

**Diseño de una Propuesta de Realización de un Protocolo de Intervención
Psicológica Cognitivo Comportamental que Favorezca la Calidad de Vida y el Manejo
de la Enfermedad en Personas con Diagnóstico de Diabetes**

**Design of a Proposal to Develop a Protocol for Cognitive-Behavioral Psychological
Intervention which Favors Quality of Life and Disease Managment in People
Diagnosed with Diabetes**

María P. Romero Manjarrés

Laura C. Velásquez Gómez

Rosa M. Yabur Holguín

Trabajo de grado presentado para optar por el título de Psicólogos

Directora

Piedad Liliana López Bustamante

Asesor Metodológico

Clara Gärtner G.

Piedad Liliana López B.

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Medellín, 2014

Nota de aceptación

Firma del jurado

Medellín,

Agradecimientos

Agradecemos a la Universidad Pontificia Bolivariana por brindarnos el espacio propicio y óptimo para nuestra formación como futuras profesionales en psicología, contribuyendo de igual manera a un enriquecimiento integral y humano; a nuestra asesora Piedad Liliana López Bustamante por contribuir con su dedicación, profesionalismo y empeño a la consecución de este logro; a nuestros padres por su voto de confianza para con nosotras y por apostar por una educación de alta calidad; infinitas gracias a Dios por labrar de manera inteligente cada camino que recorreremos y por acompañarnos en cada paso que damos.

Tabla de Contenido

Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción.....	8
1. Planteamiento del Problema.....	8
2. Antecedentes.....	10
3. Objetivos.....	28
3.1 Objetivo General.....	28
3.2 Objetivos Específicos.....	28
4. Propósito y Justificación.....	28
5. Marco Teórico.....	31
5.1 Diabetes.....	31
5.2 Tratamiento de la Diabetes.....	34
5.3 Perfil Cognitivo.....	37
5.3.1 Ideas irracionales.....	41
5.3.2 Distorsiones Cognitivas.....	43
5.3.3 Estrategias de afrontamiento.....	44
5.4 Técnicas cognitivo conductuales.....	49
5.5 Emoción.....	53
5.6 Calidad de vida.....	54
5.7 Calidad de vida del paciente Diabético.....	56
6. Metodología.....	59
7. Protocolo.....	60

8. Justificación del Protocolo.....	60
8.1. Actividades.....	63
8.2 Nombre de la Actividad.....	63
8.3 Objetivo.....	63
Referencias.....	66

Resumen

La propuesta de un protocolo de intervención psicológica cognitivo conductual que favorezca la calidad de vida y el manejo de la enfermedad en personas con diagnóstico de diabetes se desarrolló con el fin de favorecer el mejoramiento, adaptación y percepción que estas personas, ya diagnosticadas, tengan frente a la misma, vinculando factores biológicos y psicológicos que permitieron comprender la representación relacional entre salud física-salud mental. El protocolo está basado en el modelo cognitivo conductual, haciendo énfasis en el paradigma del procesamiento de la información y en la triada dinámica pensamiento-emoción-conducta, resaltando la relevancia que dichos componentes tienen en la enfermedad. El método que sustenta dicha propuesta se fundamenta en la aplicación de una serie de actividades centradas en las percepciones, impresiones, ideas, cuestionamientos, formas de afrontar la enfermedad y emociones de estas personas, buscando actuar directamente sobre el factor psicológico, para así ofrecer un tratamiento integral.

Palabras Clave: perfil cognitivo, emoción, ideas irracionales, distorsiones cognitivas, estrategias de afrontamiento.

Abstract

The proposal of a Cognitive-Behavioral psychological intervention protocol which favors the quality of life and the management of the disease for people who are diagnosed with diabetes was developed with the purpose of favoring the improvement, adaptation, and perception that these people, who are already diagnosed, have in regards to the before mentioned, linking biological and psychological factors which allowed the comprehension of the relational representation between physical health and mental health. The protocol is based on the cognitive behavioral model, making emphasis on the information processing paradigm and the dynamic triad thought, emotion, behavior, highlighting the relevance that these components have on the disease. The method that supports this proposal is based on the application of a series of activities focused on the perceptions, impressions, ideas, inquiries, ways of facing and/or coping with the disease and the emotions of these people, looking to act directly on the psychological factor, in order to offer an integral treatment.

Key Word: cognitive profile, emotion, irrational ideas, cognitive distortions, coping mechanisms.

Introducción

El diseño de un propuesta de realización de un protocolo de intervención psicológica cognitivo comportamental buscó favorecer la calidad de vida y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus, que muestran ciertas tendencias comportamentales ligadas a su estilo de pensamiento y procesamiento de la información que afectan intrínsecamente la asimilación del diagnóstico y el desenvolvimiento del individuo frente al mismo. De esta manera se pretende relacionar aspectos orgánicos o fisiológicos junto con la salud mental para que el paciente cuente con herramientas en el afrontamiento de la enfermedad, enfatizando los componentes emocionales, conductuales y de pensamiento que están vinculados a la misma, utilizando el modelo cognitivo comportamental para dar explicación a tales acontecimientos.

Para la consecución de tal fin se realizó un rastreo investigativo de la diabetes mellitus y de protocolos de manejo de esta o de otras enfermedades, con el fin de soportar conceptualmente el trabajo realizado, utilizando de igual manera el abordaje teórico de la psicología cognitivo comportamental y la contribución que puede tener en la enfermedad, para plantear un conjunto de actividades dentro del ámbito psicológico que apuntan explícitamente a una intervención desde lo psíquico pero que logre complementar un tratamiento integral para el paciente.

Planteamiento del problema

A lo largo del tiempo se ha venido estudiando las diversas complicaciones biológicas producto de la diabetes mellitus, intentando proporcionar tratamientos óptimos para contrarrestarla, sin embargo, es necesario darle mayor relevancia a aquellos factores

psicológicos arraigados a la misma, los cuales actúan como precipitantes, perpetuadores y mantenedores de la enfermedad, contribuyendo así a su cronicidad y complejidad.

Tomando como punto de partida estudios e investigaciones realizados con antelación, donde se conoce ampliamente sobre la diabetes en términos de lo médico, se puede señalar que los factores psicológicos relacionados con la enfermedad, dan cuenta de aspectos que a pesar de haberse nombrado, se requiere continuar con un aporte permanente, por el papel fundamental que juegan en el desencadenamiento y curso, repercutiendo en los individuos diagnosticados, especialmente en su calidad de vida y en su forma de afrontamiento.

Se resalta así, la importancia de la relación salud física-salud mental para lograr un manejo y tratamiento interdisciplinar y complementario, que permite pautas y parámetros para estas personas, partiendo del paradigma del procesamiento de la información, donde se establece un triángulo relacional entre los pensamientos, las emociones y la conducta del individuo, a partir de la percepción de su enfermedad, los sentimientos que esta genera y el comportamiento presentado, además de las estrategias o mecanismos que utiliza para enfrentarlos sea de manera funcional o disfuncional; que puedan afectar o favorecer el desarrollo de la misma y por ende modificar su calidad de vida, implementando hábitos y costumbres en el día a día para convivir con su enfermedad.

Es aquí donde resulta pertinente interrogarse frente a ¿cómo proponer un protocolo de intervención psicológica cognitivo comportamental que favorezca la calidad de vida y el manejo de la enfermedad en personas con diagnóstico de diabetes?.

Antecedentes

La propuesta para el diseño de un protocolo de intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, cuenta con una serie de estudios e investigaciones previas, que darán sustento y soporte teórico al marco conceptual de la misma y a las distintas actividades que se proponen.

A continuación se presentan las investigaciones rastreadas:

En una investigación sobre la causa de la depresión y el descenso de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II, se encontró que la causa es probablemente de origen multifactorial, teniendo especial importancia el propio conocimiento del diagnóstico de la enfermedad y los factores de riesgo asociados a esta. La depresión parece ser de origen psicológico y su incidencia está estrechamente relacionada con los niveles bajos de percepción de calidad de vida. A su vez el control glicémico y los daños microvasculares no parecen influir en los síntomas constitutivos de estas dos variables (Arzuaga, Díez, Díaz & Arosa, 2012).

Rondon (2011) realizó un estudio sobre las variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos, donde conceptualiza a la diabetes como una enfermedad cuyo componente biológico juega un rol principal tanto para su incidencia como para su mantenimiento y agudización, teniendo en cuenta que los factores psicológicos y sociales pueden facilitar su curso o detener su avance.

Mediante la realización de un estudio descriptivo experimental de corte correlacional, dirigido a determinar la relación entre las distorsiones cognitivas y la depresión en 110 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I y II, aplicando el inventario de depresión de Beck (1976) y el inventario de evaluación de

pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan (1991); Pereira y Rivero (2011) encontraron que tanto en diabéticos tipo I como en diabéticos tipo II, las distorsiones cognitivas son las mismas, exceptuando la sobregeneralización, el razonamiento emocional, la culpabilidad y la falacia de recompensa divina, presentándose estas con más frecuencia en pacientes con diabetes mellitus tipo I, igualmente no se encontró un mayor nivel de depresión en la población al momento de la investigación. Mediante la correlación de Spearman, se determinó una correlación nula entre las distorsiones cognitivas y las variables depresión.

En una investigación de corte multicéntrico observacional transversal y enfoque cuantitativo, Luongo, Gónzales, García, Milrad, y Ruiz (2011) evaluaron el control glicémico de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en 433 pacientes con edades mayores o iguales a 65 años, seleccionados de forma aleatoria y sistemática, tratados por médicos especializados en la enfermedad, buscando asociación con deterioro cognitivo. Se consideraron parámetros metabólicos, escolaridad, ingreso económico, hábitos, antropometría y exámenes de laboratorio y la utilización del test Mínimo de Examen del Estado Mental (MMSE) para la función cognitiva. Se encontró que el 52,4% de los pacientes con DM2 tenía deterioro cognitivo (DC) y se asoció al sexo femenino, retinopatía y depresión. En el análisis multivariado correlacionaron con DC: el menor control glucémico, nivel de educación y de ingreso económico. A partir de estos resultados consideraron que es importante evaluar la presencia de DC en los adultos mayores con DM2 para realizar detección precoz e implementar medidas para prevenir la declinación de las funciones cognitivas y la evolución a demencia.

Anarte, Machado, Ruiz y Caballero (2010) en su estudio realizado a 33 pacientes de la Unidad de Diabetes del Servicio de Endocrinología del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga (España), sobre el establecimiento de las variables psicológicas,

biomédicas y socio-demográficas que pueden predecir la calidad de vida de pacientes en tratamiento con infusión subcutánea continua de insulina (ISCI), encontraron que respecto a las variables psicológicas, la ansiedad (rasgo) resulta ser la única que permite predecir la calidad de vida de los pacientes estudiados. En cuanto a las variables biomédicas, sólo las complicaciones resultaron significativas en el modelo, aunque el control glucémico presentó una clara tendencia. De las variables socio-demográficas, el sexo fue la única que alcanzó significación. Todo lo anterior se obtuvo a partir de la utilización de instrumentos como Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1968), Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), Diabetes Quality of Life (DQOL) (Diabetes Control and Complications Trial ResearchGroup, 1988), Escala de Lugar de Control (MHLC) de Wallston, y de Strudler (1981).

Posteriormente, los mismos autores analizaron la influencia predictiva de las variables psicológicas (depresión, ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y locus de control) y metabólicas (control glicémico e hipoglicemias graves) en la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). La muestra estuvo conformada por 33 pacientes los cuales debían completar una batería de test psicológicos Diabetes Quality-Of-Life (DQOL), The Beck Depression Inventory (BDI), The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) y Multidimensional Health Locus of Control (MHLC). Los resultados mostraron que la depresión y la ansiedad- rasgo son buenos predictores de la calidad de vida de los pacientes con DM1. El resto de las variables (locus de control, hemoglobina glicosilada e hipoglicemias graves) no se relacionan. Por tanto, para mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus habría que promover la aplicación de tratamientos

psicológicos dirigidos a reducir su sintomatología depresiva y ansiosa (Machado, Anarte y Ruiz, 2010).

En la Universidad del Aconcagua-Argentina se llevó a cabo una investigación con el fin de analizar la contribución de la variable personalidad en las conductas de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes. Se trabajó a partir de un diseño transversal de tipo descriptivo-correlacional y triangulación de datos cualitativos obtenidos mediante entrevistas. La muestra seleccionada fue no probabilística y estuvo conformada por 19 sujetos, (10 varones y 9 mujeres) con diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, con más de 5 años de evolución de la enfermedad. Se les aplicó el cuestionario Millon de estilos de Personalidad [MIPS] (Millon, 1997), el cuestionario sobre auto-percepción de adherencia al tratamiento de la diabetes, y se realizó una entrevista semi-dirigida. El análisis de los datos se realizó a partir de correspondencias múltiples (ACM) utilizando el paquete informático XLSTAT.

Con las entrevistas se procedió a una codificación temática. El ACM evidenció escasa interacción entre los niveles de adherencia y estilos de personalidad. Del análisis de los casos atípicos se obtuvo que, la interacción de dos categorías centrales: conocimientos sobre la enfermedad y conocimientos sobre sí mismo, explican el alto nivel de adherencia (Granados & Escalante, 2010).

Martínez, Camarero y Carrió (2009) evaluaron las variables psicológicas presentes en pacientes diabéticos mellitus tipo II, en 200 sujetos seleccionados al azar, de ambos sexos, con ausencia de enfermedades psiquiátricas o retraso mental, en edades comprendidas entre 15 y 87 años. Se les aplicó el cuestionario de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman, el de autoestima de Coopersmith y el de estilos de vida. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, estado civil, nivel escolar y tiempo de evolución; así como afrontamiento predominante, adecuación de la autoestima y estilo de vida. El tipo

de investigación fue descriptivo de corte transversal, y se estableció que aunque la autoestima se manifestó de forma favorable en ambos sexos, la casi totalidad de la muestra posee un estilo de vida inadecuado; repercutiendo de manera negativa sobre la enfermedad, predominando en los pacientes diabéticos un estilo de afrontamiento centrado en el problema con una fuerte relación de dependencia entre esta variable y el tiempo de evolución, evidenciándose que en el período cercano al diagnóstico primaron las estrategias dirigidas a disminuir el grado de trastorno emocional y a medida que transcurrió el tiempo los pacientes diabéticos realizaron un cambio hacia el afrontamiento centrado en el problema, asumiendo de manera constructiva su respuesta a la enfermedad.

Almeida y Rivas (2008) también buscaron estudiar las estrategias de afrontamiento presentes en la diabetes mellitus tipo 2, mediante un diseño descriptivo trasversal, de enfoque cuantitativo en 50 personas diagnosticadas, con un promedio de edad de 49.4 años (DE=7.5; 36-59); el 22% del sexo masculino y 78% del sexo femenino, a quienes se les aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006). El tiempo promedio de diagnóstico de DMT2 fue de 7.7 años (DE= 6.5; 1-27). Encontraron que las estrategias de afrontamiento adecuadas más utilizadas fueron la de resolución de problemas; reestructuración cognitiva; apoyo social y expresión emocional. En cuanto a las estrategias de afrontamiento inadecuadas están: autocrítica (auto-culpabilidad); pensamientos desiderativos (deseo de no padecer la enfermedad); evitación de los problemas y retiro social.

A través de un estudio descriptivo exploratorio y enfoque cualitativo realizado por Pérez, Franco, Santos y Zanetti (2008), con el objetivo de identificar las representaciones sociales de mujeres diabéticas de clases populares con relación al proceso salud-

enfermedad; se obtuvo que el asunto cultural, el conocimiento, las representaciones de la enfermedad y los valores tenían fuerte incidencia sobre el comportamiento alimentario. La situación financiera también debe ser considerada, pero parece no constituir un factor determinante de las dificultades en el seguimiento de los estándares alimentarios adecuados, preconizados para el control de la diabetes. Las mujeres diabéticas mostraron una relación ambivalente con el uso de los medicamentos, percibido como productor de cansancio y como un recurso que promueve el bienestar y mejora la calidad de vida. El estudio de las representaciones del proceso salud-enfermedad mostró que la diabetes está relacionada con sentimientos negativos, tales como choque, rabia y tristeza; el plano alimentario, como una paradoja, aparece vinculado a la pérdida del placer y al perjuicio de la salud.

Lorente (2007) propone un modelo de intervención sobre la dificultad de aceptación de la enfermedad que presentan algunas personas con diabetes. Tras revisar el concepto de aceptación, desarrolla un plan de diagnóstico y tratamiento, haciendo hincapié en el hecho de abordar tanto las ideas irracionales asociadas a la no aceptación como la modificación de algunos comportamientos inadecuados relacionados con el auto-cuidado de la diabetes fruto de dichas cogniciones.

Lazcano y Salazar (2007), en su investigación titulada “estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, realizado en un hospital de tercer nivel de atención de la ciudad de Monterrey Nuevo León México, exploraron una teoría de rango medio derivada del Modelo de Roy para conocer cómo influye el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y la adaptación fisiológica y psicosocial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El tipo de investigación fue descriptivo correlacional. La muestra

la conformaron 200 pacientes de 30 a 65 años de edad, a partir de un año de diagnóstico; se excluyeron mujeres embarazadas y pacientes con cáncer.

Se aplicaron tres instrumentos: escala de estrés percibido, escala del proceso de afrontamiento y adaptación, y escala de adaptación psicosocial a enfermedades crónicas). La adaptación fisiológica se integró por HbA1c, colesterol total y triglicéridos, y peso y talla. Los resultados dan a conocer que el estrés percibido influyó en estrategias de afrontamiento y en la adaptación psicosocial de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 donde según el Modelo de Roy (1970) el estrés como estímulo contextual influye negativamente en la adaptación psicosocial en términos de auto-concepto, función del rol e interdependencia.

En la Ciudad de Medellín Colombia, Vinaccia et al. (2006) analizaron la calidad de vida y la conducta de enfermedad en personas con diabetes para observar si existe relación entre ellas, mediante un diseño descriptivo, correlacional de tipo transversal. Se aplicó el cuestionario de salud SF 36 (Ware & Sherbourne, 1992) de la versión española de Alonso y Regidor (1998) y el cuestionario de conducta de enfermedad (Illness Behavior Questionnaire [IBQ]). Demográficamente, la muestra estuvo constituida por 74 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, el 54,1%, mujeres y el 45,9% hombres. La mitad de la muestra fueron personas entre los 45 y 58 años, y la otra mitad entre 59 y 65 años. Se evidenció que los pacientes con diabetes tienen más afectadas las dimensiones de salud general, dolor corporal, rol físico y función física al compararse con población sana, presentándose un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes y una correlación de forma negativa de la salud mental con distorsión afectiva, negación de los problemas e irritabilidad.

Una investigación descriptiva, de corte transversal y enfoque cuantitativo, sobre la correlación existente entre los niveles de bienestar espiritual y los niveles de ansiedad-estado, realizado por Zavala, Vásquez y Whetsel (2006) a 190 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, arrojó como resultado que a mayor nivel de espiritualidad menor nivel de ansiedad, demostrando así el efecto positivo de la espiritualidad en el estilo de vida de los individuos. Sin embargo, es pertinente señalar que a través de la interacción con los pacientes, ellos dimensionaron con mayor predominio esa característica de su personalidad en la línea de lo religioso, al manifestar que su fe les otorgaba el valor y la fuerza para sobrellevar su estado de salud hasta que Dios lo permitiera.

Martínez, Lastra y Luzuriaga (2002) evaluaron la relación existente entre el control metabólico en niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1, medido a través de los niveles de HbA_{1c} y distintas variables relacionadas con la psicopatología que pueda sufrir cada sujeto en el momento de la valoración. La investigación mostró que existe una correlación estadísticamente significativa entre el mal control metabólico (niveles elevados de HbA_{1c}) y la existencia de sintomatología depresiva, de ansiedad-estado elevada o los antecedentes personales de algún diagnóstico psiquiátrico y niveles mayores de inadaptación personal, escolar, social o insatisfacción con el ambiente familiar. Esta relación constituye un elemento fundamental en el control de la enfermedad, junto con el tiempo de evolución de la misma y el cumplimiento del tratamiento dietético. La existencia de psicopatología en niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 supone uno de los factores de riesgo más importantes que determinan el peor control metabólico de la enfermedad.

Al revisar resultados de diversos estudios de laboratorio y de campo sobre los efectos del estrés emocional sobre el control de la diabetes, Méndez y Beléndez (1994)

mostraron que el estrés puede afectar el control de la diabetes a través de dos posibles mecanismos: directamente, mediante la secreción de las hormonas del estrés, e indirectamente, interfiriendo con las conductas de auto-cuidado. Los factores emocionales y las variables psicológicas juegan un papel importante en dicho control, donde la activación emocional en respuesta al estrés es uno de los principales factores implicados en la desestabilización del control metabólico en la diabetes por consecuencia de la complejidad y las demandas diarias del tratamiento, el "estigma" de estar enfermo y considerarse diferente a los demás y tener que luchar con el desconocimiento y las ideas erróneas de la población general sobre la diabetes y la incertidumbre sobre las posibles complicaciones futuras.

Portilla, Romero y Román (1991), a partir de una revisión teórica describen las reacciones psicológicas y sociales más comunes en los pacientes diabéticos y su posible influencia en el control metabólico. Se analizaron las reacciones de inadaptación tributarias de atención especializada tales como el debut, el rechazo a la enfermedad, descompensación metabólica por razones psicológicas, dificultades en la adaptación a la enfermedad y situaciones especiales durante el curso de la misma, tales como: embarazo, aparición de complicaciones invalidantes, diabetes en la pubertad y pacientes geriátricos.

La valoración y tratamiento de estos casos debe considerar el funcionamiento de los sistemas de apoyo social del paciente, considerándose como fuentes de apoyo: la familia, pareja, compañeros de trabajo o estudio, personal de salud que le atiende, y relaciones sociales en general.

Con respecto a protocolos de intervención se reconoce que existen algunas evidencias sobre programas que se han implementado en pacientes con diabetes y con otras patologías médicas.

Se mencionan algunos de ellos:

La Dirección General de Atención Primaria de Salud junto con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la República del Paraguay elaboró un Protocolo sobre el Manejo de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud en el año 2011 con la intención de ayudar en el abordaje del paciente diabético en la atención primaria de la salud para el desarrollo de su autonomía, en el cual la familia juega un papel protagónico en la promoción, desarrollando actividades educativas, preventivas, de atención y rehabilitadoras, a través de la construcción de estrategias individuales y comunitarias.

Arroyo et al. (2010) establecen que la diabetes mellitus constituye un problema de salud crónico cada vez más frecuente en Extremadura (Mérida-España) y que debe darse respuesta y prevenir niños y adolescentes, por las connotaciones afectivas y la posibilidad de aparición de complicaciones en edades tempranas. Por lo anterior, se ha elaborado un Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la escuela con el objetivo de establecer las actuaciones necesarias tanto en el centro educativo como en sus casas. Para ello, fijan los mecanismos de coordinación entre las administraciones educativa y sanitaria, las asociaciones y las familias.

Una guía clínica realizada para pacientes diabéticos mellitus tipo 2 dirigida al equipo de salud multidisciplinario de Santiago de Chile, médicos generales, enfermeras, nutricionistas, entre otros profesionales en atención primaria, y especialistas del nivel secundario de atención, responsables de la atención ambulatoria de las personas adultas con diabetes tipo 2, tuvo como objetivo entregar recomendaciones de práctica clínica basadas en la mejor evidencia disponible, con el fin de apoyar la toma de decisiones de los equipos de salud en el manejo clínico de estas personas, mejorar los resultados del tratamiento, prevenir o retardar las complicaciones de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida y la

sobrevida de estos pacientes; para el desarrollo de esta guía se seleccionaron y revisaron guías clínicas de diabetes publicadas en los últimos años en idioma inglés y español y se analizaron artículos científicos seleccionados que respaldan las recomendaciones clave (Ministerio de Salud-Santiago de Chile, 2010).

Barriguete, Rodríguez, Styger y Cavazos (2008) elaboraron un protocolo de psicología para la atención de pacientes con enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes con el propósito de generar un modelo de intervención hacia el logro de la adherencia terapéutica basado en la dinámica bio-psico-familiar (cognitivo-conductual, auto-regulatorio, auto-eficaz y de auto-cuidado que nutran la autoestima), focalizado en el paciente, sustentado en la evidencia capaz de obtener resultados cuantificables. Un modelo que busque un manejo integral del paciente, con un equipo interdisciplinario, orientado a desarrollar una conducta-informada-motivada y con participación activa del paciente para realizar cambios, ya que muchas veces los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (como la diabetes) con cierta frecuencia presentan depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Además de otras alteraciones como: ansiedad, alcoholismo, tabaquismo, trastornos de la conducta alimentaria, etc. que son de suma importancia explorar, ya que pueden ser factores de pobre adherencia terapéutica.

Zapata, García y Fernández (2007) mediante la elaboración del protocolo de actuación en consulta al paciente diabético, establecen que para el tratamiento de los mismos se debe crear un ambiente que facilite la confianza del paciente, posibilitando la expresión de sus sentimientos, mostrándose atentos a ellos mediante la escucha activa.

Se debe tener especial consideración con ciertos aspectos a la hora de comunicar, que pueden influir en la buena comprensión de la educación por parte del paciente. Se puede destacar que: personas recién diagnosticadas pueden sufrir etapas de duelo, y para esto se debe presentar una adecuación a cada individuo, ya que este es un proceso personal; aparte se debe valorar la información previa de la que dispone cada paciente en cuanto a su motivación para aprender, teniendo en cuenta su nivel sociocultural; preguntar al paciente y valorar sus mayores temores respecto al diagnóstico de esta enfermedad, y de esa forma, aclarar dudas y conceptos erróneos, a la vez que se le ofrece apoyo. De esta forma, la reducción de los niveles de ansiedad puede contribuir a una mejor disposición de la persona y a un mayor logro de los objetivos, donde una comunicación efectiva logrará una mejor comprensión por parte del diabético. Teniendo en cuenta lo anterior, las actividades del protocolo deben girar en torno a: entrevistas, exploración física, educación sanitaria.

La intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus realizada por Castro, Rodríguez y Ramos (2006) a partir de la educación y evaluación de las esferas conductual, cognitiva y emocional del paciente, busca establecer las habilidades de auto-cuidado, adherencia al tratamiento y recursos de afrontamiento frente al estrés; con el fin de diseñar propuestas ideográficas de intervención en dichos pacientes. El proceso educativo que se implementa debe ser continuo e integral y se puede llevar a cabo mediante: charlas o cursos dictados por profesionales de la salud, de manera individual o colectiva, reuniones de «grupos de apoyo» con pacientes diabéticos, libros folletos, revistas, películas, cintas y páginas web dedicadas a la diabetes.

Entre las intervenciones realizadas se señala aquella que está dirigida a promover y mejorar la adherencia al tratamiento: en este punto se hace necesario fortalecer los conocimientos y habilidades de auto-cuidado por fases. Se realiza una intervención previa

con el propósito de estimular la sensibilidad a las señales procedentes del organismo del paciente; y finalmente se efectúa intervenciones para la adquisición de habilidades de afrontamiento del estrés: este punto de la intervención se centra en el interés que se tiene en dotar a los pacientes diabéticos de habilidades que les permitan afrontar las situaciones de estrés.

El desarrollo de estas habilidades se hace necesario por la existencia de evidencia experimental y clínica del efecto desestabilizador del estrés sobre el control glicémico y su tratamiento como potenciales condiciones generadoras de estrés. En este proceso se tienen en cuenta los diferentes programas existentes para el manejo del estrés, como la inoculación de estrés, la relajación en biofeedback y el entrenamiento de habilidades sociales, con lo cual el paciente obtiene resultados positivos que le permiten dotarse de capacidades adecuadas que les permitan hacer frente a aquellas situaciones que pueden actuar negativamente sobre la adherencia al tratamiento y sobre su estabilidad glicémica.

En cuanto a otras patologías médicas, se ha encontrado una serie de programas que apuntan directamente al manejo, tratamiento y prevención de la enfermedad, dentro de los cuales se citan los siguientes:

La American Cancer Society (2013) elaboró una guía detallada sobre el cáncer de tiroides con el objetivo de dar a conocer en qué consiste, cuáles son sus causas, los factores de riesgo y prevención, la detección temprana, diagnóstico y su clasificación por etapas, al igual que su tratamiento y qué hay de nuevo en la investigación sobre el cáncer.

Ortiz, Leiva, Hernández y Anabalón (2011) elaboraron un protocolo de referencia y contra-referencia sobre el hipotiroidismo y nódulo tiroideo en personas adultas, con el objetivo de definir un sistema de referencia y contra-referencia para la Red Asistencial de Salud para los pacientes portadores de hipotiroidismo y patología nodular tiroidea,

entregando orientaciones para una derivación pertinente y oportuna, mejorar el uso de los recursos y proveer una atención de calidad, además de optimizar la comunicación entre niveles de atención primaria y secundaria; destinado a aquellos profesionales médicos que participan de la atención directa de pacientes: médicos especialistas que atienden los pacientes derivados de Atención Primaria de la Salud (APS), médicos de APS, enfermeras y profesionales que realizan controles de salud del adulto y del adulto mayor, y matronas y matrones que realizan control prenatal.

El Centro de Salud Familiar (2011) del municipio de Pelarco-Chile, realizó un protocolo de hipertensión arterial, con el que se pretendía lograr la compensación en los pacientes hipertensos, incorporando a su familia como elemento fundamental en la prevención de complicaciones, manejo de la enfermedad y la promoción para mantener estilos de vida saludable, logrando con ello la estabilidad de la enfermedad, la adhesividad a tratamientos, disminución de factores de riesgo y potenciar los factores protectores.

Los individuos beneficiados por la aplicación de dicho protocolo debían presentar los siguientes criterios: crisis hipertensiva, presión arterial (P/A) \geq o = a 180/110 mm/Hg y tener entre 45 a 54 años de edad. Entre las actividades a aplicar se encontraban: el control cardiovascular con un familiar responsable, preferiblemente que viva con el paciente, anamnesis completa, buscando factores de riesgo y hábitos tanto personales como familiares, examen físico general que incluya medición de P/A por un profesional que entrega la atención, administración de medicamentos, controles y seguimiento, derivación a grupo de autoayuda y a grupo de actividad física médica, visitas domiciliarias integrales, educación sobre la patología con énfasis en: lograr el auto-cuidado y la participación familiar en el control y manejo de la enfermedad, entre otras. Para la realización del

protocolo se contará con un equipo interdisciplinario encargado conformado por un médico, una enfermera y un nutricionista.

El Ministerio de Salud de Santiago de Chile (2010) mediante la realización de una guía clínica, entrega recomendaciones al equipo de salud, médicos y enfermeras que se desempeñan en atención primaria con el propósito de: prevenir la enfermedad renal crónica (ERC) en población general, mejorar la detección oportuna en una etapa temprana de la historia natural de la ERC en población en riesgo, contribuir al manejo apropiado de las comorbilidades y otros factores que afectan la progresión de la ERC, definir las características y la oportunidad en que un determinado paciente debe ser evaluado y eventualmente manejado por el médico especialista.

Tal como su nombre lo indica, la guía aborda los aspectos preventivos de la ERC y excluye el manejo del paciente con insuficiencia renal crónica terminal (IRC), que requiere sustitución renal. Teniendo en consideración que la diabetes tipo 2 es la principal causa de IRC terminal, esta guía enfatiza la prevención renal de estos pacientes y complementa las recomendaciones de la guía respectiva.

Santos y Pacheco (2007) en su Programa nacional de prevención y control de enfermedades renales realizado en Bolivia, establecen mecanismos de información y educación a la comunidad para favorecer el auto-cuidado, mejorando la calidad de vida de los pacientes bajo tratamiento de diálisis y trasplante renal haciendo más costo-efectivas las intervenciones. Este programa forma parte de las estrategias de atención primaria en salud en el primer nivel de atención, en el marco de las políticas sanitarias nacionales Bolivianas, que a su vez busca enlentecer o evitar la progresión a insuficiencia renal crónica (IRC) y “controlar” el crecimiento de la prevalencia de pacientes en diálisis, prevenir o retardar las complicaciones de la IRC, haciendo un seguimiento sistematizado de los mismos e

identificando precozmente pacientes con riesgo de enfermedad renal de acuerdo a estrategias de salud poblacional, de grupos de riesgo y/o mixtas.

En la elaboración del programa se integra la salud cardiovascular, cerebral, renal y endocrino - metabólica, favoreciendo una adecuada vigilancia epidemiológica y control de la diabetes, la hipertensión, la obesidad y las dislipidemias, evitando su impacto negativo sobre la función cardiovascular, renal y de los otros órganos del cuerpo humano, articulando sus acciones con el Programa Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

La realización de la Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica (ERC) y Modelo de prevención y control de la enfermedad, se refiere específica y únicamente al manejo de la ERC, sin profundizar en las patologías concomitantes. Su objetivo es el de proporcionar las recomendaciones pertinentes acerca del manejo eficaz, efectivo y eficiente del problema de la ERC, abordado de una forma integral para su prevención, diagnóstico y tratamiento, que contempla la atención por niveles de complejidad. El desarrollo incluyó el proceso de revisión y rediseño de las guías de atención, basado en evidencia, para las fases de prevención secundaria, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, así como la propuesta de difusión junto con la evaluación de eficacia, efectividad, eficiencia, pertinencia local e impacto sobre equidad del modelo y su aplicación en el marco del Sistema (García, 2007).

La guía está elaborada para todo paciente con diagnóstico o sospecha de hipertensión arterial sistémica, habitante en el territorio colombiano. El tratamiento llevado a cabo se enmarca en tres puntos globales: toma de la presión arterial y estudios de laboratorio, evaluación clínica del paciente y tratamiento no farmacológico, el cual está orientado a brindar educación en estilo de vida y comportamientos saludables, e intervenir

los factores de riesgo causantes de la HTA y de la enfermedad cardiovascular. Es aplicable a todo paciente ya sea como tratamiento único o como complemento de la terapia farmacológica, y permite obtener mejores efectos con dosis relativamente menores de medicamentos. Para efectuar el tratamiento de la HTA se deben conformar equipos de salud interdisciplinarios (médico, personal de enfermería, nutricionista, sicólogos, etc.), capacitados y comprometidos en la educación, detección temprana y atención oportuna de la HTA.

La treceava Guía de atención de la hipertensión arterial (HTA), busca detectar la presencia de factores de riesgo prevenibles asociados a la HTA y detectar en forma temprana la hipertensión arterial sistémica y los factores de riesgo asociados, para así brindar un tratamiento oportuno y minimizar las complicaciones, las secuelas y la mortalidad (Ministerio de la Protección Social , 2007).

Baloch et al. (2003) elaboraron una guía de Consenso para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad tiroidea, con el propósito de ofrecer pautas de consenso sobre las pruebas de laboratorio más útiles para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad tiroidea. Las recomendaciones que se recogen fue fruto del trabajo de varias organizaciones y están orientadas a describir las características analíticas de estas pruebas y su interpretación clínica, de forma que sirvan tanto al médico clínico como al profesional del laboratorio, en un intento de que la relación entre ambos sea lo más estrecha posible y les ayude a actuar de manera conjunta. Esta intención está presente en todos los capítulos de la guía pero se hace especialmente patente en el último que está titulado “importancia del contacto entre el laboratorio y los médicos.”

Al revisar los estudios rastreados tomados como sustento y soporte conceptual dentro de dicho proyecto, se puede concluir en primera instancia que la diabetes es una enfermedad de origen biológico, que a su vez presenta diversas complicaciones relacionadas con el factor psicológico, los cuales inciden en el curso de la enfermedad, la percepción que estos sujetos tienen frente a la misma y la implementación de estilos de vida inadecuados. A su vez dichas investigaciones muestran como la presencia de la ansiedad y la depresión de igual manera constituyen un factor preponderante en los pacientes con diagnóstico de diabetes y la evolución de dicha enfermedad, donde se presentan alteraciones en las conductas de auto-cuidado y por ende una afección en la sintomatología y rumbo de la diabetes.

En segundo lugar al considerar el rastreo realizado frente a diversos protocolos de intervención tanto de la diabetes como de otras patologías medicas se puede establecer que los mismos están direccionados al manejo, tratamiento y prevención de tales enfermedades, pretenden de igual manera realizar un abordaje del paciente diabético, favorecer la autonomía de los mismos, implementar medidas preventivas, al fortalecer a una adecuada adherencia terapéutica y al tener una concepción y un manejo integral del paciente.

Así mismo se considera que un protocolo constituye para el profesional que lo realiza e implementa una herramienta fundamental en el abordaje de la enfermedad, y en el análisis de los diversos elementos que se convierten en foco de intervención.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar una propuesta de realización de un protocolo de intervención psicológica cognitivo comportamental que favorezca la calidad de vida y el manejo de la enfermedad en personas con diagnóstico de diabetes.

Objetivos específicos

Justificar la importancia de implementar diferentes actividades cognitivo comportamentales en el manejo de la diabetes mellitus.

Describir las características del profesional en psicología que desarrolle actividades de intervención con pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.

Plantear actividades que propendan por la reflexión sobre la percepción de la enfermedad y el afrontamiento de la misma.

Identificar la cadena pensamiento-emoción-conducta en los pacientes para poder elaborar actividades relacionadas con el manejo de estos elementos.

Planear actividades dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida del paciente diabético.

Propósito y justificación

Con la realización del “Diseño de una propuesta de realización de un protocolo de intervención psicológica cognitivo comportamental que favorezca la calidad de vida y el manejo de la enfermedad”, dirigido a personas con un diagnóstico establecido de diabetes,

se pretende contribuir de forma parcial o total al mejoramiento, adecuación y visión que estas personas, ya diagnosticadas, tengan frente a la misma, con el propósito de interconectar lo biológico y lo psicológico y lograr entender la relación salud física-salud mental como elemento central de abordaje en el campo de la psicología de la salud.

Además profundizar en el área de la psicología cognitiva, específicamente el paradigma del procesamiento de la información, donde, la presencia de esquemas de pensamiento central, dará cuenta de cómo la persona procesa, emocionaliza y actúa de una u otra manera.

La diabetes es una enfermedad que a lo largo del tiempo se ha ido proliferando en la sociedad, generando incertidumbre y convirtiéndose en un factor interesante de abordar, donde su expansión lleva a cuestionamientos frente a su origen, propagación, cura y tratamiento, que en su mayoría, han sido abarcados desde la parte médica, para el logro de una estabilidad orgánica y fisiológica, y no necesariamente de una estabilidad personal y psicológica que puede contribuir de forma directa y/o indirecta a la mejora de la calidad de vida, proporcionando herramientas y estrategias aptas para el enfrentamiento de la problemática y los aspectos emocionales que esta conlleva.

Al tener en cuenta lo dicho con antelación, y analizar los aspectos relevantes y las implicaciones que desde la psicología puede tener la enfermedad, se pretende realizar un rastreo y abordaje teórico fundamentado en las conceptualizaciones y teorizaciones que diversos autores hayan realizado desde el paradigma cognitivo comportamental, al enfocar de manera explícita los conceptos enmarcados dentro del perfil cognitivo, estados emocionales, cadena pensamiento-emoción-conducta, con el objetivo de promover a través de un protocolo actividades innovadoras y transformadoras relacionadas con las percepciones, impresiones, ideas, cuestionamientos, formas de afrontar la enfermedad,

hábitos, costumbres y emociones, que actúan directamente sobre lo psicológico, y a partir de lo cual se busca de forma oportuna ofrecer un tratamiento integral.

Marco teórico

Diabetes mellitus

“La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defectos en la secreción de insulina, acción de la insulina, o ambos” (American Diabetes Association, 2013, p.543), llamada también hiperglicemia crónica y asociada con múltiples daños a largo plazo, entre los que es preciso encontrar disfunción e insuficiencia de varios órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Varios procesos patogénicos están implicados en el desarrollo de la diabetes. Estos van desde la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas hasta la deficiencia de insulina derivada de las anomalías que resultan por la resistencia a la acción de la misma y coexiste en un mismo paciente.

Los síntomas de la hiperglicemia incluyen poliuria, polidipsia, pérdida de peso, algunas veces polifagia y visión borrosa, con complicaciones a largo plazo de retinopatía con pérdida potencial de la visión, nefropatía que lleva a la insuficiencia renal; neuropatía periférica con riesgo de úlceras en los pies, amputaciones y articulaciones de Charcot; neuropatía autonómica, síntomas genitourinarios y cardiovasculares, y en algunos casos disfunción sexual. Los pacientes con diabetes tienen una mayor incidencia de aterosclerosis periférica cardiovascular, arterial, y enfermedad cerebrovascular. La hipertensión y alteraciones en el metabolismo de las lipoproteínas también se encuentran a menudo en las personas con diabetes (American Diabetes Association, 2013).

El diagnóstico de un tipo de diabetes a un individuo a menudo depende de las circunstancias presentes en el momento del diagnóstico, en muchas ocasiones es posible encontrar personas diabéticas que no encajan fácilmente en una sola clase.

La American Diabetes Association (2013) estipula que la diabetes se divide en dos grandes categorías etiopatogénicas: la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2.

Diabetes tipo 1. Causada por una deficiencia absoluta de la secreción de insulina, identificada por pruebas serológicas de un proceso patológico autoinmune que ocurre en los islotes pancreáticos a causa de marcadores genéticos. Las células encargadas de producir insulina (células beta) se encuentran en un estado deficiente donde producen poca o ninguna cantidad de la misma. Sin la insulina suficiente, la glucosa se acumula en el torrente sanguíneo en lugar de entrar en las células y por ende el cuerpo es incapaz de usarla para obtener energía.

La causa exacta de este tipo de diabetes se desconoce, pero se considera que probablemente está asociado a un trastorno auto-inmunitario. Los marcadores de la destrucción inmune de la célula incluyen auto-anticuerpos de células de islotes, auto-anticuerpos contra la insulina, auto-anticuerpos a la enzima ácido glutámico descarboxilasa (GAD65), y los auto-anticuerpos a las proteínas tirosinas fosfatasa; uno o más de estos auto-anticuerpos están presentes habitualmente en el 85-90% de los individuos cuando inicialmente se detecta la hiperglucemia en ayunas. La destrucción autoinmune de las células beta tiene varias predisposiciones genéticas y también está relacionado con factores ambientales que aún no han sido bien definidos.

Esta forma de diabetes, comúnmente se presenta entre el 5 y el 10% de la población con diabetes, puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes (American Diabetes Association, 2013).

Diabetes tipo 2. Causada por una combinación de resistencia a la acción de la insulina y una inadecuada respuesta compensatoria de la secreción de la insulina. Puede estar presente durante un largo periodo de tiempo antes de que la diabetes sea detectada. Conocida o denominada con anterioridad como diabetes no insulino dependiente o diabetes del adulto.

Esta forma de diabetes que representa entre el 90-95% de la población diabética, se presenta en individuos que tienen resistencia a la insulina en lugar de deficiencia absoluta de la misma. Existen probablemente diferentes causas, aunque la etiología específica no se conoce, sin embargo, se sabe que la destrucción autoinmune de las células beta no se produce, y los pacientes no tienen ninguna de las otras causas características de otros tipos de diabetes.

La mayoría de los diabéticos tipo 2 son obesos y la obesidad en sí, causa cierto grado de resistencia a la insulina. Los que no son obesos por criterios de peso tradicionales pueden tener un mayor porcentaje de grasa corporal distribuida predominantemente en la región abdominal. Esta forma de diabetes se diagnostica con frecuencia por muchos años, debido a que la hiperglicemia se desarrolla gradualmente y en etapas más tempranas, a menudo no es lo suficientemente grave como para que el paciente presente cualquiera de los síntomas clásicos de la diabetes (American Diabetes Association, 2013).

Existe además otro tipo de diabetes que es propia de la etapa del embarazo en la mujeres llamada Diabetes mellitus gestacional, que se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa con inicio o primer reconocimiento durante el embarazo (American Diabetes Association, 2013). La diabetes gestacional aparece sobre todo en mujeres con factores de riesgo fácilmente identificables, quienes por los cambios propios

del embarazo elevan la resistencia a la insulina y sus cifras de glucosa, lo que repercute en el desarrollo de su hijo y puede ser causa de macrosomía (García, 2008).

Según lo dicho por García (2008), los cambios en la fisiología materna durante los primeros 4 o 5 meses del embarazo se deben al mayor almacenamiento de energía, que se hace notorio en el tejido graso, a partir del final del segundo trimestre donde se presentan ciertas modificaciones con el fin que esta energía sea liberada y pueda ser derivada al feto en formación. En este periodo se pueden identificar diversas sustancias producidas por la placenta que actúan a nivel intracelular bloqueando el efecto de la insulina.

Tratamiento de la Diabetes Mellitus

El tratamiento de la diabetes comprende estrategias nutricionales como la pérdida de peso, implementación de hábitos dietéticos y ejercicio físico; tratamiento farmacológico con insulina e hipoglicemiantes orales; y educación.

Dieta del Paciente Diabético. El plan de alimentación para el paciente es una base primordial en el tratamiento de la diabetes, ya que no es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad si no hay un adecuado régimen alimenticio. Es primordial realizar una adecuada educación frente a lo que es una alimentación apropiada, qué se debe y qué no se debe comer, y en la medida de lo posible explicar al paciente la manera como los alimentos actúan en su organismo (Marion, 2003).

Ejercicio Físico del Paciente Diabético. El ejercicio es muy significativo en el tratamiento de la diabetes ya que ayuda a disminuir los niveles de glucosa en sangre y los factores de riesgo cardiovascular. El ejercicio además, mejora la utilización de la insulina, favorece la circulación sanguínea y el tono muscular. Este factor es de gran importancia para el tratamiento de la diabetes ya que contribuye a la disminución de peso, ayuda reducir

el estrés y mantener una sensación de bienestar general. El ejercicio también reduce las concentraciones de colesterol y triglicéridos, lo cual es vital importancia en el paciente diabético porque corre un riesgo mayor de trastornos cardiovasculares (Conell & Bare, 2004).

Se recomienda realizar una actividad física de manera regular, mínimo tres veces por semana. Debe hacer aeróbicos (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.), de intensidad moderada y de duración igual o mayor de 30 minutos. Se sugiere mantener un autocontrol de los pies antes y después de cada actividad física para utilizar el calzado más adecuado al tipo e intensidad del ejercicio (Segundo, 2000).

Tratamiento Farmacológico del Paciente Diabético. Se utilizan cuando el organismo pierde su capacidad para producir suficiente insulina o para utilizarla con eficacia. La función de la insulina es disminuir la glucosa sanguínea después de consumir alimentos para facilitar su captación y utilización en las células musculares, el tejido adiposo y el hígado. Si la secreción de la insulina no es adecuada, lo cual llega a suceder en muchos casos de pacientes diabéticos, es necesario implementar un tratamiento farmacológico (Conell & Bare, 2004).

Insulina. La insulina es una hormona anabólica o de almacenamiento. Al ingerir alimentos, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adipocitos (Conell & Bare, 2004).

Los efectos de la insulina son: transportar y metabolizar la glucosa para la obtención de energía, da indicaciones al hígado para que deje de liberar glucosa, estimula el almacenamiento de glucosa en hígado y músculos (en forma de glucógeno), como también la concentración de grasa dietaría en el tejido adiposo y a su vez acelera el

transporte de aminoácidos (derivados de las proteínas dietarias) a las células (Conell & Bare, 2004).

Hipoglicemiantes orales. Los hipoglicemiantes orales son efectivos para los pacientes que no pueden tratarse únicamente con dieta y ejercicios (diabetes mellitus tipo 2) sin embargo, es necesario considerar que no pueden ser utilizados durante el embarazo (Conell & Bare, 2004).

Los principales hipoglicemiantes orales utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 son: las sulfonilureas (aumento de la secreción de insulina); biguanidas (disminución de la producción de glucosa); inhibidores de alfa glucosidasa (disminuyen glicemia e insulinemia postprandial) y por último las tiazolidinedionas (mejoran la captación muscular de la glucosa) (Conell & Bare, 2004).

Educación del Paciente Diabético. La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere múltiples conductas especiales de autocontrol durante el resto de la vida de quien la padece. Sabiendo que la dieta, el ejercicio y el estrés físico y emocional afectan al control diabético, así los pacientes deberán aprender a nivelar y controlar múltiples factores concernientes al manejo de la enfermedad (Segundo, 2000).

La educación frente a la diabetes es esencial en el manejo del paciente y permite hacerlo coparticipe del cuidado de su salud. Es recomendable impartirla desde la primera consulta ya sea personal o grupalmente, además se sugiere impulsar la integración del paciente a los programas de educación diabetológica (Segundo, 2000).

Perfil cognitivo

Para entender el perfil cognitivo es necesario ubicar el referente de la psicología cognitiva que estudia las funciones del procesamiento de información del cerebro, centrándose en las estructuras, procesos y representaciones del mismo; aborda la percepción, formas de aprendizaje, recuerdo y pensamiento que las personas hacen de la información que es recibida, situándose en una posición epistemológica estrictamente funcional, sin ocuparse directamente del sustrato orgánico de las operaciones mentales e interesada en la organización funcional de la mente (Vega, 1984).

La cognición es la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que el individuo puede ser consciente o no. En el sistema de cogniciones de las personas puede diferenciarse un sistema cognitivo maduro, es decir el proceso de información real que incluye los aspectos racionales y de resolución de problemas con base en la contratación de hipótesis o verificación y un sistema cognitivo primitivo, es decir, el proceso de información irreal que se basa en creencias irracionales presentes en el sujeto, las cuales están sustentadas en verbos como tener que y deber hacer, convirtiéndose en inferencias arbitrarias o conclusiones no basadas en datos reales (Beck, 1976).

Riso (como se cita en Gómez, López y Jiménez, 2010)

La conducta se refiere a las operaciones o acciones motoras verbales (lo que la persona dice) y no verbal (lo que la persona hace: movimientos, gestos, posturas) por medio de las cuales se hace manifiesta en el ambiente las conclusiones del procesamiento cognitivo (p.94).

La complejidad e inestabilidad de los comportamientos y de las situaciones que caracterizan el entorno social, hacen que el sujeto busque regularidades, aspectos invariantes, previsiones acerca del comportamiento de los otros, en un intento de ordenar, organizar y estabilizar ese entorno.

El paradigma del procesamiento de la información (PPI) sienta las bases en la psicología cognitiva y conceptualiza a la persona como un sistema altamente complejo de procesamiento de la información (cognitiva y afectiva). Estudia aquellas estructuras y procesos que realiza el sistema para seleccionar, transformar, decodificar, almacenar, recuperar y generar información y comportamientos. Este orienta su experimentación básica a fenómenos como memoria, atención, percepción, representaciones del conocimiento, procesos cognitivos complejos como pensamientos, lenguaje, resolución, análisis inferencial, entre otros; dentro de este modelo paradigmático la persona se convierte entonces en un constructor activo de su experiencia con carácter intencional o propositivo (Riso, 2006).

Plantea que la conducta humana esta mediada por el procesamiento de la información del sistema cognitivo humano, incluye procesos (operaciones mentales implicadas en el funcionamiento cognitivo) y estructuras (características permanentes del sistema cognitivo) tales como atención (selectividad asimilativa de los estímulos), codificación (representación simbólica de la información), almacenamiento (retención de la información y utilización de la información almacenada) y destaca tres estructuras cognitivas: receptor sensorial (recibe la información interna y externa), memoria a corto plazo (ofrece una retención a corto plazo de la información seleccionada) y la memoria a largo plazo (ofrece una retención permanente de la información) (Mahoney, 1974).

El perfil cognitivo según Beck y Freeman (1995) se define como un conjunto específico y personal de contenidos cognitivos, cuyas estrategias interpersonales se evidencian en función del modo en que la persona se relaciona consigo misma y el mundo; y están caracterizados no sólo por conductas observables, sino también por una agrupación de creencias, actitudes, afectos y estrategias. Se presenta además como un patrón idiosincrásico aprendido por el sujeto, lo que le permite su adaptación y son definidos como pautas permanentes en la forma de sentir, pensar y actuar.

Por otra parte la psicología cognitiva-comportamental centra su estudio y enfoque en la cadena pensamiento-emoción-conducta, donde fundamentalmente se plantea que un aspecto central para la adaptación y la supervivencia del ser humano, es la habilidad para procesar información y formar representaciones mentales de sí mismo y del entorno (Beck & Clark, 1997).

Beck (1976) afirma que existe una clara relación entre los pensamientos de la persona, (lo que se dice a sí misma sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida, sobre sí misma y sobre los problemas que presenta), las emociones y los sentimientos que experimenta. A su vez, esta reacción emocional influirá en la reacción comportamental de la persona ante esa situación, ante la conducta de otro o ante los síntomas que experimenta, según sea el caso.

Los pensamientos automáticos (PA) tal y como lo plantea Mc Kay y Essherman (1985), se caracterizan por ser instrucciones reflejas o “taquigráficas” altamente específicas, espontáneas, que casi siempre son tomados como ciertos por las personas, a menudo se expresan en términos de “habría, tendría, debería” además una característica fundamental es que son idiosincráticos, es decir, hacen que cada persona interprete los acontecimientos de una forma particular. Así mismo, plantea el autor que los PA son

aprendidos en etapas como la infancia y adolescencia como producto de los condicionamientos que surgen por la familia, los amigos y los medios de comunicación para interpretar los sucesos de cierta forma.

La emoción es un estado subjetivo que resulta de la valoración de estímulos internos y externos. La evaluación determina el tipo, intensidad y persistencia de la experiencia emocional (Last & Hersen, 1988).

La conducta para Riso (2006), se refiere básicamente a las operaciones o acciones motoras verbales (lo que la persona dice) y no verbales (lo que la persona hace: movimientos, gestos, posturas), por medio de las cuales se hace manifiesta en el ambiente las conclusiones del procesamiento cognitivo.

El concepto de esquema ha sido definido por Hollon y Kriss (1984), como una entidad organizacional cognitiva y estable, que contiene todo el conocimiento acerca de uno mismo y del mundo.

Por su parte se conceptualiza de igual manera a los esquemas como un constructo cognitivo que sirve a la persona para filtrar, codificar y evaluar la información que llega del ambiente y que sesga de manera consistente las percepciones e interpretaciones de los eventos que vivimos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Las creencias centrales son ideas fundamentales y profundas acerca de uno mismo, de las demás personas y del mundo, consideradas como verdades absolutas. Son globales, rígidas, se generalizan en exceso, y se desarrollan en gran parte a partir de la infancia (Beck, 2000).

De ésta manera se establece que el sistema cognitivo está compuesto por una serie de elementos que en su vinculación conducen al establecimiento de la conducta humana, los cuales son los esquemas (ideas irracionales), los procesos (distorsiones cognitivas) y los

productos; señalando a su vez las estrategias de afrontamiento como elemento relevante en el funcionamiento comportamental.

Ideas o creencias irracionales. Ellis (citado en Ellis & Harper, 1975) enunciaba una lista de pensamientos disfuncionales habituales, llamados creencias irracionales. Caracterizadas por ser ideas absolutas o dogmáticas por naturaleza que se expresan en términos de tengo que, debo, debería, estoy obligando a, entre otros provocando emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas.

Ellis (citado en Almansa, 2011) enuncia 11 creencias irracionales:

Los humanos adultos tienen una imperiosa necesidad de ser amados o aprobados por toda otra persona significativa en su comunidad.

Uno debe absolutamente ser competente, adecuado o exitoso en todas las cosas importantes o, en caso contrario, uno es una persona inadecuada o inservible.

Las personas deben absolutamente actuar honradamente y consideradamente y, si no lo hacen, son unos villanos condenables. La gente “es” según sus actos malos.

Es tremendo y horrible cuando las cosas no son exactamente como uno desearía ardientemente que fueran.

Las perturbaciones emocionales son causadas externamente y las personas tienen poca o ninguna capacidad para aumentar o disminuir sus sentimientos y conductas disfuncionales.

Si algo es o puede ser peligroso o temible uno debe estar constantemente y extremadamente preocupado por ello y seguir haciendo hincapié en la posibilidad de que ocurra.

Uno no puede enfrentar las responsabilidades y dificultades de la vida: es más fácil evitarlas.

Uno debe ser completamente dependiente de los otros y necesitarlos.

Fundamentalmente, uno no puede conducir su propia vida.

Nuestra historia pasada es un importante y total determinante de nuestra conducta actual. Si algo ha afectado alguna vez fuertemente nuestra vida, deberá tener indefinidamente similar efecto.

Las perturbaciones de las otras personas son horribles y uno debe sentirse sumamente alterado por ellas.

Invariablemente existe una correcta, precisa y perfecta solución para los problemas humanos y es tremendo si no se puede encontrar.

Estas ideas irracionales contienen tres nociones básicas en las que los individuos hacen peticiones de carácter absoluto a sí mismo, los otros y el mundo.

Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar.

Todas las personas deben actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo; si no lo hacen, son despreciables y malos y deben ser castigados.

Las condiciones de la vida deben ser buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo e incomodidad.

Según Ellis (como se cita en Almansa, 2011), las creencias irracionales pueden modificarse mediante esfuerzos constantes, dinámicos y activos para reconocer, desafiar y revisar el pensamiento de cada persona en su individualidad, a su vez se caracterizan por: ser lógicamente inconsistentes (parten de premisas falsas o resultan de formas incorrectas de razonamiento), ser inconsistentes con la realidad (no concordantes con los hechos;

distinto a lo observable), ser dogmáticas, absolutistas, expresadas con demandas (en vez de preferencias o deseos).

Dentro de éste tipo de creencias aparecen términos como: necesito, debo, debe, no puedo, jamás, etc. en lugar de: prefiero, es mejor, no me gusta, es peor, etc. estas demandas pueden estar dirigidas hacia: uno mismo, ej. yo debo ser exitoso, hacia los otros, ej. tú debes escucharme, hacia el mundo en general, ej. la vida debe ser fácil, conducir a conductas o emociones inapropiadas o auto-saboteadoras, no ayudar o impedir el logro de los objetivos de la persona.

Distorsiones cognitivas. Son definidas por Sánchez y Gonzáles (1996) como errores del pensamiento, prismas recortados y desviados de los acontecimientos que ocurren, que suelen ser habituales y repetitivos. Con base a ello se plantea que las emociones y conductas de las personas están influenciadas por su percepción de los eventos, de modo tal que al existir una interpretación errada del hecho afecta las emociones y por consiguiente el comportamiento del individuo ante determinada situación.

Según Beck et al. (2008) las distorsiones cognitivas son consideradas errores lógicos en la forma de pensar, creencias que el sujeto da por ciertas pero que en realidad son parcial o totalmente falsas, estas actúan de forma significativa en la percepción que el sujeto posee afectando de tal manera su comportamiento.

Las distorsiones cognitivas comúnmente causan emociones o conductas disfuncionales caracterizadas por causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación, llevar a (o implicar) comportamientos auto-saboteadores (contrarios a los propios intereses u objetivos), dificultar o impedir la realización de las

conductas necesarias para lograr los objetivos propios y asociarse a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas.

Tomando como referencia a Beck et al. (2008), se pueden distinguir las siguientes distorsiones cognitivas o como también suelen llamarse distorsiones del pensamiento a saber: sobre-generalización, pensamiento dicotómico o polarizado, abstracción selectiva o filtro mental, personalización, racionamiento emocional, falacia de justicia, falacia de control, falacia de recompensa divina, falacia de la razón, falacia de cambio, los debería, interpretación del pensamiento, culpabilidad, etiquetas globales, magnificación, catastrofización y minimización.

Finalmente se establece dentro del sistema cognitivo los llamados productos, los cuales aparecen en el sujeto como respuestas o reacciones después de la activación de los esquemas. Se presentan como el resultado final de la operación pensamiento, sentimientos, conducta; generando a su vez consecuencias que alimentan el sistema e influyen sobre la percepción del estímulo. Los productos son conclusiones a las que llega el aparato cognitivo después de procesar la información externa e interna. Son estructuras superficiales, y más asequibles a la conciencia del individuo, menos estables y más influenciables; se definen exactamente como las cogniciones y pensamientos que el individuo experimenta y de las que tiene conciencia como resultado de la interacción de la información entrante con las estructuras, operaciones y proposiciones del sistema (Ingram & Kendall, 1986).

Estrategias de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas

como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 141). Estos autores entienden que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan, además, que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver.

La aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza. En un primer momento, de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto (valoración primaria) y, en un segundo momento, si esa situación tiene una significación de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria). La valoración secundaria constituye así la capacidad de afrontamiento (coping), entendiendo a ésta como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes (Lazarus & Folkman, 1984).

Las estrategias de afrontamiento van dirigidas al problema, orientada a su modificación y al cambio de la situación hacia otra que no suponga amenazar al sujeto y a la emoción que incluye reducir la respuesta emocional negativa a una situación estresante, que puede ser percibida como amenaza o estancamiento, o bien, como oportunidad y aprender a salir adelante (Lazarus & Folkman, 1986). Existen múltiples estrategias de afrontamiento determinadas por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce.

Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento:

Confrontación. Conforman los esfuerzos de un sujeto para modificar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.

Planificación. Apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).

Aceptación de la responsabilidad. Es la capacidad del sujeto para reconocer el papel que el mismo juega en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.

Distanciamiento. Implica el acto o los esfuerzos del sujeto por alejarse del problema, evitando que éste le afecte.

Autocontrol. Indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales, por ende se considera un modo de afrontamiento activo.

Re evaluación positiva. Búsqueda de los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

Escape o evitación. En general, apunta a desconocer el problema. El sujeto puede emplear estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual.

Búsqueda de apoyo social. Esfuerzos que el sujeto realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias de afrontamiento se centran en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante);

las cinco siguientes están centradas en la emoción (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en ambas áreas (Lazarus & Folkman, 1984).

Bail y Azzollini (2010) analizando las estrategias de afrontamiento presentes en la población diabética, concluyen que las personas con un locus de control predominantemente interno, son quienes presentan mayor probabilidad de relacionar sus conductas con el resultado obtenido, en este caso el cuidado de la diabetes. Por ello, son quienes realizan más prácticas de auto-cuidado en relación con su dieta, el control de medicación y autoexámenes, la realización de ejercicios físicos y, el cuidado de los pies, como medidas preventivas, en cambio quienes atribuyen la causa de su enfermedad a factores externos, es decir, que no consideran que sus conductas puedan actuar sobre la enfermedad, es menos probable que la evalúen como un desafío y que utilicen estrategias activas de afrontamiento (tanto cognitivas como conductuales, dirigidas a la emoción o al problema). Inversamente, los que la valoran de ese modo y utilizan ese tipo de estrategias son quienes presentan una mayor posibilidad de adherirse a los tratamientos, cumpliendo las prácticas de auto-cuidado indicadas.

Esto implicaría un mayor control de la situación problemática, posibilitada por una evaluación de la enfermedad vinculada con los elementos con los que cuenta el enfermo para hacer frente a la situación tales como factores físicos, socioeconómicos, personales y culturales. Así cuando la diabetes es evaluada como un desafío, es porque el enfermo considera que puede hacer algo para mejorar su calidad de vida, y que para tener control sobre la misma, no debe evitar ésta situación sino afrontarla con mecanismos activos, dirigidos tanto a solucionar el problema como a manejar las emociones provocadas por la existencia de la enfermedad. En síntesis, los pacientes con diagnóstico de diabetes que

evalúan que la aparición y potenciales complicaciones de su enfermedad se relacionan con su estilo de vida (ej. malos hábitos alimenticios y sedentarismo), tienden a valorar la enfermedad como un desafío y la afrontan más activamente practicando un auto-cuidado adecuado (Bail & Azzollini, 2010).

El ser diagnosticado con Diabetes suele asociarse con una serie de temores, miedos, incompreensión, incertidumbre y sufrimiento y el curso de la enfermedad se relaciona con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los pensamientos y sensaciones ante el tratamiento y el futuro. El impacto emocional y conductual que se observa en la mayoría de las personas que han sido diagnosticadas con Diabetes, se debe a: Tener que asumir una enfermedad que durará toda la vida y tener que modificar sus comportamientos con el propósito de sobrellevar saludablemente las situaciones que se le presenten. Así, el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo, representa una de las variables personales reconocidas como intervinientes para que el individuo que padece una enfermedad crónica logre aceptarla (Almeida & Rivas, 2008).

Por otro lado se afirman que la persona con diagnóstico de diabetes mellitus debe aceptar su condición crónica para enfrentarla y responder lo mejor posible a las demandas de la enfermedad con sus recursos personales debido a que la diabetes mellitus conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se cura y que el tratamiento es por siempre, se hace necesario una modificación de hábitos y modos de vida, lo cual requiere implementar normas y nuevos papeles, que influirán de forma directa en las medidas terapéuticas para su control. Pese a que un porcentaje de personas diabéticas utilizan estrategias de afrontamiento adecuadas (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional), existe una parte de la población que apunta a la utilización de

estrategias como autocrítica, el pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retiro social, donde las mismas se convierten en factores inadecuados que impiden efectuar acciones encaminadas a controlar la enfermedad (Almeida & Rivas, 2008).

Técnicas de Intervención Cognitivo Comportamentales

Reestructuración cognitiva. La Reestructuración Cognitiva (RC) pertenece al grupo de técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo-conductual, fueron introducidas en la literatura psicológica por Albert Ellis en 1971 y posteriormente profundizadas por Aaron Beck. Las técnicas de reestructuración cognitiva (RC) consisten principalmente en que el paciente con la ayuda inicial del psicólogo, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros (Beck, 2000).

En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y psicólogo y paciente trabajan conjuntamente para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir cuáles son los pensamientos alternativos válidos, se formula una serie de preguntas y diseñan experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989). Se puede decir que es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos (Bados & García, 2010).

El presupuesto teórico en el que se basa sostiene que:

El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que

tienen. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. Por otra parte, afecto, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones. (Bados & García, 2010, p. 3)

Detención de pensamiento. La detención de pensamiento, es una técnica configurada por Bain (1920) y adoptada por Wolpe (1950) (citados en Bados, 2008), con la cual se busca que el individuo adquiera el suficiente autocontrol para evitar pensamientos rumiantes, es decir aquellos pensamientos no deseados que constantemente se repiten en ciertas ocasiones y que pueden originar sensaciones poco agradables, lo cual afecta nuestro estado de ánimo.

Dichos pensamientos poseen dos características importantes: son improductivos (es decir, no permiten efectuar acciones que ayuden a resolver aquello que perturba), y no se adaptan a la realidad. Aprender a controlar los pensamientos rumiantes permite disminuir los niveles de ansiedad y otros estados emocionales perturbadores que dificultan sentirse satisfechos y felices (Bados, 2008).

La técnica de detención del pensamiento, consiste entonces en focalizar la atención en esos pensamientos no deseados, vivenciarlos durante un corto período de tiempo y luego detenerlos (mediante alguna orden como ¡Basta!, algún ruido, tirar de un elástico colocado en la muñeca, etc.) y así evacuar la mente (Bados, 2008). El procedimiento implica cinco pasos:

Determinar cuáles son los pensamientos rumiantes. Descubrir cuáles son los pensamientos que se repiten más comúnmente y que proporcionan mayor malestar.

Focalizar la atención en el pensamiento perturbador. Buscar un lugar tranquilo en el cual el individuo se sienta relajado. Imaginar tantos detalles como sea posible una situación en la que suele aparecer el pensamiento perturbador; para posteriormente pasar a pensamientos no perturbadores. Es necesario alternar ambos pensamientos

Interrupción del pensamiento con ayuda. Cuando el pensamiento perturbador llegue a la mente del individuo es necesario colocar un stop al mismo. Esto es posible hacerlo diciendo en voz alta la palabra ¡BASTA!. Otra opción es atarse a la muñeca un elástico y al decir la orden ¡Basta! Se tira del elástico y se suelta. Esto permitirá realizar la detención en situaciones en las que hay otras personas alrededor.

Interrupción del pensamiento sin ayuda. Controlar el pensamiento sin las ayudas anteriores. Poco a poco, se irá sustituyendo el ¡Basta! dicho en voz alta por el elástico y decir ¡Basta! mentalmente.

Sustitución del pensamiento. Por último se deben buscar varias alternativas saludables a un pensamiento perturbador, eligiendo frases cómodas para la persona que logren sustituir el pensamiento perturbador.

Aprender a interrumpir los pensamientos lleva tiempo, ya que comúnmente han formado parte de los esquemas personales desde hace mucho tiempo y es posible estar acostumbrado a ellos. Conforme se vaya avanzando en la práctica de la detención del pensamiento, éstos deberían ir apareciendo cada vez menos, con menor intensidad hasta dejar de constituir un problema.

Inoculación del estrés. Técnica propuesta por Meichenbaum y Cameron (1983), la cual se centra fundamentalmente en el entrenamiento frente a cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes, con el fin que no se evite situaciones productoras de estrés y se desarrollen nuevas formas de reacción, aprendiendo a relajar la tensión y la activación fisiológica y a sustituir las antiguas interpretaciones negativas por pensamientos de afrontamiento al estrés en lugar de la habitual respuesta de miedo o cólera. Se puede decir que la utilidad de esta técnica se relaciona con la identificación de situaciones ante las cuales es posible la preparación para su respectivo afrontamiento. La técnica consiste en aprender cuatro pasos: aprender a relajarse, construir una jerarquía de situaciones de malestar emocional, seleccionar pensamientos de afrontamiento y afrontar la situación real (Meichenbaum, 1987).

Resolución de problemas. Técnica planteada por D`Zurilla y Goldfried (1971), también llamada entrenamiento en solución de problemas, en la que se busca la toma de decisiones cuando las posibles alternativas parecen difusas y así lograr ante situaciones generadoras de estrés, que tales decisiones sean acertadas.

El proceso de solución de problemas sirve para evaluar las consecuencias de estas falsas «soluciones» a corto plazo y sugiere respuestas alternativas que son útiles a largo plazo, ayudando a ver la vida como una serie indefinida de situaciones que requieren algún tipo de respuesta. Así ninguna situación es intrínsecamente problemática, sino la inadecuación de la respuesta. Para lograr alcanzarla se requiere definir los problemas en términos de soluciones inapropiadas y no en términos de situaciones imposibles, teniendo claro que “el problema no es el problema, el problema es la solución”. En la medida en que

se empieza a captar el significado de esta afirmación se comprende la esencia de la solución de problemas (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

Emoción

La emoción es entendida como una experiencia multidimensional en la que se sitúan al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expressivo y fisiológico/adaptativo, donde cada una de ellas puede adquirir especial relevancia en una emoción en concreto, en una persona en particular, o ante una situación determinada (Chóliz, 2005).

Los seres humanos experimentan muchas emociones a lo largo de sus vidas, las emociones primarias, como son el miedo, la alegría, la ira, el disgusto, la tristeza y la sorpresa, estas se acompañan de patrones de conducta tales como respuestas faciales, motoras, vocales, endocrinas y autonómicas hasta cierto punto estereotipadas y que son reconocibles por encima de diferencias culturales y raciales en los seres humano. Y las emociones secundarias, como la envidia, la vergüenza, la culpa, la calma, la depresión entre otras, con un componente cognitivo más alto, asociadas a las relaciones interpersonales (Belmonte, 2007).

La emoción cumple un papel importante tanto en la promoción de la salud y origen de la enfermedad, como en las consideraciones terapéuticas implicadas. Los procesos emocionales han demostrado su relevancia en alteraciones del sistema, trastornos coronarios, diabetes, trastornos del sueño, entre otras (Chóliz, 2005). Las emociones son las más relevantes de los procesos psicológicos que inciden en la salud y enfermedad (Adler & Matthews, 1994)

El estrés, la depresión y la ansiedad, son reacciones emocionales que se han relacionado con el origen de alteraciones en la salud, específicamente con el descenso de la actividad inmunológica que se manifiesta por disminución de la respuesta de linfocitos y menor cantidad de células TB o linfocitos granulares en sangre” y el estilo represivo de afrontamiento (Anarte et al., 2010).

Un estudio realizado en el distrito de Tabasco México encontró presencia de niveles de ansiedad y depresión en pacientes diabéticos, con una proporción mayor en las mujeres para la depresión y mayor ansiedad en hombres, también un porcentaje mayor de Ansiedad-Estado (53.0%) con relación al de Ansiedad-Rasgo (51.0%). Respecto a la depresión el 45.0% cursan con Depresión Media. El nivel de estos estados emocionales fue más frecuente en la población masculina, con un estado de ansiedad alto de 54.5% y de 50.9% en mujeres correspondientemente (Rivas et al., 2011).

Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’ e incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades (Palomba, 2002). Surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos, donde el nivel de vida se traduce en aquellas circunstancias expresadas en lo concerniente al nivel educativo, las condiciones de vivienda, la salud, la alimentación, la seguridad social y los derechos humanos (Enciclopedia Libre Universal en Español, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) la define como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en

los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Ésta está relacionada a su vez con la salud como un factor de desarrollo, donde el proceso biológico se mira como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, centrándose en el bienestar subjetivo o la satisfacción con aspectos de la vida afectados por el estado de salud de la persona, comprendiendo el afecto, los síntomas, la severidad o la funcionalidad.

La calidad de vida subjetiva es definida como “experiencia emocional placentera”, término que se superpone al de bienestar personal, subjetivo o psicológico y se asocia a una estabilidad emocional extravertida (Diener, 1984; Fierro, 2006).

Según Casas (1999), las dimensiones de la calidad de vida hacen referencia a la habilidad para vivir una vida normal, la felicidad o satisfacción, los logros de objetivos personales, la habilidad para llevar una vida socialmente útil y las capacidades físicas y/o mentales que posea la persona.

Se han descrito múltiples factores relacionados con la diabetes que pueden afectarla como el impacto del diagnóstico, las demandas del tratamiento que con frecuencia producen la aparición de reacciones emocionales negativas, la incertidumbre sobre posibles complicaciones futuras, el miedo a las hipoglicemias por las consecuencias negativas de éstas (físicas, cognitivas, motoras, etc.), frustración ante niveles altos o bajos de glicemia inexplicables y el cumplimiento diario del régimen médico que impone restricciones en el estilo de vida familiar (inyecciones, análisis, planificación de comidas, ejercicio físico, etc.) (Anarte, 2004)

La calidad de vida de personas con diabetes es inferior a la de la población general, sobre todo en el funcionamiento físico y el bienestar y tiene una relación muy consistente con las complicaciones de la enfermedad. Se ha registrado una disminución a medida que

aumenta el número y la severidad de los síntomas de las complicaciones médicas de la enfermedad (Rubin & Peyrot, 1999).

Calidad de Vida del Paciente Diabético

Al hablar de calidad de vida en una persona que padece una enfermedad crónica como lo es la Diabetes Mellitus, se requiere entender a esta como la valoración subjetiva que el paciente diabético hace de su vida en relación con su estado de salud actual (Barbara, 1999).

En el caso de la diabetes es posible vislumbrar fácilmente un quiebre significativo en una de las variables que se considera un componente primordial de la calidad de vida de estos pacientes: su estado de salud (Portilla, 2011).

Según lo planteado por Portilla (2011), la calidad de vida es un constructo multidimensional, donde al verse afectado alguno de los dominios que la conforman es posible que se afecte de manera general la percepción que el individuo tiene sobre la misma. En el caso de los pacientes crónicos, como los que padecen diabetes mellitus, son cuatro los aspectos que primordialmente se ven alterados: el bienestar físico, los síntomas relacionados con la enfermedad y con el tratamiento, el funcionamiento psicológico y el funcionamiento social.

Para estos pacientes, tanto la enfermedad como el tratamiento de la misma generan un impacto significativo en muchas áreas de su vida, como por ejemplo en el campo laboral, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Las personas con diagnóstico de diabetes, precisan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, y a su vez se encuentran ante la expectativa de la posible

presencia de complicaciones propias de la enfermedad como lo son la hipoglicemia, hiperglicemia, pie diabético, retinopatía, entre otros (Árcega, 2005).

A continuación se ilustrará brevemente el impacto que genera una enfermedad crónica como la diabetes mellitus en diferentes aspectos de la vida del paciente.

Impacto en la percepción del bienestar. Una de las razones que afecta la calidad de vida del paciente diabético es el impacto que ocasiona el tratamiento de la insulina en el individuo, ya que existen diferencias significativas en la manera como cada paciente asimila el tratamiento. Cada diabético, reacciona de forma específica, ya sea porque el metabolismo varía de un individuo a otro, o porque su personalidad y sus factores neuropsíquicos influyen en los resultados terapéuticos. Algunas personas pueden integrar el tratamiento perfectamente a su estilo de vida, pero otras muestran tener muchas dificultades (Rodin, 1990).

Por ende, las múltiples diferencias entre cada individuo, el entorno social y familiar del mismo, como la intensidad y tipo de tratamiento, puede afectar o contribuir a una mayor o menor calidad de vida en el paciente con diabetes mellitus.

Impacto en el funcionamiento físico y social. Es posible encontrar que individuos dependientes de la insulina lleguen a tener algún tipo de alteración en su vida laboral y social. Algunos de los factores que influyen en la disminución de la actividad laboral son los requerimientos dietéticos, los esfuerzos físicos violentos, y la prolongación de la jornada laboral; desde una perspectiva social, inciden elementos de carácter cultural y económico que sugestionan el comportamiento del paciente frente a la enfermedad y

cambian su propio contexto familiar, laboral y comunitario (Mayou, Bryan, & Turner, 1990).

Impacto en estado mental y emocional. A nivel emocional y psicológico se puede presentar incertidumbre sobre: las complicaciones futuras, los cambio en hábitos y rutinas, y modificación del estilo de vida habitual; estrés ante el diagnóstico y las implicaciones del tratamiento, lo que puede contribuir al desencadenamiento de problemas psicológicos como lo son la depresión y la ansiedad (Jiménez & Davila, 2007).

Algunos pacientes manifiestan sentimientos de frustración y rechazo provocados por el diagnóstico de la enfermedad, por los malos resultados o por las limitaciones y renuncias que la misma enfermedad conlleva, así como estrés y culpabilidad asociados a las dificultades o resistencias para cambiar sus hábitos y estilo de vida cotidiano (Bolaños & Sarría-Santamera, 2003).

Preocupaciones por la enfermedad. Las exigencias, inquietudes y preocupaciones que surgen en el paciente por la enfermedad, pueden llegar a originar un impacto en la vida diaria del sujeto, al producir posiblemente una disminución en la satisfacción con la vida en general. Sin embargo, algunos autores coinciden en que a pesar de los requerimientos de la enfermedad, se puede construir una vida diaria sin reducir la calidad de vida y sin dejar de preocuparse por las complicaciones de la diabetes a largo plazo (Portilla, 2011).

Metodología

Para la elaboración del protocolo se utilizaron las fuentes bibliográficas como herramienta de investigación para recolectar, organizar, divulgar y recuperar información que se encuentra en físico y que sirvió como técnica primordial para la recolección de la misma (Sierra Bravo, 1988). A su vez se tuvieron en cuenta aquellos protocolos sustentados por la terapia cognitivo conductual y la teoría del procesamiento de la información.

Para la consecución de tal fin se realizó de igual manera un análisis documental y rastreo investigativo de la diabetes mellitus y de protocolos de manejo de esta o de otras enfermedades, con el objetivo de soportar conceptualmente el trabajo realizado, utilizando de igual manera el abordaje teórico de la psicología cognitivo conductual y la contribución que puede tener en la enfermedad, para plantear un conjunto de actividades dentro del ámbito psicológico que apuntan explícitamente a una intervención desde lo psíquico pero que logre complementar un tratamiento integral para el paciente.

El método del protocolo está basado en la aplicación de una serie de actividades centradas en las percepciones, impresiones, ideas, cuestionamientos, formas de afrontar la enfermedad y emociones de personas con diagnóstico de Diabetes, buscando actuar directamente sobre el factor psicológico, para así ofrecer un tratamiento integral.

Es una propuesta que pretende interconectar lo biológico y lo psíquico y entender la relación salud física-salud mental como elemento central de abordaje en el campo de la psicología de la salud para pacientes diabéticos.

Diseño de una Propuesta de Realización de un Protocolo de Intervención Psicológica Cognitivo Comportamental en Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus

Según Rodríguez (2007), un protocolo de intervención, es un documento utilizado en el ámbito clínico, el cual contiene información que sirve como guía de tratamiento para situaciones específicas o patologías relevantes. Responde a las preguntas: ¿Qué? (objetivo genérico, objetivos específicos), ¿Quién? (población a quien va dirigido, profesionales implicados), ¿Cómo? (actuación a seguir por pasos), ¿Cuándo? (calendario y horario de la actividad) y ¿Con qué? (material necesario).

Los protocolos de intervención responden a una necesidad detectada desde los servicios sociales especializados con un tipo de población específica para mejorar su cuidado, afrontar de una mejor forma sus problemas y dar un carácter temporal al uso de los dispositivos específicos para su atención (Junta de Andalucía, *s.f*).

Justificación del protocolo

Con la realización del “Diseño de una propuesta de realización de un protocolo de intervención psicológica cognitivo comportamental para pacientes diagnosticados con diabetes mellitus”, se pretende contribuir de forma parcial o total al mejoramiento, adecuación y visión que estas personas, ya diagnosticadas, tengan frente a la misma, con el propósito de interconectar lo biológico y lo psicológico y lograr entender la relación salud física-salud mental como elemento central de abordaje en el campo de la psicología de la salud.

Además se busca profundizar en el área de la psicología cognitiva, específicamente el paradigma del procesamiento de la información, donde, la presencia de esquemas de

pensamiento central, dará cuenta de cómo la persona procesa, emocionaliza y actúa de una u otra manera.

Al tomar como relevante las implicaciones que desde la psicología puede tener la enfermedad, se pretende realizar un rastreo y abordaje teórico fundamentado en las conceptualizaciones que diversos autores hayan realizado desde el paradigma cognitivo comportamental, al enfocar de manera explícita los conceptos enmarcados dentro del perfil cognitivo, estados emocionales, cadena pensamiento-emoción-conducta, calidad de vida y técnicas de intervención cognitivo-comportamental en pro de promover a través del diseño de una propuesta de realización de un protocolo actividades innovadoras y transformadoras relacionadas con las percepciones, impresiones, ideas, cuestionamientos, formas de afrontar la enfermedad, hábitos, costumbres, emociones, en busca de actuar directamente sobre lo psicológico, y de forma oportuna ofrecer un tratamiento integral.

Finalmente al vincular lo mencionado con antelación, el Diseño de una propuesta de realización de un protocolo de intervención psicológica esta direccionado hacia el planteamiento de estrategias y herramientas útiles para el paciente diabético, que le permitan a este un mayor funcionamiento y adaptación a su estado salud-enfermedad, logrando de esta manera una mejora en sus estilos y formas de vida.

Así al tener en cuenta lo anterior se establecen los siguientes parámetros y requerimientos dentro del Diseño de una Propuesta de Realización de un Protocolo de Intervención Psicológica Cognitivo Comportamental:

Dirigido a: los psicólogos que atenderán la problemática psicológica de los pacientes con diabetes mellitus:

A todos los psicólogos especializados en el campo clínico y de la salud.

A los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.

A los pacientes que tienen dificultad para llevar a cabo su tratamiento integral, sin un apoyo de tipo psicológico.

Perfil del psicólogo (a):

Edad: 23 años en adelante

Sexo: indiferente

Formación: psicólogo (a) titulado con experiencia laboral en el campo clínico y de la salud.

Requisito: contar con experiencia mínimo de un año (1) en el área clínica y de la salud.

Destrezas: manejo y conocimiento en aplicación de protocolos; capacidad para establecer relaciones empáticas y asertivas, que acompañadas de conocimientos teóricos, le permitan un ejercicio profesional ético.

Capacidades: capacidad de análisis, síntesis, y de comunicación verbal. Capacidad de observación y facilidad de trabajo en equipo. Conocimiento y manejo en psicoterapia cognitivo-comportamental.

Actitud: positiva, de liderazgo, comprometido (a), responsable, creativo (a)

Competencias: el psicólogo (a) deberá:

Lograr que el paciente comprenda la relevancia que tiene la adherencia terapéutica, apoyándolo en la modificación de sus hábitos y fomentando su colaboración en el manejo de una enfermedad crónica. Favoreciendo la comprensión de los riesgos y cambios que implica un nuevo estilo de vida adecuado al estado de salud, edad, género y nivel sociocultural del paciente.

Evitar generar malestar en el paciente.

Comprobar que el paciente sea capaz de entender y comprender su enfermedad.

Acompañamiento en las dificultades que se puedan presentar en los pacientes, para hacerles ver la red de apoyo que contribuirá al enfrentamiento y afrontamiento de la problemática y enfermedad.

Sensibilidad, calidez, tolerancia, respeto y cercanía terapéutica, para que el paciente sienta confianza en el psicólogo.

Espacios favorables para que el paciente sienta seguridad en sí mismo para tomar sus propias decisiones.

Monitorear hábitos alimenticios, estado de salud y estado emocional del paciente.

Brindarle al paciente una visión positiva del tratamiento, otorgándole alternativas aplicables a su estilo de vida.

Actividades

Sesión 1. Presentación del protocolo y adherencia terapéutica: “Diabetes: una guía para el manejo de tu enfermedad”.

Objetivos a desarrollar en la sesión

Establecer empatía por parte del terapeuta con el grupo de pacientes.

Propiciar un espacio para el conocimiento de los miembros del grupo.

Informar a los pacientes sobre la estructura, proceso y manejo del protocolo y sus sesiones.

Sesión 2. Psicoeducación frente a la enfermedad “La diabetes es una enfermedad que muchos tienen y es posible manejarla”.

Objetivos a desarrollar en la sesión

Desarrollar los conceptos teóricos relacionados con la diabetes, los subtipos de la misma y la manera de manejar la enfermedad.

Conocer que tanto conocimiento poseen los pacientes frente a su enfermedad.

Sesión 3. ¿Cómo percibes tu enfermedad? “La forma como piensas influye sobre tu proceso de enfermedad”.

Objetivos a desarrollar en la sesión

Orientar a los pacientes en el proceso de reconocimiento de sus pensamientos errados a partir del análisis de aquellas situaciones habituales en donde experimentan comúnmente fuertes emociones.

Conocer conceptos teóricos claves como cognición, pensamientos errados, ideas irracionales, distorsiones cognitivas, y percepción de la enfermedad.

Sesión 4. ¿Qué sientes con tu enfermedad? “Controlar tus emociones te ayudará a controlar tu diabetes”

Objetivos a desarrollar en la sesión

Orientar a los pacientes en la identificación de emociones que puedan generarse a partir del diagnóstico, curso o situaciones específicas relacionadas con la enfermedad.

Fomentar en los pacientes el control de emociones, para favorecer en los mismos mejor adaptación al diagnóstico y calidad de vida.

Sesión 5. ¿Cómo te comportas con tu enfermedad? “El comportamiento es un espejo en el que cada uno muestra su imagen”.

Objetivos a desarrollar en la sesión

Propiciar el desarrollo de pautas de comportamiento enfocadas en la búsqueda de oportunidades de mejoramiento en relación con el afrontamiento de su enfermedad.

Fortalecer en los pacientes las actitudes y comportamientos viables relacionados con el manejo de su enfermedad.

Sesión 6. Responsabilidad frente a la enfermedad.

Objetivos a desarrollar en la sesión

Orientar a los pacientes en la importancia de hacerse responsables de las conductas de auto-cuidado que han de tener presentes durante su proceso de enfermedad.

Fomentar en los pacientes el desarrollo de estrategias y hábitos de vida más saludables que le ayuden a mantener su calidad de vida.

Referencias

- Adler, N & Matthews, K. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well. *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259
- Almansa, C. (2011). *Las doce creencias irracionales que sustentan la neurosis (A. Ellis) y los doce curadores (E. Bach): estudio de su correspondencia*. Recuperado el 9 de 5 de 2013, de Sedibac: <http://www.sedibac.org/CONGRESO%202011/CD/PDF/C-Almansa-.pdf>
- Almeida, G., & Rivas, V. (2008). Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus. *Semana de divulgación y video científico*, 407-411.
- American Cancer Society. (2 de Abril de 2013). *Cáncer de tiroides*. Recuperado el 24 de Abril de 2013, de American Cancer Society: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdetiroides/guiadetallada/cancer-de-tiroides-what-is-what-is-thyroid-cancer>
- American Diabetes Association. (2013). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 11-66.
- Anarte, M. (2004). Importancia del estrés en la diabetes. *Célula Beta*, 18-21.
- Anarte, M., Machado, A., Ruiz, M., & Caballero, F. (2010). Ansiedad, Depresión y otras variables en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo I. *Ansiedad y Estrés*, 13-31.
- Árcega, A. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista de investigación clínica*, 676-684.

- Arroyo, F., Bartivas, S., Cortés, M., Ferrer, J., García, M., & García, M. (2010). *Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela*. Mérida (españa).
- Arzuaga, J., Díez, C., Díaz, H., & Arosa, M. (2012). Consecuencias psicológicas de la diabetes mellitus tipo II: causas del descenso en la percepción de calidad de vida y depresión. *Mediker 2.0*.
- Bados, A., & García, E. (15 de Abril de 2010). *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Obtenido de Dposit.ub.edu: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bados, A. (2008). Terapia cognitiva de Beck. En F.J. Labrador (Coor.), *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 517-533). Madrid: Pirámide.
- Bail, V., & Azzollini, S. (2010). Relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos. *Anuario de Investigaciones Vol. 17*, 287-297.
- Baloch, Z., Carayon, P., Conte-Devolx, B., Demers, L., Feldt-Rasmussen, U., Henry, J., ... otros. (2003). Guía de Consenso para el Diagnóstico y Seguimiento de la Enfermedad Tiroidea. 3-126.
- Barbara, K. (1999). *Fundamentos de Enfermería*. Mexico: 5ta edición.
- Barriguet, A., Rodríguez, R., Styger, A., & Cavazos, M. (2008). *Protocolo de psicología para la atención de pacientes con enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes*. México: Secretaría de Salud.

- Beck, J. (1995/ 2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Madrid: Gedisa.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: Internationals Universities press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., & Clark, D. (1997). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Beck, A. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao : DDB. 18va edición.
- Beck, A., & Freeman, A. (1995). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G., (2008). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao. DDB. 18va edición.
- Belmonte, C. (2007). Emociones y Cerebro. *Real Academica de Ciencias Exactas, Fisicas y Naturales* , 59-68.
- Bolaños, E., & Sarría-Santamera, A. (2003). Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*, 195-202.
- Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Revista Papeles del Psicólogo N° 74*, *Colegio de Psicólogos de Madrid*, 46-54.

- Castro, G., Rodriguez, I., & Ramos, R. (2006). Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Revista facultad ciencias de la salud Vol. 2, Universidad del Magdalena* , 147-149.
- Centro de Salud Familiar. (2011). *Portoco de Hipertensión Arterial con enfoque familiar en pacientes descompensados*. Pelarco-Chile.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. <http://www.uv.es/=choliz> , 3-34.
- Clark, D. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Conell, S., & Bare, B. (2004). *Enfermería medico quirúrgica*. España: Interamericana.
- D'Zurilla, T.& Goldfried, M. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin* , 542-575.
- Dirección General de Atención Primaria de Salud. (2011). *Protocolo: Manejo de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud*. Paraguay .
- Ellis, A., & Harper, R. (1975). *A Guide to Rational Living* . Melvin Powers.
- Enciclopedia Libre Universal en Español. (30 de Octubre de 2011). Enciclopedia Libre Universal en Español. Recuperado el 12 de Agosto de 2013, de Calidad de vida: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida

- Fierro, A. (2006). Bienestar personal, adaptación social y factores de personalidad: Estudios con las Escalas Eudemon. *Clínica y Salud* , 297-318.
- García, C. (2008). Diabetes mellitus gestacional. *Medicina Interna de México* , 148-156.
- García, D. (2007). Guía Para el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica. Bogotá-Colombia: Scripto Ltda.
- Gómez, Y., López, P., & Jiménez, G. (2010). Efectividad del protocolo EDUPEC: Educación en la cadena pensamiento-emoción-conducta en adolescentes escolarizados. *Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología Vol. 3 Núm. 1* , 91-98.
- Granados, E., & Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit*, 203-2016.
- Hollon, S. & Kriss, M. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 4, 35-76.
- Ingram, R., & Kendall, P. (1986). *Cognitive clinical psychology: implications of an information processing perspective* .Orlando, Florida: Academic Press.
- Jiménez, M., & Davila, M. (2007). Psicodiabetes. *Av. Psicol. Latinoam.*, 126-143.
- Junta de Andalucía. (s.f.). *Protocolos de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento*. Obtenido de juntadeandalucia: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialopencms/system/bodies/Personas_Discapacidad/Publicacion/Protocolos_de_intervencion/ManualPDICT.pdf.

- Last, C & Hersen, M. (1988). *Handbook of Anxiety Disorders*. new york: pergamon press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estres Y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer.
- Lazcano, M., & Salazar, B. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Aquichan* , 77-84.
- Lorente, I. (2007). Falta de aceptación de la diabetes: un enfoque diagnóstico y terapéutico. *Av Diabetol*, 94-99.
- Luongo, A., Gónzales, E., Garcia, A., Milrad, S & Ruiz, M. (2011). El control glucémico de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores se asocia con deterioro cognitivo. *Revista sociedad argentina de diabetes, Vol. 45, num 3*, 126 - 132.
- Machado, A., Anarte, M., & Ruíz, M. (2010). Predictores de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Clinica y salud*, 21(1), 35-47.
- Mahoney, M. (1974). *Cognition and behavior modification* .Cambridge: M.A Ballinger.
- Marion, J. (2003). Dietoterapia de Krause. 700-707.
- Martínez, O., Camarero, O., & Carrió, J. (2009). Comportamiento de variables psicológicas en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *EcuRed* , 57-67.
- Martínez, M., Lastra, I., & Luzuriaga, C. (30 de Mayo de 2002). *Psicopatología y evolución de la diabetes mellitus tipo 1 en niños y adolescentes*. Recuperado el 14 de Abril de 2013, de Actas Españolas de Psiquiatría:
http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/comorbilidad106/7944/

- Mayou, R., Bryan, B., & Turner, R. (1990). Calidad de vida en la diabetes no insulino-dependiente y una comparación con la diabetes insulino-dependiente. *Journal of Psychosomatic Research*, 1-11.
- Mc Kay, M. & Essherman, E. (1985). Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de Inoculación del Estrés*. Barcelona : Martinez Roca .
- Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1983). Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichenbaum y M.E. Jarenko (Eds.), *Stress reduction and prevention*. Nueva York: Plenum Press.
- Méndez, F., & Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología* , 189-198.
- Ministerio de Salud (2010). *Guía clínica diabetes mellitus tipo 2*. Santiago, Chile: Minsal.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Bogotá-Colombia: Scripto Ltda.
- Nezu, A.; Nezu, C. & Lombardo, E. (2006) Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo –conductuales. Un enfoque basado en problemas. Manual moderno: México.
- Ocampo, M. (2012). Psicología Social ¿una disciplina cognitiva? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia Vol. 4 N° 2* , 115-124.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). The International Classification Functioning,

Disability and Health. Geneva: WHO.

Ortiz, E., Leiva, M., Hernández, A., & Anabalón, E. (2011). Protocolo de Referencia y Contrarreferencia: Hipotiroidismo y Nodulo Tiroideo en Personas Adultas. 1-15.

Palomba, R. (24 de Julio de 2002). Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Italia, Roma, Europa.

Pereira, N., & Rivero, D. (Diciembre de 2011). *Distorsiones Cognitivas y Depresión en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo I y II*. Recuperado el 1 de Mayo de 2013, de <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-11-04855.pdf>

Pérez, D., Franco, L., Santos, M., & Zanetti, M. (16 de Junio de 2008). *Representaciones sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al proceso de salud y enfermedad*. Recuperado el 14 de Abril de 2013, de Revista Latino-Americana de Enfermagem: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_09.pdf

Peyrot, M., & Rubin, R. (1994). Structure and correlates of diabetes specific locus of control. *Diabetes care* , 994-1001.

Portilla, L., Romero, M., & Román, J. (1991). El paciente diabetecio, aspectos psicologicos de su manejo. *Revista Latinoamericana de psicología* , 199-205.

Portilla, L. (2011). *Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento*. Mexico.

Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentación y conceptualización del caso clinico*. Bogotá: Norma.

- Rivas, V., García, H., Cruz, A., Morales, F., Enríque, R., & Román, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco* , 30-35.
- Rodin, G. (1990). La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus insulino-dependiente. *Psychotherapy Psychosomatics*, 132-139.
- Rodríguez, C. (2007). *Infogerontología*. Obtenido de Plan general de intervención. Protocolos geriátricos: <http://www.infogerontologia.com/index.html>.
- Rondon, J. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, Vol. 14, Num. 2 , 126 - 157.
- Rubin, R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes Metabolism Research and Reviews* , 205-218.
- Ruiz, J. & Lujan, J. (1991). Manual de psicoterapia cognitiva. Inventario de pensamientos automáticos. Psicología Online. Recuperado el 19 de febrero de 2009, de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/SentirseMejor/entirse2.htm>
- Sánchez, J., & Gonzales, J (1996) Como sentirse mejor, como afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva. Equipo de Salud Mental de Ubeda (Jaén). 1996 Depósito Legal: J-286- 1997. Segunda edición: 1999. Disponible en: http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirsebib.htm

Santos, D., & Pacheco, A. (Mayo de 2007). *Fundación Vida Saludable*. Recuperado el 4 de Septiembre de 2013, de Fundación Vida Saludable:

http://www.fundacionvidasaludable.org/Docs/RenalHealthProgram/Prog_Preveni%C3%B3n_%20Control_Enf_Renales_Bolivia.pdf

Segundo, S. (2000). La Diabetes Mellitus Problema de Salud Pública. *Instituto de Gerontología*, 114-135.

Sierra Bravo, R. (1988). *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicio 5*. Madrid, España: Paraninfo S.A.

Vega, M. d. (1984). *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.

Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I., Contreras, F.... Tobòn, S. (2006). Calidad de Vida y Conducta de Enfermedad en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. *Suma Psicológica*, 15-31.

Zapata, M., García, S., & Fernandez, V. (2007). Protocolo de atención en consulta al paciente diabetico. *Nure Investigación N°26*.

Zavala, M., Vásquez, O., & Whetszel, M. (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan, Vol. 6, Núm. 1*, 8-20