados corroboran lo oportuno de considerar estos aspectos en pacientes con diabetes.

Los resultados indican que la mayoría de los individuos percibe un nivel medio en su calidad de vida. Los aspectos positivos de ésta son: la familia, buena rela-

ción con el médico, conservar su desempeño en actividades físicas y contar con redes sociales (cuadro 3-1). En comparación con estudios previos con enfermos crónicos, se encuentra coincidencia en el área de familia, donde se obtiene la mayor puntuación; pero destaca la diferencia en cuanto a la relación con el médico que en el estudio aquí descrito se posiciona como el segundo aspecto de importancia y en relaciones sociales donde los participantes obtuvieron puntuaciones menores; en cambio, en otros estudios la percepción es inversa (Riveros, Castro & Lara, 2009).

Cuadro 3-1. Áreas positivas en la calidad de vida de pacientes diabéticos

Área	Media	DE	Nivel	Contenido
Familia	16.5	3.7	Normal	Positiva a mayor puntuación mayor calidad de vida/agrado, comprensión, apoyo, cuidado
Relación con médico	14.3	4.1	Normal	Positiva a mayor puntuación mayor calidad de vida/agrado, buena relación con el médico
Desempeño físico	13.7	4.5	Normal	Positiva mayor puntuación mayor calidad de vida/ actividades físicas
Redes sociales	9.5	4.9	Alta	Positiva a mayor puntuación mayor calidad de vida/ayuda, apoyo, tener con quien hablar

Estos resultados fueron presentados ante los pacientes para recolectar la retroalimentación, los cuales indicaron que, en efecto, la familia era el aspecto más importante. Con respecto al desempeño físico señalaron que les costaba trabajo realizar algunas actividades como cargar cosas pesadas o a veces se cansaban al subir escaleras, pero que en general todavía podían realizar la mayor parte de sus actividades (hay que recordar que los encuestados eran pacientes en tratamiento, funcionales, que estaban en condiciones de asistir solos al módulo de salud). En cuanto a las redes sociales contaban con el apoyo familiar, y mantenían lazos importantes con la familia extensa, además de formar parte de una comunidad que aún conserva sus tradiciones aunque se ve sometida a las presiones de una sociedad en transición.

Los aspectos negativos en los que obtuvieron las mayores puntuaciones indicando mayor deterioro en su calidad de vida fueron: funciones cognitivas, dependencia médica, preocupación y percepción corporal (cuadro 3-2).

De esta manera, los pacientes señalan que con frecuencia olvidan cosas y nombres o que tienen dificultades para concentrarse, aunque señalan que también se debe a la edad. Como un aspecto limitante se observa la dependencia médica, así como las preocupaciones constantes sobre su estado de salud, enfocadas a los síntomas y las dificultades para cumplir las recomendaciones de alimentación y actividad física, además refieren preocupaciones constantes por problemas familiares y económicos. Asimismo, señalan la afectación en su imagen corporal, ya que en algunos casos la enfermedad ha impactado su constitución física; aunque algunos advierten que también influye la edad que presentan.

Cuadro 3-2. Áreas negativas de la calidad de vida en pacientes diabéticos

Área	Media	DE	Nivel	Contenido
Funciones cognitivas	8.8	5.2	Normal	Negativa a mayor puntuación menor calidad de vida/olvidos, problemas cognitivos
Dependencia médica	8.6	5.6	Normal	Negativa a mayor puntuación menor calidad de vida/dependencia, pasividad, espera todo del médico
Preocupación	6.7	5.8	Normal	Negativa, a mayor puntuación menor calidad de vida/preocupación por la enfermedad
Percepción corporal	5.0	6.6	Normal	Negativa mayor puntuación menor calidad de vida/poco atractivo, peso, pena por el cuerpo
Aislamiento	4.9	3.8	Normal	Negativa, a mayor puntuación menor calidad de vida/sentimientos de vacío y soledad
Vida cotidiana	4.3	6.7	Normal	Negativa a mayor puntuación menor calidad de vida afectaciones y actividades cotidianas
Tiempo libre	4.0	6.0	Normal	Negativa a mayor puntuación menor calidad de vida/ha dejado tiempo y actividades sociales
Actitud ante tratamiento	2.8	2.9	Normal	Negativa a mayor puntuación menor calidad de vida/fastidio, incomodidad, pena

Merece una mención especial la relación médico-paciente, ya que ésta aparece como un aspecto relevante, tanto en los elementos positivos como negativos. En cuanto a la relación con el médico, los pacientes señalan que acuden con éste con agrado, hablan en forma abierta de sus consultas y del trato que él les ofrece; esta opinión podría deberse al contexto sociocultural donde se desenvuelven, porque hay que recordar que en su comunidad prevalece el nivel educativo básico, empleos informales, nivel económico bajo, algunos sujetos son derechohabientes de servicios de salud pública, otros no tienen prestaciones sociales y el programa universitario al que aquí se hace referencia es gratuito y voluntario; todo ello podría influir en que los pacientes percibieran al médico con admiración y valoraran la atención médica como una opción privilegiada a la que sólo una parte de la población tiene acceso, lo que por supuesto tendría que evaluarse de manera objetiva. Aunado a lo anterior, aparece la dependencia médica como un aspecto negativo, que hace referencia a que algunos pacientes esperan demasiado del médico, sobre todo existe sobrevaloración del medicamento como si ello fuera suficiente para controlar la enfermedad. Hay que valorar con cuidado dicho aspecto porque si bien los pacientes ven con agrado la ayuda del experto, también es posible que depositen en él la responsabilidad de su salud, con lo que ellos mismos se colocan en un papel pasivo en espera de que el médico solucione el problema.

Por último, es importante señalar que la aplicación individualizada del InCaVisa permitió identificar a tres participantes con menor calidad de vida y preocupaciones grandes, actitud negativa ante el tratamiento, bajo desempeño físico, deterioro cognitivo, entre otras, quienes tuvieron que ser referidos al servicio de psicología clínica.

NECESIDADES PSICOLÓGICAS

El discurso de los pacientes a lo largo de las sesiones permitió apreciar diferentes aspectos psicosociales afectados e identificar la necesidad de abordar el proceso de afrontamiento ante la enfermedad así como manejo de emociones, en especial el estrés y preocupaciones de índole familiar; asimismo se requiere que la alimentación sea abordada no sólo mediante el programa educativo sino con técnicas interactivas tanto psicológicas como nutricionales de sensibilización, resignificación, demostración y preparación de alimentos; el rubro de activación física deberá continuar de manera permanente. Si bien estos aspectos están asociados a la presencia de la diabetes y, por ello, es necesario trabajarlos, hay que ser cuidadosos de no adjudicarles un efecto causal porque es común que algunos de ellos se hayan presentado a lo largo de la vida del paciente aún sin presentar esta enfermedad.

Al cuestionar a los pacientes sobre los aspectos psicológicos que consideran afectados, éstos señalan que el estrés les afecta, que es claro que el día que se estresan, se enojan o tienen problemas, su azúcar sale de control; dicen que tiene muchas ocupaciones, que tienen que atender o trabajar para otros y entonces no les queda tiempo para cuidarse. Asimismo, el aspecto afectivo-emocional es citado tanto por pacientes como por el personal de salud, con claridad señalan que es importante contar con estabilidad emocional, sentirse bien, tener emociones positivas (alegría, tranquilidad), porque las emociones negativas (ira, tristeza) afectan no sólo su bienestar sino su control metabólico; no siempre les resulta fácil manejar estos afectos negativos, al saber que tienen una enfermedad de la cual ya no se van a curar. Este rubro se relaciona de manera importante con el apoyo familiar y social, el cual es necesario cuidar y fomentar por ser un elemento relevante dentro de su calidad de vida.

Como se aprecia, tanto la participación de los pacientes como del equipo de salud se enfoca sobre todo en el área afectivo-emocional; éstos señalan que es la necesidad más urgente que atender, pero también indican que no se contempla la participación del psicólogo en la formación de hábitos saludables, en particular acerca de ejercicio y alimentación, ni tampoco en el trabajo de capacitación para el personal de salud, el tratamiento familiar y el apoyo y educación a los cuidadores de enfermos crónicos y terminales. Lo anterior muestra que el psicólogo tiene una labor ardua para que su trabajo sea conocido y reconocido en la comunidad.

PROPUESTAS A DESARROLLAR

La detección de necesidades realizada permite reconocer que las personas con diabetes mellitus tipo 2 atraviesan por estados emocionales y procesos complejos de adaptación que ameritan un abordaje psicológico especializado, asimismo a continuación se presentan propuestas de intervención individual y grupal que favorecen el control metabólico y la mejora en la calidad de vida del paciente con diabetes:

- Capacitación psicológica y psiquiátrica para el personal de salud
- Valoración psicológica inicial y cada año, elaborada por psicólogos

- Identificar a los pacientes que requieren terapia individual
- Implementar psicoterapia grupal para aquellos que lo requieran
- Intervención del psicólogo en los grupos de autoayuda y psicoeducativos
- Conformar grupos de apoyo para familiares y cuidadores

El personal de salud reconoce y enfatiza la necesidad de contar con el apoyo psicológico, sin embargo las instituciones de salud carecen de psicólogos suficientes en el primer nivel de atención e inclusive, cuando llegan a contar con el servicio, los médicos pocas veces hacen la referencia para que asista el paciente. Por lo tanto, es necesario considerar, sensibilizar y capacitar al personal docente, pero ello no será suficiente sino que se requiere un sistema de salud sólido y eficiente, con recursos y tiempos acordes a las necesidades sociales y a los contextos específicos, para que los médicos tengan el tiempo adecuado para atender al paciente y colaborar con los otros profesionales de la salud en beneficio de cada caso en particular. Asimismo sería importante revisar e implementar políticas públicas donde se incluyeran a otros actores sociales inmersos en los procesos de transición socio-cultural que construyen las condiciones sociales que favorecen la diabetes, como los medios de comunicación y la industria alimentaria, y ejercer presión sobre factores como la familia y las redes sociales que contribuyen a elevar la calidad de vida.

REFERENCIAS

- American Association of Diabetes Educators (2009). *Diabetes Education Curriculum: Guiding Patients to Successful Self-Management*. EUA: AADE.
- American Diabetes Association (2012). Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 35 (Supp 1). Recuperado de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74250>.
- American Diabetes Association (2013). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 36, 511-566. doi: E.10.23337/dc13-5011.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*, Washington: American Psychiatric Association.
- Arcega, D. A., Lara, M. C. & Ponce, L. S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista de Investigación Clínica*, 57 (5), 676-684.
- Artida, R. (2003). Calidad de vida una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.
- Carcavilla, U. A. (2009). Atención al paciente con diabetes: algo más que insulinas. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 11 (16), 217-238.
- Castillo, Q., Barrera, B. D., Pérez, O. J. M. & Álvarez, C. F. J. (2010). Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurología. *Revista de Neurología*, 51, 347-359.
- Castro, S. A. E. (2008). *Diabetes y política de salud. La experiencia de los actores sociales implicados*. México: UANL, Plaza y Valdés.
- Chávez-León, E. (2011). Trastornos de ansiedad. En J. R. de la Fuente & Heinze (Eds.). *Salud mental y medicina psicológica* (pp. 137-155). México: McGraw-Hill.
- Chincoya, S.H. M., Gil, A. J., Alvarado P. A., Cerdán G. M. & Jiménez P. R. M. (2011). Cuidados de los pies en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una Unidad de Medicina Familiar de Xalapa, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 13 (1), 9-15

- Cruz, H. J., Licea, P. M. E., Hernández, G. P., Yanes, Q. & Salvato, D. A. (2012). Disfunción endotelial y diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23 (2), 166-185.
- Fernández, C. S., Hernández, M. A. M. & Viguri, U. R. (2011). Mortalidad por diabetes mellitus en menores de 15 años, México, 2000-2009. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 68(5), 405-407.
- Gil, V. L. E., Sil, A. M. J., Domínguez, S. E. R., Torres, A. L. P. & Medina, C. J. H. (2013). Guía de la práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51 (1), 104-109.
- Gobierno del Estado de México (2012). *Plan de Desarrollo 2011-2017. Región XVI Zumpango. Programa Regional 2012-2017*. México: COPLADEM.
- Gutiérrez, J. P., Rivera D., J., Shamah, L., T., Villalpando H., S., Franco, A., Cuevas, N. L., Romero, M. M. & Hernández, A. M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, ENSANUT-2012. Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Heinze, G. (2011). Enfermedad depresiva y trastorno bipolar. En: J. R. de la Fuente & Heinze (Eds.), *Salud mental y medicina psicológica* (pp. 124-136). México: McGraw-Hill.
- Higareda, S. J. J., Romero P. A. & del Castillo, A. A. (2012). Estrés y estrategias de afrontamiento y control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio exploratorio. *Revista Mexicana de Psicología*, Memorias XX del Congreso Mexicano de Psicología CMP, número especial, octubre 2012.
- Jiménez, C. M. & Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 126-143.
- López, A. K. H. & Ocampo, B. P. (2007). Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabetes mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 9 (2), 80-86.
- Malacara, H. J. M. (2008). Estrés y calidad de vida en el paciente diabético. En A. Bocanegra, R. I. Acosta, V. Bocanegra, G. H. Flores (Coord.). *Diabetes. Temas relevantes y trabajos de investigación* (pp. 103-119). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas. UAMRA, COTACYT, Comisión de Salud Fronteriza, Plaza y Valdés.
- Medina, G. O. & López, A. O. (2010). Una aproximación a los determinantes sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en México. En M. C. Chapela (Ed.), *En el debate: Diabetes en México* (pp. 29-34). México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
- Mendoza, R. R., Gil, A. I., Sainz, V. L., Soler, H. E., Mendoza, S. H. & Hernández, A. J. (2009). Actitudes y motivaciones del paciente diabético y el personal de salud sobre la diabetes mellitus tipo 2. *Archivos de Medicina Familiar*, 11 (3), 93-99.
- Mesa, G. S. & Cárdenas, V. V. M. (2008). Calidad de vida en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2. En Bocanegra, A. A., Acosta, G. R. I., Bocanegra, G. V. & Flores, G. G. (Coord.). *Diabetes, temas relevantes y trabajos de investigación* (189-190). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas. UAMRA, COTACYT, Comisión de Salud Fronteriza, Plaza y Valdés.
- Morales, T. O., Guzmán, S. R. & del Castillo, A. A. (2012). Estrategias de Afrontamiento y Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Tipo 2. *Revista Mexicana de Psicología*, Memorias XX del congreso de psicología CMP.
- Moreno S. P. E., Vinaccia, S., Escobar, O., Calle, E., Andrade, C., Cano, E. & Fernández, H. (2008). Conducta de enfermedad y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. En: Bocanegra, A. A., Acosta, G. R. I., Bocanegra, G. V. & Flores, G. G. (Coord.). *Diabetes, temas relevantes y trabajos de investigación* (221-224). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas. UAMRA, COTACYT, Comisión de Salud Fronteriza, Plaza y Valdés.
- Muñoz, C. J. M., Cordova, H. J. A. & Boldo, L. X. M. (2012). Ambiente obesogénico y biomarcadores anómalos en escolares de Tabasco, México. *Salud en Tabasco*, 18 (3), 87-95.
- Niño, R. M., Acosta, G. R. I., Bocanegra, A. A., Zúñiga, M., Pizaak, V. & Mier, N. (2008). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital General de Reynosa,

- Tamaulipas. En: Bocanegra, A. A., Acosta, G. R. I., Bocanegra, G. V. & Flores, G. G. (Coord.). *Diabetes, temas relevantes y trabajos de investigación* (191-194). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas. UAMRA, COTACYT, Comisión de Salud Fronteriza, Plaza y Valdés.
- Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2010). Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, 1-41.
- Norris, S. L., Engelgau, M. M. & Narayan, K. M. V. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 24 (3), 561-587.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Diabetes*. Nota descriptiva, número 312, septiembre 2012. Recuperado de <http://www.oms.org>
- Organización Mundial de la Salud (Noviembre 2012). *Datos y cifras. 10 datos sobre la diabetes*. Recuperado de <http://www.oms.org>
- Paschallides, C., Wearden, A. J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R. & Dickens, C. M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 557-564.
- Pérez, E. & Ubaldo, V. (2008). *Guía para el paciente y el educador en Diabetes Mellitus*. México.
- Rivera, L. A., Montero, L. M. M. & Sandoval, A. R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*, 35, 329-337.
- Rivero, A., Castro, C. G. & Lara, T. H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (2), 291-304.
- Riveros, A., Cortazar, P. J., Alcazar, F. & Sanchez, S. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 445-462.
- Riveros, R. A., Sánchez, S. J. J. & del Águila, M. (2011). *Inventario de Calidad de Vida y Salud*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Sánchez, A. A. (2013). Actores locales y desarrollo de la región de Zumpango. En G. Alejandre, J. Pineda, & Y. Hernández (Coord.). *Región y desarrollo territorial. México entre lo urbano y lo rural* (pp. 53-108). México: UAEM.
- Secretaría de Salud (2008). *Guía de Práctica Clínica: SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de diabetes mellitus tipo 2, en adultos en el primer nivel de atención*. Evidencias y Recomendaciones. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2008). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Diabetes mellitus*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2010). *Guía de Práctica Clínica: SSA-302-10. Diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 1 en el niño y el adolescente en el segundo y tercer nivel de atención*. Evidencias y Recomendaciones. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2013). *Guía de Práctica Clínica: SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2, en adultos en el primer nivel de atención*. Evidencias y Recomendaciones. México: Secretaría de Salud.
- Sierra A., M. C. (2012). Efectos de una intervención cognitivo conductual sobre los marcadores biológicos en un paciente con DM2. *Revista Mexicana de Psicología*, Memorias XX del congreso de psicología CMP, número especial, octubre 2012.
- Steed, L., Cooke, D. & Newman, S. (2003). A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 51, 5-15.
- Swinburn, B. A., Egger, G. & Raza, F. (1999). Dissecting obesogen environments: the development and application of framework for identifying and prioritising environment interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 29, 563-570.

- Urzúa, M. A. & Caqueo, U. A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 61-71.
- Vázquez, E. F. (2003). El individuo diabético y su sistema familiar. En J. M. Saucedo & J. M. Maldonado. *La familia: su dinámica y tratamiento*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Williams, J. W., Katon, W., Lin, E. H., Nöel, P. H., Worchel, J., Cornell, J., Harpole, L., Fultz, B. et al. (2004). The Effectiveness of Depression Care Management on Diabetes-Related Outcomes in Older Patients. *Annals of Internal Medicine*, 140 (12), 1015-1024.

Capítulo 4

Propuestas de intervención para padres en el manejo del comportamiento agresivo en niños y adolescentes

Francisco Javier Pedroza Cabrera, San Juana Aguilera Rubalcaba y Kalina Isela Martínez Martínez

Cuando se trabaja con problemas de comportamiento en niños se recomienda con amplitud involucrar a las personas cercanas a éste, tales como padres o maestros, pues estos tienen un efecto determinante en la adquisición, desarrollo y cambio de comportamientos del infante (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro & Barragán, 2002; Ramos, 2009; Robles & Romero, 2011; Pedroza & Ayala, 1999; Waller, Gardner & Hyde, 2013). Una de las conductas problemáticas de los infantes que ha sido bastante abordada es la agresiva, en cualquiera de sus múltiples topografías.

Aun cuando no existe un definición única de la conducta de agresión, una de las más empleadas señala que la agresión humana debe ser entendida como cualquier conducta dirigida hacia otro individuo con la finalidad de causarle daño (Anderson & Bushman, 2002), de tal manera que el sujeto que se comporta de esta manera "cree" que su conducta causará daño, mientras que el individuo al que la dirige debe estar "motivado" para evitarla, bajo el mismo supuesto (Berkowitz, 1993). Por su parte, Hawkins, Pepler y Craig (2001) definieron la agresión como "el infligir heridas, dolor o daño en otra persona a través de los medios físicos, verbales o encubiertos" (p. 516). Así, de manera general, la conducta agresiva implica la emisión de eventos aversivos a otro.

Si bien el infringir daño a otro es un punto distintivo de la agresión, algunos autores han indicado que la función que desempeña puede ir más allá de dicho objetivo, por lo que propusieron distinguir dos tipos de conducta agresiva, la agresión reactiva u hostil, y la proactiva o instrumental (Crick & Dodge, 1996; Berkowitz, 1993; Geen, 1998). La primera de ellas se describe como una conducta defensiva