

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**MANEJO DEL ESTRÉS Y DE LA ANSIEDAD EN UN
GRUPO DE PACIENTES DIABÉTICOS
UN ABORDAJE COGNITIVO - CONDUCTUAL**

POR:
MARÍA INÉS BARRIOS PINILLA

Tesis para optar por el Grado de Maestría en Psicología Clínica

Panamá, 2005

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.
FACULTAD DE HUMANIDADES.**

**FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN CONDUCENTES A LA TESIS DE GRADO**

CÓDIGO:

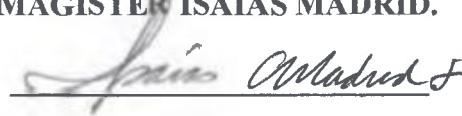
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: **MARÍA INÉS BARRIOS PINILLA.**

CÉDULA: **8-241-176.**

TÍTULO DE LA TESIS: **MANEJO DEL ESTRÉS Y DE LA
ANSIEDAD EN UN GRUPO DE
PACIENTES DIABÉTICOS.
ABORDAJE COGNITIVO
CONDUCTUAL**

ASESOR: **MAGÍSTER ISAÍAS MADRID.**

FIRMA DEL ASESOR:



FIRMA DEL ESTUDIANTE:

_____.

APROBADO POR:

_____.

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

FECHA: _____

ÍNDICE GENERAL

	Página
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Extracto	1
Summary	2
Introducción	3
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
1. Aspectos generales sobre la Diabetes Mellitus	6
a) Definición de Diabetes Mellitus.....	6
b) Clasificación médica de la enfermedad.....	7
c) Tratamiento médico de la Diabetes Mellitus.....	9
2. Clasificación diagnóstica DSM-IV-TR (2001-2002) con código CIE-10(1995).....	10
a) Diagnóstico clínico	10
b) Diagnóstico diferencial.....	11
3. Teorías que tratan de explicar la importancia de los factores psicológicos en las enfermedades físicas.....	13
a) La problemática de las enfermedades físicas.....	13
b) La perspectiva multifactorial y la multidisciplinar.....	14
c) La importancia de los factores psicológicos en la diabetes.....	16

	Página
4. Modelos teóricos que explican la relación del estrés y la ansiedad con las enfermedades físicas.....	21
a) Modelo transaccional del estrés relacionado con la Diabetes, de Barglow, Berndt, Burns y Hatcher (1986).....	21
b) Modelo procesual del estrés de Bonifacio Sandín (1997).....	24
c) El Modelo transaccional del estrés y la emoción de R. Lazarus.....	29
CAPÍTULO II. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	58
1. ¿Por qué brindar un programa cognitivo conductual a estos pacientes diabéticos?.....	58
2. La terapia cognitivo conductual.....	63
3. Técnicas cognitivo-conductuales.....	65
4. Terapia cognitivo-conductual en grupo.....	75
CAPÍTULO III. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	77
1. Enunciado del problema.....	77
2. Justificación de la investigación.....	77
3. Planteamiento de objetivos.....	79
4. Sujetos	79
5. Diseño de investigación	81
a) Estudio explicativo.....	81

	Pàgina
b) Diseño de preprueba y postprueba con un solo grupo.....	81
6. Formulación de hipótesis	83
a) Hipótesis conceptual.....	83
b) Hipótesis operacional	83
c) Hipótesis estadística	86
7. Instrumentos de medición	97
8. Variables	106
a) Variable dependiente.....	106
b) Variable independiente	109
9. Análisis estadístico de los resultados	164
a) Análisis descriptivo	164
b) Análisis comparativo	164
10. Procedimiento	166
11. Limitaciones	167
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	169
1. Características generales de la muestra.....	169
a) Edad de los pacientes	169
b) Años de padecer la enfermedad	170

	Página
2. Presentación y análisis descriptivo y comparativo de los resultados	171
a) Estrés	171
b) Ansiedad	174
c) Valoración Negativa	177
d) Minimización de la Amenaza	180
e) Bienestar Psicológico.....	184
f) Hábitos de Salud	187
g) Concentración en el Problema	190
h) Fuerza Cognitiva	193
i) Valoración Positiva	196
j) Red de Apoyo Social	199
k) Adaptación y Mejoría Clínica Global del Paciente Diabético	202
CONCLUSIONES.....	207
RECOMENDACIONES	211
BIBLIOGRAFÍA.....	213
ANEXOS.....	219

ÍNDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro I. Prueba t para grupos dependientes. Escala de Estrés...	172
Cuadro II. Prueba t para grupos dependientes. Escala de Ansiedad.....	175
Cuadro III. Prueba t para grupos dependientes. Escala de Valoración Negativa.....	178
Cuadro IV. Prueba t para grupos dependientes. Escala de Minimización de la Amenaza.....	181
Cuadro V. Prueba t para grupos dependientes. Escala de Bienestar Psicológico.....	185
Cuadro VI. Prueba t para grupos dependientes. Escala de Hábitos de Salud.....	188
Cuadro VII. Prueba t para grupos dependientes. Escala de Concentración de la Amenaza.....	191
Cuadro VIII. Prueba t para grupos dependientes. Escala de Fuerza Cognitiva.....	194
Cuadro IX. Prueba t para grupos dependientes. Escala de Valoración Positiva.....	197

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Gráfica 1. Comparación del grupo experimental según las puntuaciones T en la Escala de Estrés en el pretest y posttest.....	171
Gráfica 2. Comparación del grupo experimental según las Puntuaciones en la Escala de Ansiedad en el pretest y posttest.....	174
Gráfica 3. Comparación del grupo experimental según las puntuaciones T en la Escala de Valoración Negativa en el pretest y posttest.....	177
Gráfica 4. Comparación del grupo experimental según las puntuaciones T en la Escala de Minimización de la Amenaza en el pretest y posttest.....	180
Gráfica 5. Comparación del grupo experimental según las puntuaciones T en la Escala de Bienestar Psicológico en el pretest y posttest.....	184
Gráfica 6. Comparación del grupo experimental según las puntuaciones T en la Escala de Hábitos de Salud en el pretest y posttest.....	187

Gràfica 7.	Comparación del grupo experimental según las puntuaciones T en la Escala de Concentración en el Problema en el pretest y posttest.....	190
Gràfica 8.	Comparación del grupo experimental según las puntuaciones T en la Escala de Fuerza Cognitiva en el pretest y posttest.....	193
Gràfica 9.	Comparación del grupo experimental según las puntuaciones T en la Escala de Valoración Positiva en el pretest y posttest.....	196
Gràfica 10.	Comparación del grupo experimental según las puntuaciones T en la Escala de Red de Apoyo Social en el pretest y posttest.....	199

DEDICATORIA

A los pacientes diabéticos.

AGRADECIMIENTO

A Dios.

A mi familia.

A todas las personas que colaboraron para hacer posible la realización de esta investigación.

EXTRACTO

El presente estudio ha tenido como propósito esencial la aplicación y evaluación de un programa de corte cognitivo–conductual, para el manejo del estrés y de la ansiedad, en pacientes diabéticos. A través de un diseño de investigación de pretest y postest, con un solo grupo, fue evaluada la efectividad de una intervención cognitivo–conductual en grupo, aplicada a pacientes diabéticos que presentaban estrés, ansiedad y dificultad en el manejo de su enfermedad, con el objetivo de que pudieran mejorar sus estados de estrés, de ansiedad y de adaptación y mejoría clínica como pacientes diabéticos. La muestra estuvo integrada por once pacientes diabéticos, con una edad promedio de 50 años, ocho eran mujeres y tres hombres. No estaban recibiendo atención psicológica ni psiquiátrica y no estaban tomando psicofármacos. El tratamiento fue ofrecido en doce sesiones, dos veces por semana, con una duración de dos horas y media cada sesión. Las pruebas administradas para la evaluación del paciente fueron: Perfil de Estrés, Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Adaptación y Mejoría Clínica Global del Paciente Diabético. Se utilizó el estadístico t para grupos dependientes. Se planteó un nivel de significación de 0.05 a una cola. Se estableció la regla de decisión de : se rechaza la H_0 si $t_o > t_c = 1.812$. En la Escala de Perfil de Estrés la t obtenida de 8.523 fue mayor a la t crítica de 1.812 y en la Escala de Ansiedad la t obtenida de 11.584 fue mayor que la t crítica de 1.812 por lo que concluimos que había suficiente evidencia estadística para indicar que los sujetos disminuyeron sus niveles de estrés y de ansiedad después del tratamiento. Podemos concluir que el tratamiento fue efectivo para que los pacientes logaran disminuir sus niveles de estrés y ansiedad.

SUMMARY

The main purpose of this study is the application and evaluation of a cross sectional behavioral-cognitive program, for the management of the stress and the anxiety in diabetic patients. Through an investigational design of pre and post test, in a single population, the efficacy of a behavioral-cognitive group intervention, applied to diabetic patients that had stress, anxiety and difficult to cope with their disease, with the purpose that they could improve their stress and anxiety levels, get a better adaptation and clinical improvement as diabetic patients. The sample was composed of eleven patients, eight women and three men, with an average age of 50 years. These patients were not receiving any previous psychological or psychiatric treatment and they were not under any type of antidepressant or anxiolytic medication. The treatment was offered in twelve sessions, twice per week, with duration of two and half hours per session. The following tests were performed to evaluate the patients: Stress profile, Hamilton's anxiety scale and the scale of adaptation and global clinical improvement for diabetic patients. The T test was used for the analysis of dependent groups, with a level of significance of $p < 0.005$ one tail. The rule of decision was as follows: H_0 is rejected if $t_o > t_c = 1.812$. In the stress profile the t obtained was 8.523 and in the Hamilton's anxiety test the t obtained was 11.584 and both were greater than the critical t value of 1.812. Therefore, these results provide evidence about the efficacy of this treatment. It is seems that the treatment was effective for the patients since they were able to decrease their stress and anxiety levels.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación consiste en la aplicación de un programa cognitivo-conductual para el manejo del estrés y de la ansiedad, en pacientes que padecen Diabetes Mellitus.

De acuerdo con la literatura consultada, esta enfermedad tiene orígenes genéticos, ambientales y patogénicos. Por otra parte, nos señala que la presencia de problemas psicológicos, en los pacientes y sus familiares, es frecuente como consecuencia del “estrés asociado” y que, al igual que en casi todas las enfermedades médicas, los factores psicológicos o de comportamiento, asumen un papel importante en su tratamiento.

Éstas y otras consideraciones nos motivaron a brindar, a un grupo de pacientes diabéticos, un programa cognitivo-conductual que tuvo como objetivo ayudarlos a mejorar sus niveles de ansiedad y estrés, para prevenir los efectos descompensantes de estos síntomas en el curso de la enfermedad.

Consideramos conveniente señalar que, para la realización de esta investigación, hemos estructurado un plan de trabajo que contempla seis apartados, en los cuales se desarrollan los siguientes puntos: fundamentación teórica, tratamiento cognitivo-conductual, aspectos metodológicos, presentación y análisis de los resultados, conclusiones y recomendaciones.

En la fundamentación teórica se presenta una revisión de conceptos referentes a la definición, clasificación y tratamiento médico de la enfermedad. Además, se incluye la clasificación diagnóstica, las teorías que plantean la importancia de los factores psicológicos en las enfermedades físicas y los modelos teóricos que explican la relación entre el estrés y la ansiedad con estas enfermedades.

En el tratamiento cognitivo-conductual se hace énfasis en la importancia de este tratamiento para el manejo de síntomas psicológicos en pacientes con enfermedades físicas crónicas, como la diabetes. Se plantean técnicas que utiliza la terapia cognitiva-conductual para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta en los pacientes.

En el marco metodológico se enuncia el problema, se justifica la investigación, se establecen los objetivos; se incluye la conformación del grupo; se determina el diseño de investigación y la formulación de hipótesis. Igualmente se presentan las variables y los instrumentos de medición.

Finaliza este apartado con el análisis estadístico de los resultados, la explicación del procedimiento y la descripción de las limitaciones.

Seguidamente se presentan los resultados de la investigación y las evidencias inferidas a través del análisis de éstos.

En las conclusiones se sintetizan los conceptos más relevantes desarrollados a lo largo de todo el estudio.

Finalmente se plantean las recomendaciones, con el propósito de mejorar los parámetros de la investigación y con la idea de aplicarlas a futuros estudios.

Hemos contado con una variada bibliografía, como también con fuentes primarias de información (pacientes), lo que nos ha permitido lograr los objetivos propuestos y corroborar las hipótesis de la investigación.

Cuadro X.	Prueba t para grupos dependientes. Escala de Red de Apoyo Social.....	200
Cuadro XI.	Prueba t para grupos dependientes. Escala de Adaptación y Mejoría Clínica Global de Pacientes Diabéticos.....	202

CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Aspectos generales sobre la Diabetes Mellitus

a) Definición de Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus (DM) es un “síndrome caracterizado por una hiperglucemia, que se debe a un deterioro de la secreción y/o de la efectividad de la insulina y se asocia a un riesgo de cetoacidosis diabética (CAD), o coma hiperglucémico”, como también a un grupo de complicaciones tardías, entre las que se encuentra la retinopatía, la nefropatía, etc. “La Diabetes Mellitus tiene orígenes genéticos, ambientales y patogénicos diversos”. (El Manual Merck (1994) p. 1235).

La Diabetes es una enfermedad crónica, es una alteración del funcionamiento normal de nuestro organismo que se produce fundamentalmente por dos razones, una, porque el páncreas no puede producir insulina, y otra, porque aunque produzca insulina, ésta no puede cumplir sus funciones.

La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas. Es como una “llave que abre las puertas” de las células, para que la glucosa, que está en la sangre, pase a dicha célula. Una vez que la glucosa pasa a las células, el organismo la utiliza como energía o la almacena para usos futuros.

En el paciente diabético “lo que sucede es que no se abren las puertas de las células, con lo cual no puede entrar la glucosa en ellas y ésta se irá acumulando progresivamente en la sangre”. (Madrid (sf) p. 25).

La Guía para la Enseñanza en Diabetes Mellitus, de la Caja Costarricense de Seguro Social, establece que el nivel de azúcar en ayunas normal, en una persona no diabética, es de 60 a 110 mg/dl, mientras que en una persona con diabetes se considera adecuado un valor menor de 126 mg/dl. Sin embargo, un nivel de azúcar en la sangre en ayunas en un diabético de 126 mg/dl o más, es considerado como un alerta de que la diabetes está mal controlada.

b) Clasificación médica de la enfermedad

Existen numerosas definiciones y clasificaciones de la enfermedad, pero en este trabajo usamos la que considera dos tipos de diabetes: Diabetes Mellitus Tipo I o insulino dependiente y Diabetes Mellitus Tipo II o no insulino dependiente.

El enfoque dado por Olefsky y Kolterman (1981), en: Belloch – Sandín y Ramos (1997), indica que en las personas con diabetes Tipo I el páncreas no puede producir insulina o la produce en muy pocas cantidades. Por consiguiente, estas personas necesitan inyectarse insulina para poder vivir, surgiendo así el concepto de diabéticos insulino dependientes.

En las personas con diabetes Tipo II, el páncreas produce insulina, pero insuficiente o de mala calidad o con resistencia a la misma. En ocasiones llegan a producirla en exceso; estas personas, generalmente, no necesitan inyectarse insulina.

En la siguiente tabla se muestran comparativamente características de ambos tipos.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE LA DIABETES TIPO I Y TIPO II

Diabetes Tipo I	Diabetes Tipo II
▪ Niños y adolescentes. ▪ Adultos jóvenes. Menos de 30 años. ▪ No hay obesidad asociada. ▪ Falta de insulina endógena. ▪ Deterioro pancreático: ▫ Infección viral. ▫ Genético. ▪ Diabetes dependiente de la insulina. ▪ Necesidad de insulina exógena. ▪ Control con administración de insulina, plan de alimentación y ejercicios. ▪ Riesgos asociados de retinopatía, nefropatía, neuropatía y vasculopatía aterosclerótica coronaria y vascular.	▪ Edad adulta. ▪ La mayoría de las veces, más de 30 años. ▪ Obesidad asociada muy frecuente. ▪ Niveles de secreción de insulina significativos pero variables. ▪ Existe insulina endógena. ▪ Problemas en: - Receptores de la insulina. - Altos niveles de glucosa en sangre. ▪ Diabetes no dependiente de la insulina pero puede requerirla. ▪ No hay necesidad de insulina endógena. ▪ Riesgos asociados de retinopatía, nefropatía y vasculopatía aterosclerótica coronaria y vascular. ▪ Control con plan de alimentación.

Fuentes: (El Manual Merck (1994), p. 1236).
(Olesky y Kolterman (1981). En: Belloch y otros (1997) p. 451
Volumen 2).

c) Tratamiento médico de la Diabetes Mellitus

La Guía para la Enseñanza en Diabetes Mellitus: primer nivel de atención en salud, de Gioconda Padilla Vargas y otros, de la Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica, (2002), establece que el tratamiento recomendado a las personas con diabetes es:

Diabetes Tipo I

Plan de alimentación
Ejercicio físico
Insulina

Diabetes Tipo II

Plan de alimentación
Ejercicio físico
A veces, antidiabéticos orales
y/o insulina.

Estas autoras hacen hincapié en que el paciente diabético debe llevar un plan de alimentación adecuado, como también establecerse un horario de comidas, tener un programa de actividad física diario conveniente, conocer sobre la insulina o antidiabéticos, la dosis, cómo aplicar los horarios. También hablan de la importancia de asistir a las citas médicas, a la asociación de diabéticos, a las citas con la enfermera y nutricionistas.

Señalan que el paciente diabético debe educarse, conocer sobre su enfermedad, los síntomas, las complicaciones, los cuidados de los pies, etc.

El Manual Merck (1994) indica que un aspecto a considerar, en el tratamiento de estos pacientes, es el manejo de los niveles de estrés.

2. Clasificación diagnóstica DSM – IV – TR con código CIE-10

a) Diagnóstico clínico

El diagnóstico clínico, según el DSM–IV–TR (2002), de la muestra del estudio está dentro de la sección: otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica y a su vez, dentro del apartado: factores psicológicos que afectan al estado físico, específicamente, síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus. El CIE-10 (1995) lo denomina como factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.

Los pacientes de la muestra del estudio presentaban síntomas de ansiedad, como también estrés, pero estos síntomas no cumplen todos los criterios para un trastorno del Eje I.

El enfoque dado por el DSM–IV–TR (APA,2002) y el CIE-10 (OMS, 1995) sostiene la idea de que los factores psicológicos pueden influir, de manera significativa, sobre el inicio y curso de cualquier trastorno orgánico. Con la denominación de factores psicológicos que afectan a la condición médica, hace referencia a posibles factores psicológicos o conductuales específicos que afectan adversamente a alguna condición médica general.

“El DSM–IV–TR (2002) establece que los factores psicológicos pueden afectar adversamente a una condición médica a través de una de las siguientes vías:

1. Alterando el curso de la enfermedad:- Esto puede ser inferido por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo, exacerbación o retraso en la recuperación de la condición médica general.

2. Interfiriendo con el tratamiento de la condición médica general (como por ejemplo, reduciendo la adherencia al tratamiento médico).
3. Constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud del individuo (como por ejemplo, continuar con una sobrealimentación cuando se padece diabetes).

Precipitando o exacerbando los síntomas de la condición médica general a través de respuestas fisiológicas asociadas al estrés". (DSM-IV-TR (2002), pág. 818).

El DSM-IV-TR (2002) establece que los factores psicológicos o de comportamiento representan un papel potencial en la presentación o tratamiento de casi todas las enfermedades médicas incluyendo, lógicamente, a la diabetes. Señala que existen condiciones que sugieren una asociación entre factores psicológicos y el estado físico, aunque en varias ocasiones no es posible demostrar una causalidad directa.

b) Diagnóstico diferencial

Basándonos en el DSM-IV-TR, 2001, señalamos los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Con un trastorno mental debido a una enfermedad médica: La diferencia entre factores psicológicos que afectan al estado físico con un trastorno mental debido a una enfermedad médica se debe a la presumible causalidad. Cuando los factores psicológicos afectan a la enfermedad médica, se considera que los factores psicológicos o de comportamiento afectan el curso de la enfermedad, mientras que en el trastorno mental debido a una enfermedad médica, se presume que la

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

- Con los trastornos somatomorfos: Estos trastornos se caracterizan por la presencia de factores psicológicos y síntomas físicos, pero no hay una enfermedad médica que explique completamente la presencia de los síntomas físicos. En cambio, en los factores psicológicos que afectan a la enfermedad médica sí existe una enfermedad médica diagnosticada y los factores psicológicos afectan de modo adverso a la enfermedad médica.
- Con los trastornos adaptativos: En los trastornos psicológicos que afectan el estado físico, los síntomas psicológicos, los comportamientos y otros factores empeoran la patología médica, complican el tratamiento de la enfermedad o aumentan la probabilidad de que se presenten. Pero, en el trastorno adaptativo, la relación es a la inversa, los síntomas psicológicos aparecen en respuesta al estrés al recibir un diagnóstico médico.

- Con un trastorno del Eje I ó del Eje II: Los síntomas psicológicos que afectan a la enfermedad médica no cumplen todos los criterios para un trastorno del Eje I ó Eje II.
- 3. Teorías que tratan de explicar la importancia de los factores psicológicos en las enfermedades físicas**

a) La problemática de las enfermedades físicas

Actualmente la problemática de las enfermedades físicas ha cambiado en relación con lo que fue hace tres o cuatro décadas.

Los estudios recientes señalan que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades coronarias y otras. En la actualidad existen diversas teorías que tratan de explicar cómo las emociones afectan los estados físicos. Cabe advertir que la mayor parte de ellas se centran en enfermedades crónicas, tales como cáncer, diabetes, hipertensión y otras.

Actualmente no se conoce la naturaleza exacta de la relación entre el estado emocional y el trastorno físico, como tampoco los mecanismos implicados. Sólo podemos afirmar que numerosos estudios señalan que el estado emocional puede inducir reacciones fisiológicas, como también puede facilitar conductas no saludables, y a la inversa.

Sandín (1997), en Belloch y otros (1997), señala que factores como la presencia de estresores, estrategias de afrontamiento, conductas

relacionadas con la salud, características de personalidad y los distintos modos de reaccionar al estrés, han demostrado ser de especial relevancia en el desarrollo y evolución de la diabetes.

Existe evidencia científica que indica que cualquier trastorno denominado físico suele implicar, igualmente y a distintos niveles, alteraciones psicológicas y viceversa.

La mayor parte de la literatura hace referencia, especialmente, a la influencia recíproca de los factores psicológicos con las llamadas enfermedades crónicas.

En gran parte de la literatura revisada se refieren a esta enfermedad como psicósomática, pero el término ha sido reemplazado en el DSM–IV y DSM–IV–TR en Belloch y otros (1997), por el de factores psicológicos que afectan el estado físico debido a que, entre otras razones, los estudiosos consideraban que no era lógico pensar que los factores psicológicos sólo eran relevantes en ciertas enfermedades físicas.

b) La perspectiva multifactorial y la multidisciplinar

Son dos innovaciones actuales sobre los principios que guían la nueva investigación acerca de cómo abordar la enfermedad física.

La perspectiva multifactorial hace referencia a que las causas y mantenimiento de la enfermedad física dependen de múltiples factores

(biológicos, psicológicos y sociales). Desde esta perspectiva podemos mencionar los estudios del grupo de Thomas H. Holmes, en Lazarus (2000), del modelo psicosocial del estrés, basado en la relevancia que tienen los denominados procesos vitales sobre la enfermedad.

Otro modelo que hace referencia al enfoque multifactorial es el modelo de Lazarus y Folkman (1984), (en la obra de Lazarus (2000)). Estos señalan la particular importancia que juegan los procesos cognitivos y considerando el estrés, no sólo focalizado en la situación o en la respuesta, sino como un proceso de interacción (transacción) entre el individuo (valoración, afrontamiento, etc.) y la situación.

Zikmund (1997), en Belloch y otros (1997) opina que: El enfoque multidisciplinar pone de relieve la necesidad de abordar el problema de los trastornos físicos como la diabetes, cáncer, hipertensión desde diferentes disciplinas. Los que opinan sobre esta necesidad de abordaje multidisciplinar en el tratamiento, observan a la enfermedad física como causada y mantenida por múltiples factores bio, psico, sociales. Las teorías que defienden esta perspectiva señalan que el estado de salud incluye, sobre todo, cierta capacidad del organismo para mantenerse en armonía y equilibrio entre él y su ambiente.

Esta perspectiva intenta integrar el tratamiento del paciente desde diferentes disciplinas.

c) Importancia de los factores psicológicos en la diabetes

A partir de los años setenta se ha incrementado el interés por el análisis de la diabetes desde un punto de vista psicológico. Así señalan autores como Bradley (1994), Cox y Gonder - Frederick (1992), en los escritos de Belloch y otros (1997).

Una de las primeras explicaciones que se dio sobre la importancia de los factores psicológicos en la diabetes surge del condicionamiento clásico. Los estudios concluyeron en que los niveles de glucosa en sangre, inducidos mediante la insulina, eran susceptibles a ser modificados mediante los mecanismos de condicionamiento clásico.

“El paradigma consiste en administrar insulina (estímulo incondicionado) en asociación con determinados estímulos específicos (estímulo condicionado). El efecto natural es la reducción del nivel de glucosa en sangre. En una fase posterior, se presentan los estímulos condicionados (por ejemplo una inyección placebo) sin la aplicación de la insulina, observándose igualmente un descenso glucémico similar al producido por la insulina”. (Pérez Álvarez (1993). En: Belloch y otros (1997), p. 451. Vol. 2).

“Las aportaciones psicológicas más relevantes en torno al problema de la diabetes se han orientado, más que en analizar la posible influencia de los parámetros de condicionamiento, hacia la determinación del efecto del estrés sobre dicha enfermedad”. (Bradley (1998); Surwit y Schneder (1993); Wertlieb, Jacalson y Hauser (1990). (En: Belloch y otros (1997), p. 451. Vol. 2). Desde esta perspectiva, las implicaciones del estrés sobre la diabetes se

han analizado desde tres campos de estudio, que sostiene Bradley (1988). En: Belloch y otros (1997), p. 452. Vol. 2).

Estos son: "(1) Estrés y comienzo de la enfermedad; (2) Consideración del estrés como un factor que incide en el curso y agravamiento de la enfermedad; (3) Abordar la diabetes como una fuente potencial de estrés".

Los estudios han concluido que, con frecuencia, el estrés puede incrementar directamente los niveles de glucosa en sangre a través de la secreción de ciertas hormonas (adrenalina, noradrenalina y acetilcolina). Algunos estudios sobre la relación del estrés y el diagnóstico de la enfermedad son los de Robinson y Fuller (1985), en Belloch y otros (1997). Estos indicaron que en un análisis retrospectivo los pacientes diabéticos habían tenido mayor incidencia de eventos estresantes, seis meses antes del diagnóstico, comparado con los sujetos de control.

Los estudios de Stein y Charles (1971), en Belloch y otros (1997), señalaron que los sucesos relacionados con situaciones de pérdidas importantes, como la muerte de una persona allegada, divorcio, problemas familiares, estaban fuertemente asociados con el diagnóstico de la diabetes Tipo I en jóvenes.

Sandín, Santed, Chorot, Jiménez (1997), en Belloch y otros (1997), nos señalan que aun cuando numerosos estudios indican que el estrés puede incrementar los niveles de glucosa y por lo tanto ser la causa del diagnóstico de la diabetes, no existe todavía una evidencia empírica suficientemente clara

y precisa como para poder concluir que el estrés psicosocial ejerce un efecto causal sobre el diagnóstico de esta enfermedad. Indican que así como numerosos trabajos han defendido que el estrés acelera el comienzo de la diabetes, otros estudios defienden el fenómeno contrario, o sea que la adquisición de la diabetes provoca el estrés. Así lo sostienen Cox y Gonder – Frederick (1992), en Belloch y otros (1997).

Sandín asevera que un mayor acuerdo entre profesionales de la salud es considerar el estrés como un factor que incide negativamente en el agravamiento o curso de la diabetes. Añade que se ha constatado de forma clara y sistemática, que el estrés puede alterar el metabolismo de la glucosa y que a través de la observación clínica se ha podido comprobar que la concurrencia de eventos negativos, que causan estrés en la persona, están asociados con un incremento de los niveles de glucosa en sangre.

Ennis y Kreisberg (2000), p. 336-340, señalan que: “El estrés debido a la enfermedad, cuidados médicos o por otras causas físicas o mentales, o ambas, provoca hiperglucemia debido al incremento de hormonas tales como la catecolamina, glucagón, etc. Añaden que los niveles de insulina inadecuados, durante los periodos de mucho estrés, determinan la importancia del estrés como un factor precipitante de hiperglucemia”.

Kurtz, Bubb, White y Santiago, en la publicación de Belloch y otros (1997), confirmaron que un buen control metabólico se asociaba con pacientes que poseen un adecuado nivel de estrés.

Un área de investigación que ha despertado interés en los últimos años ha sido la consideración de la diabetes como estresor. Esto implicaría la puesta en marcha de una serie de elementos mediadores (afrontamiento, evolución, apoyo social, etc.) cuya finalidad consistirá en la reducción del estrés y en el ajuste a la enfermedad.

Pérez Álvarez (1988), en la publicación de Simón, M. A. (1993), sostiene en sus escritos que, a través de los estudios clínicos, se ha podido observar que es frecuente que circunstancias vitales estresantes den lugar a descompensaciones glucémicas en diabéticos. Señala que esto puede ocurrir, tanto porque el estrés causa, indirectamente, un descontrol del régimen diabetológico, dando como resultado un problema de adherencia al tratamiento, así, como también, su efecto puede ser directo, a través de la alteración fisiológica implicada en la respuesta de estrés.

En un estudio sobre la adhesión al tratamiento, en pacientes diabéticos, Pérez Álvarez (1993), en Maciá Antón y otros (1999), indicó que existen varias barreras de adherencia al tratamiento diabético y que una de estas la constituyen los posibles factores estresantes desestabilizadores. Afirma que el paciente diabético tiene que enfrentarse y lidiar con una serie de situaciones estresantes, como las mismas reacciones fisiológicas de la enfermedad, el tratamiento indefinido ya que es una enfermedad crónica, y añade que "el mundo no está organizado precisamente conforme a la condición diabética", por lo tanto, el contexto de la vida cotidiana

probablemente no favorezca el régimen diabetológico, incluso pueden existir hábitos en contra, como por ejemplo: el tiempo y horarios de comida, ejercicios, descanso, alimentos de elección, etc.

También comenta Pérez Álvarez (1993), que el paciente diabético tiene, además de su enfermedad y el tratamiento como estresores, a las distintas situaciones de la vida, como el resto de la humanidad, tales como problemas familiares, sociales, económicos y otros, a los cuales tiene que enfrentarse.

Este autor nos indica que el efecto descompensante de los niveles de glucosa, de la ansiedad, surgido de los agentes estresantes y el resultado del empleo de técnicas para reducir la ansiedad tales como la inoculación al estrés, indican claramente la relación psicobiológica.

Numerosos autores se han referido al tema que hemos expuesto. Necesitaríamos escribir muchas páginas más al respecto y probablemente sería un proceso interminable poder incluir aquí tantas aportaciones que evidencian la relación del estrés y de la ansiedad en la diabetes.

Concluimos que los aportes científicos señalan que no se sabe con exactitud cómo es la relación: enfermedad física y estado emocional, pero, lo que sí está claro es que los factores psicológicos afectan la enfermedad indicada (diabetes en este caso) en cuatro sentidos, así como lo establece el DSM-IV- TR (2002):

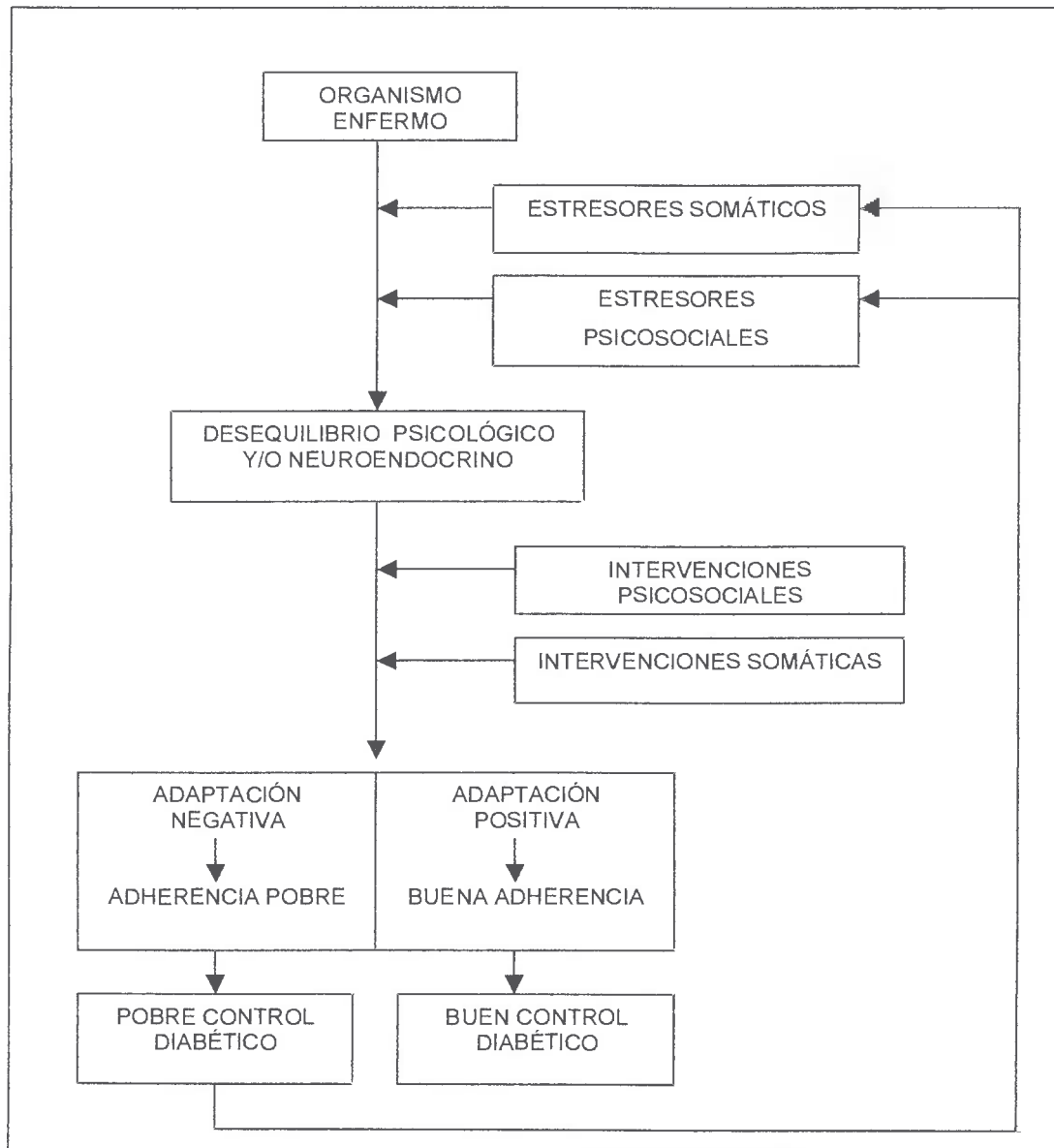
- 1) Los factores han influido en el curso de la enfermedad indicada (retraso en la recuperación, exacerbación de la enfermedad).
- 2) Los factores interfieren con el tratamiento de la condición médica.
- 3) Los factores pueden ser un factor de riesgo adicional para la salud.
- 4) Las respuestas fisiológicas relacionadas al estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad.

4. Modelos teóricos que explican la relación entre el estrés y la ansiedad con las enfermedades físicas

a) Modelo transaccional del estrés relacionado con la diabetes de Barglow, Berndt, Burns y Hatcher (1986)

En la recopilación de Belloch y otros (1997), Barglow, Berndt, Burns y Hatcher (1986), han propuesto un modelo cuyo objetivo final radica en establecer los mecanismos a través de los cuales se puede llegar a un buen o mal control diabético.

Modelo transaccional del estrés en relación con la Diabetes



Fuente: Factores psicosociales relacionados con el control diabético (modificado de Barglow, Berndt, Burns y Hatcher, 1986). En: Belloch y otros (1997), p. 453.

Este modelo propone que, en primer lugar, hay un organismo enfermo por la diabetes.

Ello conlleva la presencia de algunos factores psicológicos, tales como la baja autoestima, pérdida de autocontrol, sintomatología depresiva, ansiedad, etc. En una segunda etapa, este modelo asume que en función del estrés de la propia enfermedad, de los aspectos de vulnerabilidad emocional, de ciertos estresores psicológicos y/o somáticos, se produce un desequilibrio psicológico y/o endocrino en el organismo. Para responder a este desequilibrio, el sujeto puede adoptar respuestas de afrontamiento positivo, facilitando el control diabético o, por el contrario, a través de estrategias negativas (negación, culpa, etc.), lo cual induce a un mal control diabetológico. A partir de este modelo se desprende que los elementos más importantes para conseguir un buen manejo de la diabetes son:

- Estrategias de afrontamiento para adaptarse a la enfermedad y para reducir las situaciones estresantes.
- La información sobre el trastorno.
- Las conductas de adherencia.

Este modelo sostiene que un mal control diabético puede desencadenar nuevos estresores somáticos y/o psicosociales y, por otra parte, que algunos factores externos al individuo, representados por las

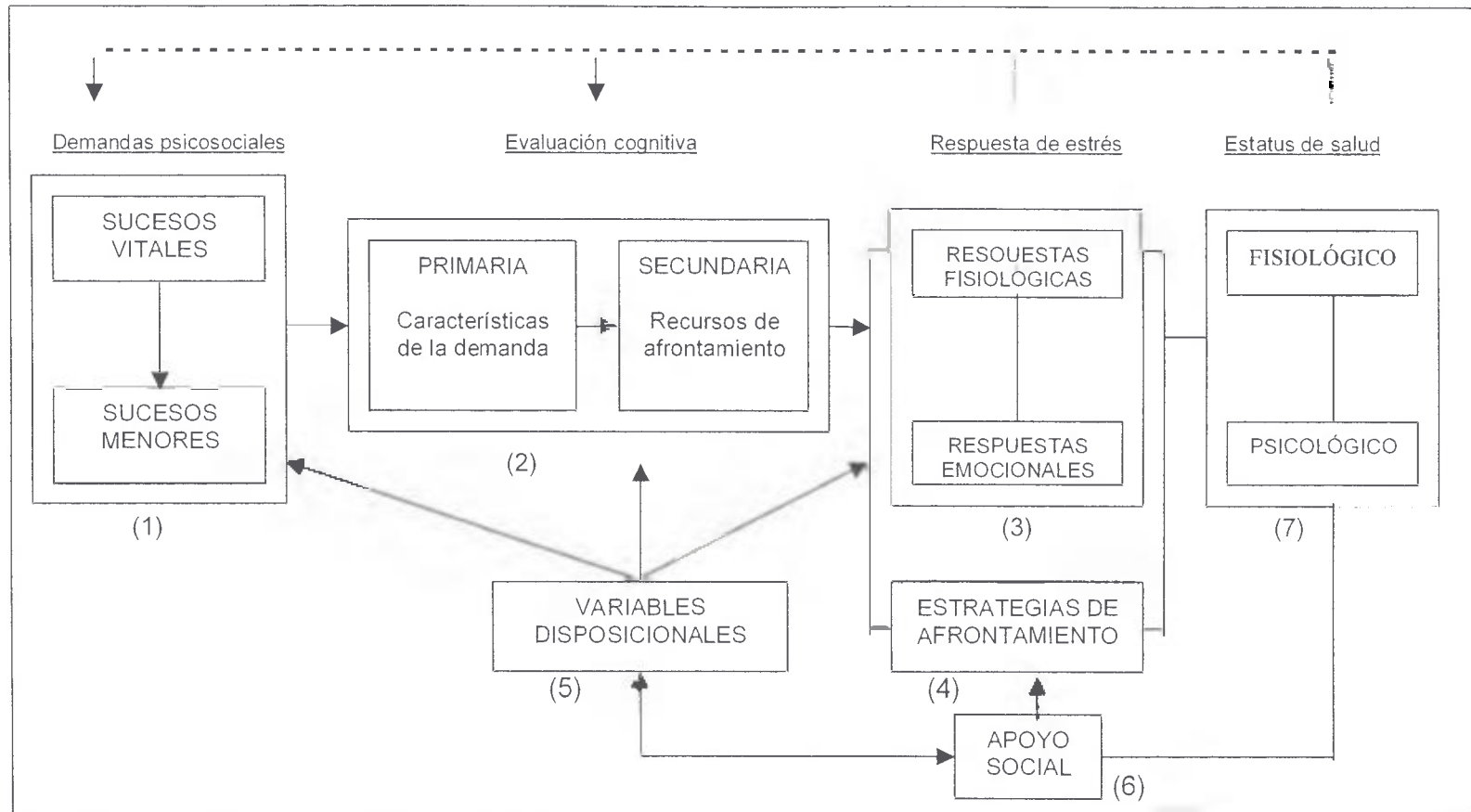
intervenciones terapéuticas somáticas y psicológicas, facilitan la adaptación positiva. En este sentido, algunas técnicas de reducción del estrés pueden mejorar el control metabólico y permitirían disminuir la administración de insulina.

Pérez Álvarez (1993), en Belloch y otros (1997), nos señala que, desde el punto de vista de la intervención, ciertas técnicas psicológicas reductoras del estrés, cuya utilidad se ha visto en otros ámbitos, podrían tener su aplicación en la recuperación del control diabético.

b) Modelo procesual del estrés de Bonifacio Sandín (1997)

Señala Sandín (1997), en Belloch y otros (1997), que éste no es un modelo nuevo, sino, más bien, un modelo que integra modelos que ya existen, como el que ofrecen Lazarus, Lazarus y Folkman (1984), Cox (1978) y otros. A continuación el modelo de Sandín:

Modelo Procesual del Estrés de Bonifacio Sandín (1997)



Fuente: Belloch y otros (1997), p. 13. Vol. 2.

Este modelo se desarrolla en siete etapas que se describen a continuación:

- Demandas psicosociales: Son los aspectos externos causales primariamente del estrés. Incluye factores psicosociales, ambientales y artificiales.

Aquí se señalan los sucesos vitales y los sucesos menores. Los sucesos vitales son cambios vitales, experiencias objetivas que alteran las actividades del individuo sobre la base de la cantidad de esfuerzo que debe hacer un individuo para manejarlos.

En la obra de Lazarus (2000) Holmes y Rahe (1967) ofrecen, en unas escalas, sucesos vitales estresantes, tales como: padecer una enfermedad, cambios en los hábitos alimenticios, revisión de los hábitos personales, muerte de personas significativas, cambios en el estado económico, etc.

Los sucesos menores son eventos que ocurren cotidianamente, entre éstos, decepciones, discusiones, contrariedades económicas y familiares y que según algunos autores: Lazarus, Kanner, Cloyne (1981), citados en Lazarus (2000), pueden ser más estresantes que los sucesos vitales.

En el libro Estrés y Emoción, R. Lazarus (2000), el autor deja asentada su preocupación en relación a considerar que ciertas situaciones provocan estrés en todas las personas.

Con relación a los sucesos vitales, estudios como los de Chase y Jackson (1981), en Belloch, y otros (1997), han demostrado que sucesos

vitales como hospitalizaciones de ellos o de familiares, muertes de personas significativas, elevan los niveles de glucosa en sangre de los pacientes diabéticos y que el impacto de los sucesos vitales influye significativamente en la frecuencia de hospitalizaciones de estos pacientes.

Delamater, Kurtz, Bubb, White y Santiago (1987), en Belloch y otros (1997), confirmaron que un buen control de la diabetes (plan de alimentación, plan de ejercicio, medicamentos, etc.) estaba relacionado con niveles de estrés bajos. Indican que la categoría de sucesos menores más estresantes en pacientes, con un pobre control de la enfermedad, se refería a eventos específicos de la propia enfermedad, como escoger qué alimentos tomar, hacer o no ejercicio, ir o no a las citas médicas, programas de diabéticos, etc.

- Evaluación cognitiva: Las demandas psicosociales son evaluadas por el organismo. Dependiendo de cómo sea esta valoración, se producirá o no, una respuesta de estrés. Se producirá una respuesta de estrés, sólo si la persona percibe que el suceso supera sus recursos para afrontarla.
- Respuesta de estrés: Son respuestas fisiológicas, como las neuroendocrinas; respuestas psicológicas o emocionales, como de ansiedad o depresión.

- Respuestas cognitivas y de afrontamiento: Se refieren a los esfuerzos conductuales y cognitivos que hace la persona ante la situación que ya es valorada por la persona como estresora, para suprimir el estado emocional.

Sustenta Sandín (1997) que, realmente, éstas son las cuatro etapas principales del proceso y que ellas interactúan en un proceso dinámico.

- Variables disposicionales: Son un conjunto de variables que influyen en las cuatro etapas anteriores, como son los tipos de personalidad, factores hereditarios y otros.
- Apoyo social: Puede amortiguar el efecto de las demandas valoradas como estresantes.
- El estatus de salud: Es el resultado del proceso. Depende de las fases anteriores. Es el estatus de salud física y psicológica. Un afrontamiento inapropiado, como por ejemplo, el de no seguir un plan de alimentación o el plan de ejercicios, puede ser nocivo para la salud.

Los modelos que aquí se desarrollan toman como referencia principal el modelo transaccional del estrés de R. Lazarus.

“Indudablemente, el área de investigación que más interés ha despertado en los últimos años y en donde, de hecho, se ha generado la mayor parte de las publicaciones ha versado en torno a la consideración de la diabetes como estresor. El modelo transaccional del estrés es aquí perfectamente aplicable”. (Sandín, Chorot, Santed y P. Jiménez, (1997). En: Belloch y otros (1997), p. 452. Vol. 2).

c) El Modelo Transaccional del Estrés y la Emoción de R. Lazarus

Este es un modelo cognitivo-conductual, en el cual R. Lazarus hace referencia a sus propios escritos y a innumerables teorías cognitivo-conductuales, como las de Ellis, Beck, Bandura, Paulov, Skinner, entre otros.

En este apartado explicaremos el modelo de R. Lazarus y ejemplificaremos con teorías que este autor menciona. También retomaremos estudios sobre diabetes y otras enfermedades médicas que utilizan su modelo para sus aportaciones psicológicas.

“La principal teoría y máximo exponente de la perspectiva interaccional del estrés corresponde a Richard S. Lazarus”. (Sandín (1997). En: Belloch y otros (1997), p. 10. Vol. 2). Este modelo contempla el estrés y la emoción interdependientemente, Richard Lazarus (2000) señala “no podemos tratar el estrés y la emoción como si fueran campos diferentes sin perjudicar a

ambos". Señala que la ira, la envidia, la ansiedad, la tristeza, son emociones estresantes porque normalmente se originan a partir de condiciones estresantes. Añade que el acto de separarlos sólo se justifica por la consecuencia de su análisis, porque si hay estrés hay emociones y muchas emociones pueden provocar estrés. La emoción por excelencia que acompaña al estrés es la ansiedad.

A continuación vamos a explicar el modelo propuesto por Lazarus tal como él lo plantea, por separado.

Las teorías interactivas o transaccionales tienden a maximizar la importancia de los distintos factores psicológicos, básicamente enfatizan en los factores o procesos cognitivos, que median entre los estresores o estímulos estresantes y las respuestas de estrés. Resaltan que el estrés se origina a través de la relación de la persona con su entorno.

Lazarus y Folkman (1984), definen el estrés como un "conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que "grava" o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal". (En : Belloch y otros (1997), p. 10. Vol. 2).

Es importante citar aquí a R. Lazarus (2000), quien opina que: "lo que hace que el estímulo sea estresante depende en cierto grado de las características de la persona expuesta al mismo". (Lazarus, (2000) p. 65).

“Lo crucial para la activación de la respuesta de estrés es el significado elaborado por una persona ante lo que está sucediendo”. (Lazarus, (2000) p. 67).

Citamos al mismo autor Lazarus (2000), quien nos afirma que: “El significado psicológico que elabora una persona sobre un suceso ambiental es la causa próxima de la relación de estrés y de las emociones que produce”. (Lazarus (2000) p. 68).

En el estrés psicológico, la comparación se produce entre el poder de las demandas para dañar, amenazar o retar, y los recursos psicológicos de la persona para manejar la demanda.

Un buen equilibrio entre la demanda y los recursos implica la ausencia de estrés o una cantidad pequeña del mismo.

Un aspecto fundamental de esta teoría nos indica que para que una interacción o relación sea estresante, tienen que darse ciertas condiciones. El individuo debe desear o querer algo, ya sea evitar la amenaza, daños, pérdidas, o algún beneficio. Una persona se encuentra estresada sólo si lo que sucede impide o pone en peligro el compromiso de una meta importante con relación a las intenciones situacionales o vida, expectativas altamente valoradas. Lazarus propone que no es la situación la que provoca el estrés, así como tampoco son las variables personales, sino la relación entre ellas, el significado que le da la persona a dicha situación.

Una idea central de esta perspectiva interaccional es la valoración o evaluación. Lazarus la define como el “indicador cognitivo” de las reacciones de estrés y de ansiedad. (Lazarus (2000) p. 86).

La evaluación o valoración cognitiva es un proceso que todos hacemos, conscientes o no, mediante el cual se valoran constantemente los significados de lo que está ocurriendo.

- Condiciones antecedentes de la valoración según Lazarus (2000): las variables personales y las variables ambientales

- Las variables personales

Las variables personales con las cuales actúa la valoración son: los objetivos, las creencias sobre el self y el mundo y los recursos personales que aporta el individuo a las transacciones con el medio.

- Los objetivos: Son los rasgos motivacionales. Las emociones son el resultado del modo en que valoramos o evaluamos el destino de los propios objetivos en las transacciones.

“Las emociones estresantes o de tono negativo se producen por la demora o imposibilidad en lograr un objetivo y las emociones de tono positivo se derivan de los progresos hechos en dirección hacia la gratificación el objetivo.” (Lazarus (2000) p. 82).

- Las creencias sobre el self y sobre el mundo: Estas creencias se relacionan con el modo en que nos concebimos a nosotros mismos y el lugar que ocupamos en el medio. Modelan las expectativas de lo que puede suceder.
- Los recursos personales: incluyen la inteligencia, el dinero, las habilidades sociales, la educación, las relaciones familiares y amistosas cooperadoras y otras.

Las variables ambientales incluyen las demandas, las limitaciones, las oportunidades, la cultura.

- Las demandas son presiones explícitas o implícitas del medio social para que se actúe en cierto modo y mostrar actitudes socialmente correctas.

Algunos ejemplos son las demandas para hacer lo que se requiere en un trabajo, para ser cortés, respetado, para ser admirado, amado. Muchas de estas demandas se internalizan por lo que es difícil separar las internas de las externas.

Estas demandas ambientales son grandes generadoras de estrés y emociones estresantes.

- Las limitaciones: Definen lo que las personas no deberían hacer y van seguidas, generalmente, por el castigo. Que las

limitaciones generen o no un conflicto o estrés, depende de las necesidades del individuo y de las de la institución.

- Las oportunidades: Tienen que ver con la temporalización de la situación pero también depende de la capacidad del individuo por reconocer la oportunidad.
- Las variables culturales: Son factores ambientales que influyen en la valoración solamente si la persona ha internalizado los valores culturales y éstos se han convertido en creencias y metas.

Fuentes de las variables personales

Para este autor, Lazarus, las fuentes de las variables personales (cognitivas) surgen de la interacción de los estímulos externos, experiencia con el mundo a través del aprendizaje social y las disposiciones internas, fisiológicas y genéticas. Le da importancia a los factores biológicos y sociales que contribuyen al proceso de desarrollo, activándolo, facilitándolo o atrasándolo.

- Los factores hereditarios o genéticos que trae el individuo interactúan con el mundo externo, determinando el comportamiento del individuo.

Los factores fisiológicos también determinan las variables personales de forma directa o indirecta. La conducta normal se puede ver alterada directamente por daños en los tejidos nerviosos.

Igualmente señala que las influencias fisiológicas indirectas ocurren cuando las condiciones fisiológicas no producen un efecto adecuado en la conducta, sino que pueden tener efectos sociales que, a su vez, afectan al individuo de tal manera, que su conducta es alterada.

- El otro factor importante en la determinación de las variables personales, en el proceso de valoración, son los factores aprendidos socialmente. En este punto, Lazarus (2000), hace referencia a distintos teóricos cognitivos conductuales, tales como A. Bandura, A. Beck, A. Ellis y otros.

Los objetivos, percepciones, motivación, creencias sobre nosotros y sobre el mundo, están determinados por el aprendizaje, a través de la experiencia, observación, modelamiento, reforzamiento directo, reforzamiento vicario, castigos directos, castigos vicarios, y otros.

“Parece haber dos maneras generales de cómo la sociedad influye en el individuo: la educación formal y la educación informal”. (Lazarus (2000) p. 163).

A través del desarrollo se van formando esquemas. Las creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan el procesamiento de información.

“Los esquemas son estructuras cognitivas que consisten en las creencias y supuestos fundamentales del individuo acerca de la forma en que opera el mundo.” (Beck y Engler (1996), p. 440).

Los esquemas se desarrollan desde temprano en la vida del individuo, a partir de las experiencias con las demás personas.

Los esquemas o representaciones cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información que recibimos. Cuando los esquemas son disfuncionales se distorsiona la información dando lugar a respuestas desadaptativas.

Beck y Engler (1996), sostienen que en los pacientes que presentan ansiedad debe existir una estructura cognitiva disfuncional que los lleva a producir sesgos en los aspectos del procesamiento de la información. Para que esta estructura o esquema cognitivo tenga lugar, es necesario la aparición de un suceso, similar a aquellos sucesos que proporcionaron la base para la formación durante el proceso de socialización de los esquemas de un individuo, o sea, para la formación de reglas y actitudes almacenadas en ellos.

Los esquemas pueden ser conscientes o inconscientes.

Las personas que presentan ansiedad procesan selectivamente información relevante con relación a la ansiedad, como información relacionada con amenaza o peligro.

Al presentarse una situación se ponen en juego los esquemas cognitivos disfuncionales que llevan al individuo a evaluar la situación como amenazante y generadora de pensamientos negativos o catastróficos, que los

lleva a pensar que la situación supera los recursos individuales para afrontarla.

En los pacientes que sufren ansiedad, los esquemas cognitivos o creencias básicas pueden agruparse en tres áreas principales: el sí mismo, los otros y el mundo.

Vienen de pensar que tenemos que funcionar y actuar muy bien, perfectamente. Que los otros deben y tienen que comprendernos y tratarnos muy bien, perfectamente y que la vida, el mundo nuestro, debe ser fácil, muy bueno, cómodo.

Estos esquemas traen como consecuencia pensamientos disfuncionales o emocionales que dificultan la adaptación del individuo al medio.

- Valoración primaria y valoración secundaria

La teoría de Lazarus distingue dos tipos de evaluación o valoración: la valoración primaria y la valoración secundaria.

- La valoración primaria se produce en cada transacción con algún tipo de demanda. Es el primer mediador psicológico del estrés y de la ansiedad que se da en cuatro modalidades de evaluación: de amenaza, de daño – pérdida, de desafío o de beneficio.

Este acto de valoración primaria se refiere a considerar que si lo que sucede es relevante o no, para los propios valores, objetivos – creencias, sobre el self y el mundo.

Si valoramos lo que está ocurriendo como beneficioso o irrelevante para nosotros, no se producirá estrés. Si por el contrario lo valoramos como una amenaza, un desafío, o que nos ocasionaría algún daño o pérdida en nuestras creencias, valores u objetivos, entonces se producirá estrés y ansiedad.

- La valoración de amenaza se refiere a la anticipación de un daño que, aún cuando no se ha producido, el que suceda en un futuro, parece inminente.
- El desafío hace referencia a la evaluación de una situación como positiva y amenazante, a la vez.
- El daño o pérdida consiste en un perjuicio que ya se ha producido.
- El beneficio es la evaluación de una situación a través de la cual se obtienen bienestar.

Ruiz y otros (1999) señalan que uno de los aspectos causantes de estrés en estos pacientes es con relación a su enfermedad y a sus cuidados, y que, el hecho de que se den niveles moderados o altos de estrés, dependerá de la valoración o evaluación primaria (¿qué significa esta enfermedad para mí?, ¿qué significan los cambios en los estilos de vida

pasados para mí?) y la evaluación secundaria (¿me siento capaz de hacer algo eficaz con esta situación o enfermedad?).

Ruiz y otros (1999) indican que la enfermedad y la ansiedad “depende no sólo de las causas biológicas implicadas; también lo que significa para el sujeto (por ejemplo: amenaza, pérdida, signo de injusticia, etc.) y lo que hace con ella (por ejemplo: seguimiento de las prescripciones). Significado y conducta ante la enfermedad o cirugía son las cuestiones claves para la P.C.U. en esta área”. (Ruiz y otros (1999) p. 48).

Para estos autores el paciente con enfermedades físicas, generalmente, presenta reacciones emocionales desproporcionadas y adversas ante su enfermedad provocando, esto, pobre adherencia al tratamiento o complicándolo.

Ruiz y otros (1999), dicen que el paciente afectado de una enfermedad puede tener una serie de actitudes o creencias disfuncionales, erróneas o irracionales sobre estas situaciones, como resultado de su ignorancia, prejuicios culturales o significados personales.

El paciente diabético va formando, a través de su desarrollo, percepciones negativas o positivas hacia los cuidados de su salud, hacia su enfermedad, hacia la ingestión de distintos alimentos, hacia la práctica de ejercicios, visitas médicas, etc., por medio de varios mecanismos tales como: la observación de modelos, experiencias, reforzamientos,

autorreforzamientos, castigos, reforzamientos y castigos vicarios, lecturas, información formal e informal, etc.

- La valoración secundaria es la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. La valoración de los recursos personales para afrontar la situación determina, en gran proporción, que se sienta preocupado, asustado, desafiado u optimista. El estrés y la ansiedad se producen cuando la persona evalúa o percibe que la demanda supera su propia capacidad para enfrentarla, cuando la persona percibe que no puede actuar satisfactoriamente, para reducir el daño, la pérdida, la amenaza y el desafío. El grado de control percibido reduce las respuestas de estrés y ansiedad.

Estos pacientes, en su gran mayoría, han tenido parientes cercanos o lejanos que han padecido la enfermedad. Algunos han observado, en estas personas, los estragos de la enfermedad, mutilaciones, pérdida de la visión y la muerte, lo que puede generar pensamientos catastróficos y, por consiguiente, temor, miedo, sensación de impotencia hacia la misma, sobre todo, cuando se acompaña de desconocimiento de la enfermedad y de los cuidados.

En los pacientes con enfermedades crónicas son frecuentes los miedos a situaciones tales como: los estados de hiperglucemias, hipoglucemias, ya que estos estados son altamente aversivos y potencialmente peligrosos para su salud.

En el paciente diabético el miedo o la sensación de amenaza a su vida, provocado por estados de hiperglucemia o hipoglucemia, está relacionado con la capacidad del paciente para discriminar y prevenir su ocurrencia. Es por esto que muchos teóricos subrayan la importancia de que al paciente diabético se le entrene en el conocimiento sobre su enfermedad y pueda prevenir o tomar las medidas necesarias para manejar dichos estados.

Mariano Pérez Álvarez (1993), en su artículo sobre "Aportaciones de la Psicología al Tratamiento de la Diabetes", propone, como uno de los objetivos para la ayuda de estos pacientes, el entrenamiento teórico y práctico sobre su enfermedad.

Lazarus (2000) nos indica que para el manejo de la ansiedad y del estrés es imprescindible que se trabaje en el aumento de la autoeficacia, en la sensación del sujeto de tener la confianza de que tiene control sobre su entorno.

Las estrategias dirigidas a afrontar las demandas del cuidado de la enfermedad, utilizando la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva, incrementan la posibilidad de la percepción de control sobre su vida y sobre su enfermedad.

La diabetes es una enfermedad que se controla, el individuo la puede manejar con sus acciones y cuidados, si él logra percibirla de esa forma esto ayudará a su mejoría integral minimizándose el miedo a lo incierto o descontrolado, ya que la literatura señala repetidamente "que todos los días

controlen la diabetes en lugar de ser controlados por ella". (Padilla y otros (2002), p. 49).

El paciente diabético debe aprender a vivir con esta enfermedad.

Lazarus (2000) identifica algunas causas comunes de las valoraciones erróneas del pensamiento y que afectan nuestros estados de estrés, de emociones y de nuestras conductas:

- Los trastornos que conllevan daño cerebral: Las personas con estos trastornos son, en muchas ocasiones, incapaces de razonar adecuadamente, lo que significa que sus emociones y conductas presentan bases inapropiadas en la realidad social y física.
- Falta de conocimiento sobre la situación en la que nos encontramos: La ignorancia genuina puede distorsionar nuestras relaciones con el medio, con las demás personas, en relación a nuestro manejo de situaciones, conduciéndonos a sentir estrés, ansiedad y a comportarnos de forma equivocada, que sólo tiene sentido desde el punto de vista de lo que nos parece.

La literatura nos señala que el paciente diabético que más sabe es quien más vive. Esto puede ser aplicado aquí. Que el paciente diabético desconozca sobre su enfermedad, sobre sus cuidados, sobre los alimentos que le causan daño, sobre la relevancia de las emociones sobre su estado de

salud, puede provocar errores comportamentales que lo llevan a serias complicaciones y hasta la muerte. Por ejemplo: el no utilizar la cantidad y calidad adecuados de azúcar, puede llevarlo a consumirla en proporciones que le provocaría estados hiperglucémicos, lo que podría valorar como amenazante y fuera de su control, provocando estados de ansiedad, tanto por la peligrosidad real de los síntomas como por la percepción de la falta de control sobre éstos, debido a la falta de conocimiento sobre la ingestión de azúcar.

El desconocimiento de la relevancia de los efectos adversos de las emociones, como la ansiedad sobre los estados de hiperglicemias, también puede afectar el que el paciente perciba éstos como fuera de su control o impredecibles, no pudiendo tener recursos cognoscitivos para valorar con mayor predicción a qué se deben los estados hiperglicémicos.

- Negatividad: Cuando se trata de manejar una enfermedad podemos ser incapaces de enfrentar la verdad y esto nos llevaría a elaborar juicios erróneos y, por lo tanto, a experimentar estrés, ansiedad y a actuar inapropiadamente con respecto a lo necesario para nuestra salud.
- Otro aspecto es la ambigüedad de las situaciones, como las que tienen que ver con las relaciones sociales. Éstas están repletas de incertidumbre sobre lo que la otra persona piensa, quiere y trata de lograr por lo que es fácil elaborar juicios erróneos o incorrectos y por lo tanto, se generarían emociones y conductas inadecuadas.

- Reacciones hacia el estrés

Las respuestas al estrés pueden ser en términos de cambios fisiológicos y psicológicos.

- Las respuestas fisiológicas están relacionadas, sobre todo, al sistema nervioso autónomo y modificaciones neuroendocrinas.
"Actualmente no existe duda sobre la idea de que, posiblemente, no existe una sola hormona que no se vea modificada ante el estrés". (Sandín (1997). En: Belloch y otros (1997), p. 31. Volumen 2).

El tipo de respuesta hormonal puede variar. Algunos sistemas responden incrementando la liberación hormonal, como en el caso, de la tiroides. Otros, por el contrario, responden frenando la secreción hormonal como en el caso de la insulina.

- La principal respuesta psicológica asociada al estrés es de tipo emocional.

La emoción es activada junto a los cambios fisiológicos cada vez que se presenta o experimenta la situación estresante.

El tipo de emoción que suele acompañar al estrés son las emociones negativas, como la ansiedad, la ira, la depresión, etc.

Las emociones acompañan y determinan muchas veces las condiciones de estrés.

Bajo ciertas condiciones de estrés puede haber una emoción u otra, dependiendo de la relación persona – situación.

Las emociones estresantes son el resultado del modo en que valoramos o evaluamos el destino de las transacciones persona – medio.

Como en el caso del estrés, las emociones están vinculadas a las variables personales, como los valores personales, sus objetivos, jerarquías de objetivos, sistemas de creencias y recursos personales, así como a los acontecimientos ambientales de importancia.

Lazarus (2000), señala que tanto el estrés como la emoción dependen del modo en que el individuo evalúa, valora las transacciones con el entorno. Indica que el estrés y la emoción son interdependientes, no se pueden tratar por separado.

Los síntomas de ansiedad van desde la aprensión, incomodidad, preocupación, miedos, temblores, náuseas, etc., difusos y de distinta intensidad, hasta la aparición de francos trastornos de ansiedad.

Lazarus (2000) se refiere a la ansiedad como una emoción existencial ya que es una reacción ante amenazas a nuestra identidad como personas, a nuestra vida, hacia quiénes somos y representamos, hacia nuestra seguridad personal, nuestro lugar en el mundo, a la forma en que somos vistos por los demás.

En las personas que sufren una enfermedad crónica, se experimenta ansiedad ante la amenaza de muerte, ante la incertidumbre de qué va a pasar

con ellos. La enfermedad es un suceso vital que se contempla como una amenaza a nuestra existencia (evaluación primaria); pero si a través de una evaluación secundaria valoramos que podemos controlarla (en el caso de la diabetes, la enfermedad es controlable), entonces la emoción de ansiedad disminuiría y los estilos de afrontamiento serían mejores, lo que redundaría en un estatus de salud general más adecuado.

Barlow (1988), nos indica que la ansiedad es "una combinación difusa de emociones (estructura cognitivo-afectiva) orientada hacia el futuro". (Barlow (1988). En: Belloch y otros (1997), p. 55. Vol. 2.).

Belloch, Sandín y Ramos (1997), definen la ansiedad como "estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza, acompañados de activaciones del sistema nervioso autónomo". (Belloch y otros (1997), p. 77. Vol. 2.).

Una propiedad importante de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria de la amenaza o peligro.

Lazarus (2000) señala que "la ansiedad, que es una emoción propia del estrés, es más propensa a aparecer y a ser intensa cuando la persona no confía o confía poco en su propia capacidad para manejar el mundo con efectividad". (Lazarus (2000), p. 271).

Desde el punto de vista de A. Beck (1985), en Belloch y otros (1997), la ansiedad se caracteriza por los parámetros de la triada cognitiva: visión del futuro incierto, visión del entorno como peligroso y visión de uno mismo como

carente de capacidad o recursos para superar las situaciones. Añade que el individuo, a través de su desarrollo, ha adquirido esquemas cognitivos referentes a amenazas que se activan en algunas situaciones.

Los esquemas amenazantes son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas de los conocimientos y experiencias anteriores.

Estos esquemas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información, lo que resultaría en un proceso desadaptativamente distorsionado de la información y una ulterior interpretación desadaptativa de la realidad. En otras palabras, en los pacientes con ansiedad debe existir una estructura cognitiva disfuncional que les puede llevar a producir errores en el procesamiento de información, atención, codificación, interpretación, razonamiento, recuperación y, por consiguiente, ansiedad.

En Belloch y otros (1997), Beck (1976); Beck y Emery (1985), propusieron que tanto la depresión como la ansiedad están asociadas a pensamientos disfuncionales congruentes con el estado de ánimo. De acuerdo con Beck, los esquemas disfuncionales juegan un papel central en el desarrollo y mantenimiento de la depresión y la ansiedad. La diferencia entre ellos es en relación a los temores en el procesamiento de información.

Las personas con ansiedad procesan selectivamente información relevante para la ansiedad o sea información relacionada con señales de amenaza o peligro, de preocupación, de incontrolabilidad.

Beck (1985), en Belloch y otros (1997), señala que entre las distorsiones cognitivas frecuentes en los trastornos de ansiedad generalizadas están:

- La inferencia arbitraria: En la cual el sujeto anticipa o valora las situaciones o riesgos basados en evidencias insuficientes.
- Catastroficación: Valoración catastrófica o muy negativa de una situación.
- Maxificación: En donde el sujeto se evalúa a sí mismo, al mundo y a los demás o a cualquier situación, magnificando, lo negativo o minimizando lo positivo.
- Minimización: En donde el individuo se percibe con muy disminuida capacidad para enfrentar una situación.
- Las reacciones de ansiedad están precedidas por pensamientos de incapacidad para controlar la situación, preocupación, inseguridad ante distintas situaciones familiares, sociales, laborales y con relación a la salud.

Ellis (1962, 1981, 1989 y 1990), en Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), menciona que la ansiedad se deriva de la creencia irracional de que eso no debería pasar u ocurrir, y sería horrible, muy horrible si sucediera.

La ansiedad puede producirse ante peligros objetivos y reales, o bien, puede carecer de peligro real.

Algunos autores señalan que lo que distingue la ansiedad normal de la clínica es la diferencia en la intensidad, frecuencia y duración.

Sandín y Chorot (1986), en Belloch y otros (1997), indican que la ansiedad posee tres componentes: el cognitivo o subjetivo, el fisiológico o somático y el motor o conductual.

El componente subjetivo o cognitivo de la ansiedad se refiere a la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos, por ejemplo, las experiencias subjetivas de miedo, preocupación, aprensión, inquietud, pensamientos intrusivos, etc. Este es el componente central.

El componente fisiológico o somático: La experiencia de ansiedad suele acompañarse del incremento en el sistema autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.); como internos (aceleración cardíaca, aceleración respiratoria, etc.).

Algunos componentes biológicos pueden ser controlados voluntariamente como agitación, defecación, respiración, etc.

La experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos suele ser percibida como molesta, desagradable y de esta forma contribuir a la reacción de ansiedad.

El componente motor o conductual se refiere a los componentes observables de la conducta, expresión facial, movimientos, posturas corporales.

- Respuestas de afrontamiento

- Otro aspecto fundamental de la teoría de Lazarus es en relación al manejo o afrontamiento como proceso.

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como “los esfuerzos en curso cognitivos y conductuales para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como algo que grava o excede los recursos de la persona.” Lazarus y Folkman (1984). En: Belloch y otros (1997), p. 23. Vol. 2).

Lazarus (2000) señala que en cualquier encuentro estresante las personas generalmente usan varias estrategias de manejo.

Las dos funciones del manejo más importantes, según esta teoría, son la centrada en el problema y la centrada en la emoción. En la función centrada en el problema, el individuo obtiene información sobre qué se puede hacer y moviliza las acciones con el propósito de modificar la relación ambiente – persona, actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo. Se trata de cambiar la fuente generadora de estrés.

Cuando las condiciones estresantes se valoran como modificables o cuando se consideran que están bajo nuestra posibilidad de control, predomina el manejo centrado en el problema. Existen dimensiones o estrategias correspondientes al afrontamiento focalizado en el problema como la confrontación y la planificación de soluciones.

En la función centrada en la emoción se tiene la finalidad de regular las emociones producidas por la situación estresante, como por ejemplo, evitar pensar en la amenaza, como también revalorizando la misma sin modificar las realidades de la situación estresante. Cuando hacemos esto, o sea, cuando revalorizamos una amenaza, modificamos nuestras emociones, elaborando nuevos significados del encuentro estresante, como por ejemplo: aún cuando los pacientes pueden sentir algo de ansiedad ante una enfermedad, éstos pueden tranquilizarse pensando que a través de buenos controles pueden seguir adelante.

Cuando las condiciones se valoran como no modificables, predomina el manejo centrado en la emoción.

Algunas estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción son: el distanciamiento, el autocontrol, la aceptación de la responsabilidad, el escape – evitación y la revaloración positiva.

Se considera que las estrategias de búsqueda de apoyo social y de autocontrol poseen componentes de ambos tipos de afrontamiento, hacia el problema o hacia la emoción.

Un principio fundamental del manejo como proceso es que no existe una estrategia de manejo universal buena o mala. La eficacia del tipo de afrontamiento de una persona depende de las características de la persona, del tipo de amenaza, del escenario del encuentro. Cada una de las estrategias puede ser eficaz para reducir el estrés y las emociones negativas que éste genere y, por consiguiente, disminuye los riesgos de alguna enfermedad o disminuye los síntomas de una enfermedad relacionada con el estrés. Estas estrategias se utilizan de forma combinada. El uso excesivo de un tipo de afrontamiento o el uso de cualquier tipo de afrontamiento, sin considerar que tan bien se ajusta a las demandas de una situación determinada, puede interferir con la reducción del estrés o incluso, magnificarlo.

Lazarus (2000) indica que, en el caso de que una situación estresante esté fuera del control del individuo, como por ejemplo, un paciente que esté ante la situación de practicarse una cirugía, el uso de la negación o la minimización, como estilo de afrontamiento sería adecuado; pero si se usa esta misma estrategia ante los cuidados crónicos de una enfermedad, como la diabetes, sería una estrategia dañina, ya que el paciente no le daría la vigilancia, atención y cuidado a su enfermedad.

Lazarus (2000) señala que, durante el período de una hospitalización, por práctica de una cirugía, la negación es útil, ya que el paciente puede sufrir de un miedo extremo a morir y este miedo aumenta el estrés e impide al

paciente iniciar la actividad que podría facilitar su recuperación. También señala que muchas investigaciones indican que la negación es útil en la cirugía porque puede acelerar la curación de los tejidos dañados.

En resumen Lazarus nos indica que, “el principio explicativo que defiende es que, cuando nada puede hacerse por alterar la enfermedad ni prevenir el daño futuro, la negación puede ser beneficiosa. Sin embargo, cuando la negación impide la necesaria acción adaptativa, es probable que sea perjudicial.” (Lazarus (2000), p. 123).

El afrontamiento debe tener como finalidad reducir la experiencia de la respuesta de estrés, pero muchas veces, por hacer uso de estilos de afrontamiento inadecuado, las respuestas de estrés pueden incrementarse.

El afrontamiento es un mediador fundamental de la respuesta emocional. Algunas estrategias de afrontamiento, como la planificación de soluciones de problemas, se han asociado a cambios emocionales favorables. Otras estrategias, como el distanciamiento o negación, se han asociado con cambios emocionales desfavorables. Lo importante es utilizar el estilo de afrontamiento adecuado en cada situación.

La literatura nos muestra que los estilos de afrontamiento deben ajustarse a cada situación. En una enfermedad crónica y controlable como la diabetes, nos señalan Ruiz Sánchez e Imbernón (1999), que es imprescindible disminuir el nivel de miedo, de temor e incrementar la esperanza razonable y el autocontrol a través de distintas estrategias de

afrontamiento tales como: la revalorización positiva, planificación de problemas, búsqueda de apoyo social, incluyendo al servicio sanitario.

Lazarus (2000) nos señala que es importante disminuir los estilos de afrontamiento de valoración negativa y minimización de la amenaza en estos pacientes crónicos, ya que el negar o minimizar la importancia de los estados hiperglucémicos, de los malos controles alimenticios, de planes de ejercicios y aplicaciones de inyecciones, uso de medicamentos, etc. sería muy perjudicial para su salud.

En relación al apoyo social, Lazarus (2000) asevera que éste funciona como un tipo de afrontamiento y que también puede ejercer un efecto directo sobre la salud del individuo, independientemente de que exista o no estrés.

Como un estilo de afrontamiento hacia el estrés, el apoyo social actúa protegiendo al individuo durante los momentos de estrés, ayudando a la adaptación del individuo. El apoyo social puede reducir el impacto del estrés y de las emociones que surgen de él:

- Eliminando o reduciendo el propio estresor, o
- Reforzando la capacidad del individuo para hacer fuerte al estresor, o
- Atenuando la experiencia del estrés, una vez que éste se ha suscitado.

Los efectos directos sobre la salud se centran en que, el hecho de que el individuo esté integrado a un grupo, facilite experiencias individuales

positivas, sugiriendo que estas experiencias protegen al organismo de enfermedades físicas o mentales.

Un aspecto fundamental que debemos tener en cuenta es que, “el número total de fuentes de apoyo en el ambiente de un individuo y el valor funcional real del soporte que le ofrecen tiende a tener menos impacto sobre la salud y bienestar que su percepción acerca de éstos”. (Nowack (2002), p.17).

El paciente diabético debe hacer reajustes con relación a su vida cotidiana. Muchos de estos reajustes pueden afectar sus relaciones interpersonales y familiares, como por ejemplo: debe estar más vigilante al uso de bebidas alcohólicas, no poder consumir una serie de alimentos en una reunión social o familiar, tener que posponer o interrumpir una reunión de trabajo o familiar para tomar su merienda o comida. Esto hace fundamental el entrenamiento en habilidades sociales, para evitar conductas pasivas o agresivas que puedan contribuir de forma adversa a la salud integral del diabético como sería la alineación del diabético de su vida social, como medida preventiva, por parte de éste, a encuentros desagradables o posibles estados emocionales perjudiciales que podrían acompañar a comportamientos agresivos.

- Estatus de salud: físicos y psicológicos

Este estatus depende de las fases anteriores. Ya hemos revisado en secciones anteriores cómo afecta el estrés a la salud del individuo (ver clasificación diagnóstica según el DSM-IV – TR, (2002).

El estrés puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que afectan la salud. Pero también puede influir de manera indirecta manteniendo conductas no saludables.

Lazarus y Folkman (1984), en Lazarus (2000), indican que, el estrés, las emociones y el manejo influyen en la salud o estatus de salud en dos formas: alterando la neuroquímica del cerebro y generando transacciones peligrosas y perjudiciales con el ambiente. Por lo tanto, podría suceder que no se logre regular la ansiedad con sus efectos somáticos o que adoptemos estilos de vida que conllevan al manejo del estrés de forma poco saludable, tales como ingerir bebidas alcohólicas o fumar.

CAPÍTULO II. TRATAMIENTO COGNITIVO – CONDUCTUAL.

1. ¿Por qué brindar un programa cognitivo–conductual a estos pacientes diabéticos?

Pérez Álvarez y Fernández Rodríguez (1993), en Maciá Antón y otros (1999) sostienen que, ciertamente, los avances técnicos en medicina (sistemas de elaboración de insulina, medidores portátiles, etc.), hacen posible que en la actualidad, aún cuando esta enfermedad no se puede curar, sí sea factible su control y, consecuentemente, la posibilidad de reducir complicaciones y la muerte. Pero la cuestión es que, si bien la diabetes es una disfunción fisiológica, el cumplimiento de las prescripciones médicas o de salud es una conducta, y como tal, está sujeta a las mismas leyes que controlan el aprendizaje.

Si consideramos que los factores implicados en el control adecuado de la enfermedad constituyen conductas que el sujeto debe llevar a cabo, es propio de las técnicas cognitivas conductuales el asignar un papel eminentemente activo al sujeto, enseñándole determinadas habilidades que, posteriormente, podrá utilizar para enfrentarse a las situaciones problemas.

Pérez Álvarez y Fernández Rodríguez (1993), en la recopilación de Maciá Antón y otros (1999) opinan que, en relación al efecto descompensante de la ansiedad sobre el control diabético, las técnicas de reducción de ansiedad, como técnicas de relajación, estructuración cognitiva y

otras, como también la resolución de problemas o entrenamiento en habilidades sociales, parecen haber sido eficaces en el control de esta condición.

Caballo Manríque (1991) señala que, “hoy día existe un amplio consenso sobre la importancia de las habilidades sociales para el mantenimiento de la salud mental y física”. (Caballo Manríque (1991). En: Simón M. A. (1993), p. 107).

“Se cree que la capacidad de una persona para afrontar el estrés diario es más importante para el estado de ánimo general, el ajuste social y la salud física, que la frecuencia o la gravedad de las situaciones de estrés. El individuo que afronta los problemas bebiendo, comiendo en exceso o tomando tranquilizantes, no sólo arriesga su salud física, sino que daña también las fuentes de apoyo social”. (Eisler (1984). En: Simón M. A. (1993), p. 107); y esto a su vez provoca, a menudo, mayores disgustos.

Las habilidades de afrontamiento son consideradas no sólo como una respuesta ante los estímulos estresantes inevitables, sino también como un proceso activo que funciona evitando que las interacciones persona – ambiente se vuelvan demasiado estresantes.

Pérez Álvarez y Fernández Rodríguez (1988), en Simón M. A. (1993), nos indican que, el estrés, la ansiedad, las habilidades sociales, los hábitos conductuales son considerados como barreras de adherencia.

“Desde el punto de vista de la intervención, ciertas técnicas psicológicas reductoras del estrés, cuya utilidad se ha visto en otros ámbitos, podrían tener su aplicación en la recuperación del control glucémico, en la

medida en que esté implicada la alteración emocional”. (Pérez Álvarez (1988). En: Simón M. A. (1993) p.64).

Se especifica, en los escritos de Sandín, Chorot, Santed y Jiménez (1994), en la publicación de Belloch y otros (1997), que un área de investigación que ha despertado interés, en los últimos años, es con relación a la puesta en marcha de una serie de elementos mediadores (enfrentamiento de las situaciones, evaluación, apoyo social) cuya finalidad consistiría en la reducción del estrés y en la adaptación o ajuste a la enfermedad.

“Efectivamente, el tratamiento implica que el paciente realice una serie de conductas complejas y asuma en todo momento un papel activo en los autocuidados necesarios, muchas veces en contra de hábitos anteriores y de las sugerencias ambientales”. (Pérez Álvarez y Fernández Rodríguez (1993). En: Maciá Antón y otros (1999), p. 353).

Pérez Álvarez y Fernández Rodríguez (1993), en Maciá Antón y otros (1999), recomiendan el uso de técnicas conductuales, tales como algún programa de reforzamiento, contratos de contingencia, modelado y otros para el desarrollo y mantenimiento de conductas de adherencia, como seguir el plan de alimentación, tomar los medicamentos, etc.

Son muchos los estudios que sugieren un tratamiento cognitivo conductual, para el manejo de síntomas psicológicos en los pacientes con enfermedades físicas crónicas.

Lazarus (2000), en su libro Estrés y Emoción: Manejo e Implicaciones en Nuestra Salud, hace referencias: “Los terapeutas cognitivos como Beck (1976); Beck y Emery (1985); Ellis (1962); Ellis y Bernard (1985); Meichenbaum (1997) y Meichenbaum y Jaremko (1983) asumen que el paciente percibe las cosas de una forma inapropiada. La tarea de la terapia consiste en descubrir estas tendencias cognitivas y cambiarlas por otras mejores”. (Lazarus (2000), p.p. 275 – 276).

Ruiz Sánchez y Cano Sánchez en su libro: Manual de Psicoterapia Cognitiva (1992), hacen referencia a dos modelos de tratamiento de las enfermedades psicosomáticas: el modelo de tratamiento cognitivo – biológico del estrés de Valdés y Flores (1985) y el modelo de tratamiento cognitivo de los trastornos psicosomáticos de J. Ruiz Sánchez y J. Cano Sánchez (1992).

Valdés y Flores (1985), presenta un modelo para explicar los efectos del estrés sobre las personas con trastornos psicosomáticos. Este modelo está influido, pero no exclusivamente, por la teoría de R. Lazarus sobre el estrés.

Estos modelos nos señalan la importancia de la evaluación primaria y secundaria de los pacientes ante los sucesos vitales, crónicos o menores. Nos indican la relevancia de la “modificación de cogniciones disfuncionales: detección y modificación de cogniciones y significados asociados. (R.E.T. de Ellis; C.T. de Beck)” Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), p. 128).

Dichos estudios indican la importancia de utilizar técnicas cognitivas conductuales en el manejo del estrés, de las emociones en general, de la adherencia al tratamiento médico.

Valdés y Flores (1985) en Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), de forma general, recomiendan las estrategias de relajación, entrenamiento en detección y modificación de cogniciones disfuncionales, resolución de problemas, técnicas de autocontrol, control de contingencias, etc.

Beech (1982), en Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), recomienda el uso del entrenamiento en la relajación para el manejo de la ansiedad, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, técnicas cognitivas en general, entrenamiento en habilidades sociales, etc.

Buceta (1988), en Ruiz Sánchez y Sánchez Cano (1992), sugiere técnicas de resolución de problemas, entrenamiento en la relajación, discusión de cogniciones disfuncionales.

Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), entre otras estrategias aconsejan la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1989), la Terapia Cognitiva de A. Beck (1976).

Pérez Álvarez y Fernández Rodríguez (1993), en: Maciá Antón y otros (1999), en su Programa para la adhesión al tratamiento en diabéticos ciegos, establecen, en relación al efecto de la ansiedad, el estrés y la pobre adhesión al tratamiento, el uso de técnicas cognitivo – conductuales tales como la

relajación muscular, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales.

2. La terapia cognitivo–conductual

El modelo cognitivo conductual propone que, “todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta del paciente”. (Beck (2000), p. 17).

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que son las percepciones de los eventos lo que influye sobre las emociones y los comportamientos de una persona.

Un principio fundamental de esta teoría es su naturaleza educativa, pues tiene como propósito enseñar al paciente a identificar sus distorsiones cognitivas, las emociones, los comportamientos y las respuestas fisiológicas que surgen del pensamiento disfuncional y enseña al paciente cómo modificar este pensamiento por otros más adaptativos.

Beck (2000) nos señala que la modificación del pensamiento desadaptativo produce una mejoría en los estados de ánimo y en el comportamiento.

La terapia cognitivo conductual se sirve de una gran cantidad y variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

Basándonos en el Modelo del Estrés y la Emoción de Lazarus (2000),

las estrategias irán encaminadas a ayudar al paciente en la modificación de las valoraciones distorsionadas a través de la técnica de reestructuración cognitiva e igualmente al manejo o afrontamiento.

Clasificaremos las técnicas de afrontamiento según sus efectos: se dirigirán hacia la solución de problemas o hacia la regulación de la emoción.

Hacia la solución de problemas se utilizaron las técnicas de: reestructuración cognitiva, resolución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales: asertividad, tareas para la casa y el programa de reforzamiento positivo. Estas técnicas se utilizan sobre todo en problemas inmediatos que están anclados en la realidad y son modificables.

Las técnicas que van dirigidas hacia el manejo de la emoción son: la reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, habilidades sociales (asertividad), tareas para la casa, que van dirigidas hacia problemas inmediatos que están anclados en la realidad pero que no pueden ser modificados por el individuo.

“Se cree que la capacidad de una persona para afrontar el estrés diario es más importante para el estado de ánimo general, el ajuste social y la salud física, que la frecuencia o la gravedad de las situaciones de estrés”. Caballo Manríque (1991). En: Simón M. A. (1993), p. 107).

Caballo Manríque, en la recopilación de Simón (1993), indica, además, que las habilidades de afrontamiento son consideradas, no sólo como una

respuesta a estímulos estresantes inevitables sino que son también un proceso activo que intenta evitar o prevenir que las situaciones se vuelvan estresantes.

3. Técnicas cognitivo-conductuales

La reestructuración cognitiva

Esta técnica consiste básicamente en identificar y modificar las ideas irracionales o distorsiones cognoscitivas que son los causantes del estado de ánimo ansioso.

A. Beck (1985), en Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), indica que se parte de la idea de que el sujeto, a lo largo del desarrollo, ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento a nivel cognitivo que produciría, a su vez, activación a nivel emocional y a nivel conductual.

“Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos”. (Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), p. 77).

Jarret y Rush (1988), en Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), señalan que, los esquemas cognitivos de la ansiedad tienen contenidos

temáticos referentes a amenazas, peligro, daño sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución, rendimiento, autonomía, salud.

Entre las distorsiones cognitivas más frecuentes en los trastornos de ansiedad, según Beck (1985), en Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), están los pensamientos catastróficos, la maximización y la minimización, pero también pueden aparecer otras distorsiones.

A los pacientes se les explican los principios básicos en los que se fundamenta la reestructuración cognitiva (modelo cognitivo). Se indica que la terapia cognitiva plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Se les señala que la interpretación de una situación, o sea, lo que se piensa de esta situación, más que la propia situación, a menudo influye sobre nuestras emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas subsiguientes; así opinan Beck (1961); Ellis (1962), en Beck (2000).

Se establece el diagrama:



Lazarus (2000) nos plantea la necesidad de descubrir y cambiar las tendencias cognitivas desadaptativas, para tratar de modificarlas por otras que sean mejores ante las situaciones que causan estrés y afectan la salud física del paciente. Para lograr esto se refiere al uso de las estrategias de los

terapeutas cognitivos como: Beck (1976); Beck y Emery (1985); Ellis (1962); Ellis y Bernard (1985), Meichenbaum (1977) y Meichenbaum y Jaremko (1993), asumen:

“Que el paciente percibe las cosas de una forma inapropiada, quizás como resultado de las defensas que operan como rasgo de personalidad o hábitos de pensamiento que distorsionan las realidades valoradas y los ineptos procesos de manejo que generan estas valoraciones. La tarea de la terapia consiste en descubrir estas tendencias cognitivo-motivacional-relacionales estables, observar cómo funcionan y tratar de cambiarlas por unas mejores”. (Lazarus, (2000), p. 276.).

Señala Lazarus: “Y si, como opinan los cognitivistas, es el modo en que la persona valora los sucesos estresantes y, por lo tanto, cómo los maneja, entonces el cambio de la valoración y del manejo se convierten en las claves de la estrategia terapéutica.” (Lazarus (2000), p. 276).

La reestructuración cognitiva es útil en el tratamiento de estos pacientes, como lo plantean Ruiz Sánchez y Cano Sánchez en su Modelo Cognitivo de los Trastornos Psicosomáticos, (1992), donde se reconoce la intervención de los agentes estresantes, las cogniciones disfuncionales o desadaptativas de estos pacientes para manejarlos y la importancia de utilizar estrategias cognitivas como ésta, para ayudar al paciente a adaptarse mejor a su situación.

A través de esta técnica se le explica al paciente en qué consiste el Modelo A. B. C., como también, qué son las distorsiones cognitivas, las

creencias centrales, los ideales emocionales, los pensamientos automáticos. Se enseña al paciente a identificar las emociones (haciendo énfasis, para este estudio, en la ansiedad) e igualmente, los comportamientos y reacciones fisiológicas que surgen de ese pensamiento.

Se entrena al paciente a identificar y debatir las distorsiones cognitivas y se le enseña a utilizar pensamientos más funcionales en relación a las situaciones.

La técnica de reestructuración cognitiva se utilizó para enseñar a los pacientes a afrontar situaciones reales e inmediatas que podían ser modificadas y para afrontar situaciones reales (manejo centrado en el problema) e inmediatas que no podían ser modificadas (manejo centrado en la emoción).

Los problemas reales anclados en la realidad, pero que no pueden ser modificados, trabajados en esta investigación, fueron: el padecer una enfermedad crónica, la muerte o la hospitalización de familiares por la misma enfermedad (diabetes), algunos problemas sociales y familiares, como discusiones, desacuerdos con algún amigo o persona de la comunidad.

Las situaciones reales e inmediatas, que pueden ser modificadas, para las cuales se trabajó la reestructuración cognitiva, en conjunto con la técnica de resolución de problemas y habilidades sociales: asertividad, fueron: la adhesión al tratamiento, plan de alimentación, ejercicios, asistencia a

controles médicos, con enfermería, al programa educativo y psicológico, la toma de medicamentos y relaciones interpersonales.

Técnicas de afrontamiento

Lazarus (2000) señala que las técnicas de afrontamiento o el manejo son esfuerzos cognitivos y conductuales en constantes cambios para la resolución de demandas internas y/o externas, que son valoradas como impositivas o excesivas para los recursos de la persona.

Lazarus (2000) indica que dos funciones principales del manejo son la centrada en el problema y la centrada en la emoción. Hacia el manejo centrado en la emoción se enfatiza en la reestructuración cognitiva, en la utilización de revaloraciones positivas, en el cambio de valoraciones negativas y catastróficas. También se trabaja en el uso de la relajación. Se indica al paciente que este tipo de estrategia es fundamental para afrontar situaciones que no pueden ser modificadas. (Ver anexos).

Se enseña al paciente que algunas situaciones pueden ser modificadas y que se pueden utilizar algunas estrategias de afrontamiento para modificarlas de forma más asertiva.

Se enseñan las técnicas de resolución de problemas y habilidades sociales: la asertividad.

Resolución de problemas

“Al igual que el resto de las técnicas usadas por la terapia cognitiva, tiene por objeto influir sobre el pensamiento, el comportamiento y el estado de ánimo del paciente”. (Beck (2000), p. 235).

Beck (2000) señala que este proceso incluye cuatro pasos:

- Definir el problema: Incluye la descripción del problema como también el significado que tiene para la persona, o sea, los pensamientos hacia la situación, si la ve como una amenaza, reto, pérdida, etc., (evaluación primaria). También se incluyen en este paso las respuestas cognitivas al significado particular, por ejemplo: pensar si es lo suficientemente capaz o no de solucionar un problema.
- Generación de soluciones alternativas: Se refiere a buscar distintas formas de solucionar el problema.
- Toma de decisiones: Como muchos pacientes tienen dificultad para tomar decisiones, el terapeuta les pide que hagan una lista de las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones alternativas, con la finalidad de determinar la mejor estrategia para la situación particular. Se ayuda a evaluar cada situación y a llegar a la

conclusión de cuál sería la mejor opción; posteriormente se toma la decisión.

- Aplicar y evaluar la solución: Este paso se refiere a la puesta en práctica de la decisión tomada, como también, verificar o evaluar los resultados.

Para el presente trabajo, esta técnica tiene como objetivo lograr que el paciente pueda darle un mejor afrontamiento, especialmente a los asuntos que tienen que ver con el tratamiento, tales como: seguir el plan de alimentación, hacer ejercicios, tomar los medicamentos, asistir a programas educativos y psicológicos, al control médico y con la enfermera.

“Se sugiere que el modelo de resolución de problemas puede suponer una contribución importante en la autorregulación diabética, en particular, en la identificación de las barreras de la adhesión y en la formulación y entrenamiento de habilidades particulares conforme a las demandas ambientales y personales de cada individuo.” (Pérez Álvarez y Fernández Rodríguez (1987). En: Maciá Antón y otros (1999), p.363).

Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad

Hoy día existe un amplio consenso sobre la importancia de las habilidades sociales para el mantenimiento de la salud mental y física y para la prevención de problemas mentales o somáticos.

“El entrenamiento en habilidades sociales sería conveniente para aquellos individuos que padecen estrés”. (Caballo Manríque (1991) en: Simón M. A (1993) p. 107).

En el estudio sobre aportaciones de la psicología al tratamiento de la diabetes de Pérez Álvarez (1993), en la recopilación de Simón (1993), este autor nos señala la importancia del manejo de las distintas situaciones estresantes que surgen de la forma como estos pacientes interactúan con las demás personas y con el medio, para favorecer la disminución de dificultades y favorecer el manejo de condiciones relativas al seguimiento y control de su enfermedad y asimismo ayudar a prevenir y evitar situaciones estresantes.

Existe una gran cantidad de programas de entrenamiento en habilidades sociales y una gran cantidad de técnicas para trabajar la asertividad. El entrenamiento en la asertividad, en los pacientes diabéticos, tiene como objetivo disminuir y prevenir situaciones de estrés, como también que el paciente adquiriera una serie de habilidades para que pueda ponerlas en práctica en su vida cotidiana. Son muchos los escritos que señalan que la condición de los diabéticos requiere de una serie de ajustes que la persona tiene que llevar a cabo, como nos dijo: Pérez Álvarez (1990), en Simón M. A. (1993) “el mundo no está organizado precisamente conforme a la condición diabética” (p. 61) ya que éste se va a enfrentar a situaciones sociales tales como: el rechazo de una comida que no puede ingerir en una

fiesta, en reunión con sus amigos, familia, etc.; como tener que decirle al jefe que tiene que parar de trabajar porque tiene que tomar su merienda, etc.

El punto central es ayudar al individuo a exponer sus sentimientos y preferencias de una manera honesta, adecuada, sin ser agresivo ni pasivo.

Para lograr este objetivo se utilizan una serie de estrategias básicas, como la educación, el modelamiento, el ensayo de conductas, la retroalimentación, las tareas para la casa.

Para el entrenamiento asertivo, primeramente se describe el comportamiento asertivo, se identifican situaciones que requieran de comportamientos asertivos, se explica el papel que juegan las distorsiones cognoscitivas en el comportamiento asertivo, se explican los componentes verbales y no verbales de la conducta asertiva. El terapeuta modela comportamientos asertivos y no asertivos, se llevan a cabo ensayos conductuales.

Entrenamiento en la relajación

La relajación es una técnica para eliminar la tensión cuando las personas se encuentran bajo los efectos del estrés y de la ansiedad.

El objetivo de la relajación es disminuir los síntomas subjetivos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad, al igual que otras emociones negativas.

Se hace referencia al modelo propuesto por T. Carnwath y D. Miller, el cual implica un modelo de tres fases. En la primera fase se utiliza la respiración, en la segunda la relajación progresiva muscular de Jacobson y en la tercera fase se utiliza la visualización.(Ver sesiones).

Tareas para la casa:

Las tareas para la casa son parte de la terapia cognitivo–conductual.

“Las tareas para el hogar no son un elemento accesorio, sino que son parte constitutiva de la terapia cognitiva.” (Beck (2000) p. 293).

Por medio de las tareas para la casa se pretende extender las posibilidades de cambios cognitivos y conductuales.

La asignación de tareas, acorde con lo dado en las sesiones, permite que el paciente logre mayores conocimientos, pueda revisar sus pensamientos, sus emociones, sus conductas, pueda poner en práctica la modificación de pensamientos, trabajar en la asertividad, etc.

Beck (2000), nos señala que no hay una fórmula exacta para todos los pacientes sobre las tareas que hay que dejarles, que más bien éstas se adaptan a los contenidos de la sesión y a las características del paciente; tales como: si el paciente sabe leer o no, su disposición, su motivación, etc.

Un aspecto importante que permite la probabilidad de aumentar el éxito de las tareas es dar una explicación clara del propósito de éstas al inicio de la sesión y explicar cada tarea claramente, cómo se hace y por qué se hace. Se

pueden hacer ensayos. También es necesario comentar y revisar las tareas para la casa durante las sesiones siguientes a la ejecución. Asimismo se debe recordar a los pacientes la ejecución de éstas. (Ver variable independiente, Capítulo III).

4. Terapia cognitivo–conductual en grupo

Este tipo de terapia pretende facilitar la estimulación del grupo para ayudarse mutuamente a pensar y a comportarse más adaptativamente.

Ellis (1989), en Bethancourt F. y Madrid I. (2004), nos señala que el trabajo terapéutico de grupo tiene varias ventajas. Entre ellas mencionaremos:

- Debido a que los miembros del grupo tienen o presentan problemas similares, cuando surgen los problemas, los pensamientos absolutistas o disfuncionales, pueden reconocer sus manifestaciones en otros y se pueden ayudar en el intento de solución.
- Como en esta terapia es muy importante el debate de los pensamientos disfuncionales, en grupo se crean, muchas veces, condiciones favorables para contradecir y atacar esas condiciones.

Así, cuando varios dicen lo mismo, desde diferentes puntos de vista, esto puede producir más impacto que con un solo terapeuta.

- Las tareas presentadas en grupo pueden estimularlos mucho más.
- Los métodos de modificación de conducta tales como el modelado, ensayos conductuales y los reforzamientos son muy eficaces en grupo.
- En una terapia en grupo, los pacientes no se ven solos y se dan cuenta de que no son los únicos que tienen problemas con sus pensamientos; de esta forma se evita la autocondena.
- Para la técnica de habilidades sociales es esencial, ya que no sólo aprenden sobre los fundamentos de esta técnica sino que permite ponerla en práctica y recibir retroalimentación directa de varias personas.
- Los individuos pueden observar el progreso de los miembros del grupo.

En la técnica de resolución de problemas se les ofrece una gama más amplia de posibles soluciones a estos, de las que normalmente recibiría un cliente en la terapia individual.

CAPÍTULO III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. Enunciado del problema.

¿Se reduce el estrés y la ansiedad en los pacientes diabéticos a través de un abordaje cognitivo–conductual?

2. Justificación de la investigación.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, lo que implica que el paciente la padecerá toda su vida. Esta enfermedad es un desorden del metabolismo, donde los aspectos emocionales, sociales, familiares y médicos juegan un papel importante.

Son muchas las investigaciones que hacen énfasis en que, si bien la diabetes es una enfermedad médica, su manejo depende en gran medida del comportamiento de quien la padece y esto la hace un problema psicológico.

Es relevante brindarle al paciente diabético, a través de un tratamiento cognitivo–conductual, la posibilidad de aprender a manejar sus niveles de estrés y de ansiedad, ya que son muchas las investigaciones que hablan sobre los efectos nocivos de estos síntomas en el paciente diabético.

Es uno de los principales problemas de salud de la población panameña y mundial. La O.M.S. la declaró como una de las primeras

epidemias crónicas del siglo XXI. Se estima que existen alrededor 300 millones de diabéticos a nivel mundial.

En Panamá son muy altos los costos personales y estatales del tratamiento de esta enfermedad. Las complicaciones hay que prevenirlas. Los daños en los ojos, en los riñones, sistemas cardiovasculares, etc. son irreversibles. De acuerdo con la Estadística Nacional en Panamá, del año 2004, la Diabetes Mellitus ocupa el quinto lugar, dentro de las principales causas de muerte en la República.

Es la primera vez que en la Policlínica Roberto Ramírez De Diego se brinda un tratamiento psicológico, en grupo, para pacientes diabéticos. Anteriormente este tratamiento fue esporádico e individual.

El Programa de Salud de Adultos a nivel nacional, de la Caja de Seguro Social, recomienda que el psicólogo forme parte activa de este Programa con el propósito de lograr un mejor manejo de estos pacientes en relación a su enfermedad.

3. Planteamiento de objetivos

a) Objetivos generales:

- Reducir el estrés y la ansiedad en los pacientes diabéticos a través de un Programa Cognitivo–Conductual.
- Evaluar la reducción del estrés y de la ansiedad en los pacientes diabéticos, obtenida a través del programa.

b) Objetivos específicos:

- Aplicar un Programa Cognitivo-Conductual para diabéticos.
- Medir, en términos estadísticos, la efectividad del Programa Cognitivo–Conductual en Grupo.
- Lograr, a través del programa, que el paciente diabético mejore sus síntomas de ansiedad y de estrés.
- Lograr que el paciente diabético obtenga, a través del programa, mejor adaptación y mejoría clínica global como paciente diabético.

4. Sujetos

- El grupo se conformó con 15 pacientes diabéticos. Hubo cuatro muertes experimentales, por lo tanto, la muestra de la investigación fue de 11 pacientes diabéticos.

- La elección fue no aleatoria. Se seleccionaron 15 pacientes con dificultad en el manejo de sus niveles de glucosa, no seguían el tratamiento regularmente, presentaban estrés y ansiedad sin adaptación y sin mejoría clínica global. Estos pacientes fueron referidos por distintos médicos o a través del Programa de Diabéticos.
- Primeramente se realizó una entrevista clínica y se estableció el diagnóstico de síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus. La entrevista clínica utilizada se basó en el formato de historia clínica cognitivo-conductual de A. Maldonado (1990) y Karataos (1991), en Ruiz, Sánchez y Cano Sánchez (1992). Posteriormente se evaluó a los pacientes a través de las escalas de Ansiedad, Estrés y de Adaptación y Mejoría Clínica como Paciente Diabético.
- Los pacientes no estaban recibiendo atención psicológica ni psiquiátrica y no estaban tomando psicofármacos.
- Los pacientes tienen las edades comprendidas entre los 18 y los 60 años. Saben leer y escribir.
- Para la elección no se tomó en consideración el sexo, el tipo de diabetes, la raza, el grado de escolaridad, el nivel socioeconómico, así como tampoco los años de padecer la enfermedad.

5. Diseño de investigación

a) Estudio explicativo

El interés de este tipo de estudio “ se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas”. (Hernández Sampieri y otros (1985), p. 66).

Busca encontrar cómo explicar las razones que provocan ciertos fenómenos.

Evalúa si un tratamiento es efectivo o beneficioso para los sujetos .

Explica por qué se atribuye un cambio principalmente al tratamiento.

b) Diseño de preprueba – postprueba con un solo grupo

Diagrama del diseño:

G O₁ X O₂

En donde G es el grupo experimental.

O₁ = es la primera medición del grupo o preprueba (previa al tratamiento).

X = es el tratamiento o variable independiente.

O₂ = es la segunda medición del grupo o postprueba (posterior al tratamiento).

Éste es un pre experimento que consiste en administrar a un grupo una preprueba previa al tratamiento, después se administra el tratamiento y finalmente, se aplica una postprueba.

En este tipo de diseño hay un seguimiento del grupo. Se observa si el tratamiento produjo algún cambio en los sujetos. Se comparan las mediciones antes y después del tratamiento, para observar y medir si hay cambios en ellos.

Este diseño tiene algunas limitaciones, como el hecho de que el grado de control es mínimo, no hay grupo control, no hay asignación al azar, por lo que la validez interna de la investigación se ve amenazada.

No obstante, si en este tipo de investigación, se utilizan los resultados con precaución, no deja de ser valioso, ya que podemos conocer, en los sujetos de estudios, si el tratamiento les ayudó o no.

Somos conocedores de que el ideal sería hacer una investigación experimental o cuasiexperimental pero, una vez que nos planteamos el problema, los objetivos, revisada la literatura, como también, considerada la importancia de que estos pacientes recibieran el tratamiento psicológico, evaluamos la viabilidad de realizarlo y de cómo hacerlo.

Fueron muchas las limitaciones que se presentaron, entre ellas: el espacio físico y el tiempo disponible para llevarlo a cabo; también algunas literaturas revisadas indicaban lo difícil de trabajar psicológicamente con estos pacientes y la probabilidad de que no resistieran dos sesiones por semana;

igualmente, el hecho de que los pacientes necesitaban ayuda psicológica rápida y eficaz; no se podía dejar un grupo sin tratamiento psicológico.

Por lo que se llegó a la conclusión de que con un tipo de diseño como éste, podríamos brindarle al paciente diabético una atención psicológica adecuada y esto serviría, tanto para ayudar al paciente diabético, como para conocer, a través de una estrategia, si en estos pacientes el tratamiento había sido eficaz.

6. Formulación de hipótesis

a) Hipótesis conceptual

Hipótesis 1: el Programa Cognitivo–Conductual en Grupo disminuirá los niveles de estrés y de ansiedad en los pacientes diabéticos.

Hipótesis 2: el Programa Cognitivo–Conductual en Grupo mejorará la adaptación y mejoría clínica global, como pacientes diabéticos, de esos pacientes diabéticos.

b) Hipótesis operacional

Hipótesis 1: Los pacientes que participan en el Programa Cognitivo–Conductual en Grupo presentarán **menores niveles de estrés** después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

Hipótesis 2: Los pacientes que participan en el Programa Cognitivo–Conductual en Grupo presentarán **menores niveles de ansiedad**, después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

Hipótesis 3: Los pacientes que participan en el Tratamiento Cognitivo–Conductual en Grupo **utilizarán, con menor frecuencia, el estilo de afrontamiento de valoración negativa**, después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

Hipótesis 4: Los pacientes que participan en el Programa Cognitivo–Conductual en Grupo **utilizarán, con menor frecuencia, el estilo de afrontamiento de minimización de la amenaza** después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

Hipótesis 5: los pacientes que participan en el Tratamiento Cognitivo–Conductual en Grupo presentarán **mayor bienestar psicológico** después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

Hipótesis 6: los pacientes que participan en el Tratamiento Cognitivo–Conductual en Grupo presentarán **mejores hábitos de salud** después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

Hipótesis 7: los pacientes que participan en el Programa Cognitivo-Conductual en Grupo **utilizarán, con mayor frecuencia, el estilo de afrontamiento de concentración de problemas**, después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

Hipótesis 8: los pacientes que participan en el Tratamiento Cognitivo-Conductual en Grupo presentarán **mayor fuerza cognitiva** después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

Hipótesis 9: los pacientes que participan en el Programa Cognitivo-Conductual en Grupo **utilizarán, con mayor frecuencia, el estilo de afrontamiento de valoración positiva**, después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

Hipótesis 10: los pacientes que participan en el Tratamiento Cognitivo-Conductual en Grupo presentarán **mayor y mejor percepción de apoyo social** después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

Hipótesis 11: los pacientes que participan en el Tratamiento Cognitivo-Conductual en Grupo presentarán ***mejor adaptación y mejoría clínica global, como pacientes diabéticos***, después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido.

c) Hipótesis estadística

Hipótesis estadística 1 : Estrés

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

$H_a = \mu_D > 0$ Los niveles de estrés serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 11 - 1 = 10 \text{ gl.}; t_c = 1.812.$$

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

Se rechaza la H_0 si $t_o > t_c$

Hipótesis estadística 2 : Ansiedad

$H_0 = \mu_D \leq 0$ El nivel de ansiedad será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_a = \mu_D > 0$ Los niveles de ansiedad serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n-1 = 11-1 = 10 \text{ gl.}; t_c = 1.812.$$

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

Se rechaza la H_0 si $t_o > t_c$

Hipótesis estadística 3 : Valoración Negativa

$H_0 = \mu_D \leq 0$ El grupo utilizará, con igual o mayor frecuencia, el estilo de afrontamiento de valoración negativa, después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_a = \mu_D > 0$ El grupo utilizará, con menor frecuencia, el estilo de afrontamiento de valoración negativa, después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n-1 = 11-1 = 10 \text{ gl. ; } t_c = 1.812.$$

$\alpha = 0.05$ a una cola.

Se rechaza la H_0 si $t_o > t_c$

Hipótesis estadística 4 : Minimización de la Amenaza

$H_0 = \mu_D \leq 0$ El grupo utilizará, con igual o mayor frecuencia, el estilo afrontamiento de minimización de la amenaza después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_a = \mu_D > 0$ El grupo disminuirá el uso de la minimización de la amenaza después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n-1 = 11-1 = 10 \text{ gl.}; \quad t_c = 1.812.$$

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

Se rechaza la H_0 si $t_o > t_c$

Hipótesis estadística 5 : Bienestar Psicológico

$H_0 = \mu_D \geq 0$ El grupo presentará igual o menor bienestar psicológico después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_a = \mu_D < 0$ El grupo presentará mayor bienestar psicológico después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n-1 = 11-1 = 10 \text{ gl} ; t_c = -1.812.$$

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

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$

Hipótesis estadística 6 : Hábitos de Salud

$H_0 = \mu_D \geq 0$ El grupo presentará iguales o peores hábitos de salud después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_a = \mu_D < 0$ El grupo presentará mejores hábitos de salud después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 11 - 1 = 10 \text{ gl.}; t_c = -1.812.$$

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

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$

Hipótesis estadística 7 : Concentración en el Problema

$H_0 = \mu_D \geq 0$ El grupo utilizará, con igual o menor frecuencia, el estilo de afrontamiento de concentración en el problema, después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_a = \mu_D < 0$ El grupo utilizará, con mayor frecuencia, el estilo de afrontamiento de concentración en el problema, después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n-1 = 11-1 = 10 \text{ gl.}; t_c = -1.812.$$

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

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$

Hipótesis estadística 8 : Fuerza Cognitiva

$H_0 = \mu_D \geq 0$ El grupo presentará igual o menor fuerza cognitiva después de recibir el tratamiento, comparado con con antes de haberlo recibido.

$H_a = \mu_D < 0$ El grupo presentará mayor fuerza cognitiva después de recibir el tratamiento, comparado con antes haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n-1 = 11-1 = 10 \text{ gl.}, t_c = -1.812.$$

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

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$

Hipótesis estadística 9 : Valoración Positiva

$H_0 = \mu_D \geq 0$ El grupo utilizará, con igual o menor frecuencia, el estilo de afrontamiento de valoración positiva, después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_a = \mu_D < 0$ El grupo utilizará, con mayor frecuencia, el estilo de afrontamiento de valoración positiva, después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n-1 = 11-1 = 10 \text{ gl.}; t_c = -1.812.$$

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

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$

Hipótesis estadística 10 : Red de Apoyo Social

$H_0 = \mu_D \geq 0$ El grupo presentará igual o menor percepción de apoyo social después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_a = \mu_D < 0$ El grupo presentará mejor percepción de apoyo social después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 11 - 1 = 10 \text{ gl}; \quad t_c = -1.812.$$

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

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$

Hipótesis estadística 11 : Adaptación y Mejoría Clínica Global del Paciente Diabético

$H_0 = p[\text{Signos } + \geq \text{Signos } -]$ El grupo presentará iguales o menor adaptación y mejoría clínica global como paciente diabético después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_a = p[\text{Signos } + < \text{Signos } -]$ El grupo presentará mejor adaptación y mejoría clínica global como paciente diabético después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$gl = 11$. A un nivel de significación de .05 a una cola.

Se establece que si la probabilidad de que el valor que aparece en la tabla de distribución binomial para $n=11$ es menor a .05 se rechaza la hipótesis nula.

7. Instrumentos de medición

- Perfil del Estrés: Esta prueba fue elaborada por Kenneth M. Nowack (2002). Está diseñada para una evaluación amplia del estrés y del riesgo para la salud que incluye todos los factores claves que han demostrado regular la relación entre estrés y enfermedad.

Esta prueba, más que evaluar cómo los eventos de la vida causan estrés y afectan la salud del individuo, evalúa o identifica aquellas características de la persona que regulan la relación de estrés y la enfermedad.

Esta escala está basada “en el enfoque cognitivo–transaccional del estrés y el afrontamiento, desarrollado por R. Lazarus y sus colaboradores”. (Nowack, (2002), p. 1).

El perfil de estrés tiene como intención principal que los clínicos puedan utilizarla para tomar decisiones de tratamiento en pacientes con problemas físicos y psicosomáticos.

Nos proporciona puntuaciones en siete escalas relacionadas con el estrés y el riesgo de la enfermedad. Estas escalas son:

- Estrés: que es definido como las experiencias de incomodidades, molestias y frustraciones mayores y menores de la vida. Las puntuaciones elevadas (T60 ó más), en esta escala, sugieren niveles altos de estrés percibido y las puntuaciones bajas

(por debajo de T40) indican niveles reducidos de estrés percibidos, aún cuando existan sucesos de vida importantes que podrían asumirse como muy estresantes. Las puntuaciones $T = 40$ a 59 se consideran medias o moderadas.

Lo importante aquí es si el examinado percibe una situación como estresante o no. No se le pide que informe la ocurrencia de eventos.

- Hábitos de salud: Son conductas específicas, que cuando se practican de manera regular, conducen tanto al bienestar físico como psicológico. Describen el comportamiento acostumbrado en cuatro áreas principales, cada una de las cuales constituye una subescala: ejercicio, descanso/sueño, alimentación/nutrición y prevención. En todas las subescalas, las puntuaciones T60 ó mayores indican que el individuo está practicando conductas orientadas al mantenimiento de la salud de forma regular.

Las puntuaciones menores de T40, en todas las subescalas, señalan que el evaluado hace lo mínimo indispensable, para satisfacer los estándares generales aceptados para mantener la salud en cada área. Las puntuaciones $T = 40$ a 59 se consideran medias o moderadas.

Esta escala evalúa si las personas hacen sus ejercicios de manera regular (de dos a tres veces por semana, durante 20 a 30 minutos). Explora la frecuencia con la que el individuo obtiene descanso adecuado, sueño y relajamiento, come de manera balanceada y nutritiva. También evalúa las estrategias preventivas de salud e higiene, como también, cómo hacerse las evaluaciones médicas periódicas, al igual que tomar sus medicamentos de acuerdo a las prescripciones.

- Red de apoyo social: Esta escala proporciona una medición directa del grado en el que el individuo siente o percibe que hay gente con la que puede contar para obtener apoyo emocional, información, etc. Se enfoca en cinco categorías de gente en el ambiente inmediato del individuo: su jefe o supervisor; otras personas del trabajo; su cónyuge, novio o alguien significativo; los miembros de su familia nuclear y extendida; y otros amigos. Los individuos con puntuaciones T60 ó mayores, tienden a experimentar mayor satisfacción con la calidad y cantidad de su red de apoyo social que aquellos con puntuación por debajo de T40.

- Fuerza cognitiva: Esta escala explora las atribuciones, actitudes y creencias que un individuo tiene acerca de la vida. Quienes tienen

puntuaciones T60 ó más tienden a experimentar un nivel de compromiso y participación relativamente altos con su trabajo, su familia, con ellos mismos. Tienden a considerar los cambios de la vida y los riesgos como retos y oportunidades de crecimiento. Aquellos individuos con puntuaciones bajas, menores de T40, son propensos a sentirse alienados en su vida en general, ven los cambios y los riesgos como amenazantes y son propensos a sentir que no tienen control sobre los acontecimientos ni sobre los aspectos importantes de su vida. Son más propensos a experimentar estrés. Las puntuaciones de $T = 40$ a 59 se consideran medias o moderadas.

- Estilos de afrontamiento: Valora cuatro estrategias de afrontamiento: valoración positiva, valoración negativa, minimización de la amenaza y concentración en el problema. Una puntuación T60 ó más, en cualquiera de estas escalas, indica un uso frecuente de esa estrategia; una puntuación inferior a T40 sugiere una ausencia relativa de la estrategia en el repertorio común de estilos de afrontamiento del individuo. Esta puntuación sugiere un uso bajo de la valoración negativa. Las puntuaciones de $T = 40$ a 59 se consideran puntuaciones medias o moderadas. Cada una de estas estrategias puede ser eficaz para reducir el

estrés y los riesgos de enfermar, relacionados con éste y suelen usarse de manera combinada.

La valoración positiva: Explora el uso de comentarios de apoyo, motivación autodirigida para minimizar la percepción de estrés. Se concentra en los aspectos positivos de una situación, recordando otras experiencias felices o visualizando soluciones positivas para una situación.

La valoración negativa: Se caracteriza por la autoculpabilidad, la crítica o pensamientos catastróficos. La gente utiliza esta estrategia cuando se concentra en los peores aspectos o consecuencias de una situación, reflexiona sobre las cosas que debieron o no haber hecho o pasado.

La minimización de la amenaza o evitación: Es cuando se mitiga la significación de la situación.

La concentración en el problema: La persona se involucra por hacer intentos de cambiar su conducta o los estresores ambientales. Se utiliza cuando se desarrolla un plan de acción específico para enfrentar una situación.

- Bienestar psicológico: Valora la experiencia global del individuo de satisfacción y ecuanimidad psicológica.

Las puntuaciones T60 ó más indican que las personas suelen estar satisfechas consigo y se perciben a sí mismos como capaces de disfrutar la vida. Las puntuaciones menores de T40 indican una falta generalizada de bienestar en su vida, predomina la incomodidad, la apatía. Las puntuaciones $T = 40$ a 59 se consideran medias o moderadas.

Las puntuaciones elevadas ($T=60$ o más) en las escalas de Hábitos de Salud, Red de Apoyo Social, Fuerza Cognitiva, valoración Positiva, Concentración en el Problema, Bienestar Psicológico y en algunos casos Minimización de la Amenaza, se identifican como recursos protectores de la salud.

Las puntuaciones bajas ($T=$ Menos de 40) en las escalas de Estrés y Valoración Negativa se consideraran protectores de la salud.

Esta prueba también tiene un índice de sesgo. Cuando alguien obtiene un puntaje mayor de cero tiende a asociarse con un patrón distorsionado de respuesta.

Las normas se extrajeron de 1111 mujeres y varones adultos. La confiabilidad de las escalas va de 0.76 a 0.86. La muestra de estandarización para los que se calcularon puntuaciones T

promedio no obtuvieron ninguna que se desviara más de 3 puntos del promedio global de 50.

La validez concurrente es de .84.

Las puntuaciones T tienen una media de 50 y una desviación estándar de 10.

- Escala de la Ansiedad de Hamilton: Esta escala fue elaborada por Max Hamilton en 1959. Es un instrumento de diagnóstico “cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad”. (Hamilton M (1959). En: Bobes y otros (2002), p.69).

Consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad.

La corrección e interpretación de esta escala es la siguiente:

“0-5; no ansiedad.

6-14; ansiedad leve.

≥15; ansiedad moderada / grave”. (Hamilton M (1959).En Bobes y otros (2002), p.69).

Hamilton(1959), en Bobes y otros (2002), señala que la ansiedad leve es de poca importancia, la moderada y grave causa alteraciones muy molestas.

Los datos normativos realizados con una muestra de sujetos ansiosos arrojaron una puntuación media de 21.2 y una desviación típica de 6.2. La validez concurrente es de 0.84.

- Escala de Adaptación y Mejoría Clínica Global del Paciente Diabético: Este instrumento fue elaborado y utilizado por Esther Homsany Gateno (1989). Esta “escala mide el rol de un paciente para ser considerado como buen paciente o mal paciente”. (Homsany Gateno (1989), p. 29).

Los criterios específicos utilizados para la evaluación de la adaptación general y mejoría clínica global del paciente son: del 0 al 30, del 31 al 70 y del 71 al 100.

Los puntajes más altos, del 71 al 100, indican que el paciente posee buena adaptación y mejoría clínica global; acepta su identidad de diabético, mantiene su peso ideal, tiene un plan de alimentación, mantiene adecuados niveles de glicemia y glucosurias, no ha requerido hospitalización, hace ejercicios diariamente, mantiene un buen control metabólico, cumple con sus citas médicas, se administra sus medicamentos, asiste al programa educativo, tiene gran conocimiento de la enfermedad y de sus cuidados; no ha tenido complicaciones con su enfermedad; presenta buenas relaciones familiares y excelente estabilidad laboral.

Los puntajes medios en esta escala, del 31 al 70, indican adaptación y mejoría clínica global regular. Indicando este concepto que el paciente diabético sube y baja constantemente de peso, manteniendo por poco tiempo el peso ideal. En ocasiones, no mantiene un plan de alimentación balanceado; en ocasiones sí lo mantiene. Prefiere disimular su condición de diabético. Los niveles de glicemia y glicosurias oscilan, suben y bajan provocando hipoglicemias e hiperglicemias. Ha sido hospitalizado en algunas ocasiones o ha estado muy enfermo en otras, producto de su inestabilidad en el cuidado y adaptación a su enfermedad. No acude a todas las citas, no hace regularmente los ejercicios. No toma debidamente sus medicamentos. No posee los conocimientos básicos sobre su enfermedad. Su relación familiar no es buena. Participa poco en asociaciones relacionadas con diabéticos y descontrol metabólico y presenta dificultades en el trabajo.

Los puntajes bajos en esta escala, del 0 al 30, indican mala adaptación sin mejoría clínica. El paciente niega su identidad de diabético; no tiene un plan de alimentación adecuado; no mantiene el peso ideal; no hace ejercicios diarios; no toma diariamente sus medicamentos. Presenta, constantemente, hipoglucemia e hiperglicemia, por sus niveles inadecuados de glicemia y glucosurias que lo pueden llevar a tener serias complicaciones. Sus relaciones familiares son malas y se ausenta con frecuencia del trabajo. Hay descontrol metabólico.

El paciente diabético debe escoger un valor que, en su concepto, refleje su adaptación, tomando en cuenta los criterios que son expuestos.

Esta escala presentó una correlación de 0.94 entre los puntajes de dos examinadores, con respecto a un mismo paciente.

Esta escala tiene validez de construcción y de contenido, pero la autora no calculó la confiabilidad del instrumento, por lo tanto, los resultados arrojados por esta prueba no fueron considerados con el rigor estadístico con que fueron considerados los resultados de las otras dos pruebas aplicadas en esta investigación.

8. Variables

a) Variable dependiente

- Ansiedad: "Estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatoria de peligro o amenaza, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo". (Belloch y otros (1997), p. 77, Vol. 2).

La ansiedad será medida a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton. (Ver Anexos).

- Estrés: Lazarus y Folkman (1984) en Lazarus (2000), definen estrés como un conjunto de relaciones particulares entre las personas y la situación, siendo esta interacción o transacción valorada por la persona como algo que excede sus recursos y pone en peligro su bienestar personal.
- Hábitos de salud: Son conductas específicas que se practican de manera regular. Las conductas son el ejercicio, el descanso/sueño, alimentación/nutrición y prevención.
- Red de apoyo social: Es el grado en que el individuo percibe la cantidad y calidad de apoyo social de gente en el ambiente inmediato (jefe o supervisor, otras personas en el trabajo, cónyuge o novio (a) o alguien significativo, miembros de su familia nuclear y extendida, otros amigos).
- Fuerza cognitiva: Son las atribuciones y creencias que un individuo tiene sobre la vida en general, que lo llevan a sentirse con un fuerte control sobre los eventos.
- El estilo de afrontamiento: Se refiere al estilo predominante de un individuo para hacer frente a las distintas situaciones. Evalúa

cuatro tipos de afrontamiento: la valoración positiva, la valoración negativa, la minimización de la amenaza y la concentración en el problema.

- Bienestar psicológico: Se refiere a la experiencia global del individuo de satisfacción general psicológica. Cómo se percibe a sí mismo y si suele estar satisfecho con la vida.

El estrés, los hábitos de salud, la red de apoyo social, la fuerza cognitiva, los estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico serán valorados según la prueba Perfil de Estrés de Kenneth M. Nowack (2002).

- Adaptación y mejoría clínica global del pacientes diabéticos: Se refiere al rol de un paciente diabético para ser considerado como un buen o mal paciente diabético. Esta variable será valorada según el Cuestionario de Adaptación y Mejoría Clínica Global del Paciente Diabético.

b) Variable independiente

Se trata de una intervención terapéutica cognitivo-conductual en grupo para el manejo del estrés y de la ansiedad en 15 pacientes diabéticos.

Consta de 12 sesiones, dos sesiones semanales, de dos horas y media de duración cada una.

Esta intervención toma como referencia los modelos teóricos interaccionistas sobre el estrés de R. Lazarus (1986, 1993, 2000) y Sandín (1993), en Belloch y otros (1997) quien en su modelo de estrés señala que su trabajo se basa en los planteamientos de R. Lazarus, pero no exclusivamente.

En ambos modelos se maximiza la importancia de los factores psicológicos cognitivos entre las demandas externas y las internas.

Ambos modelos plantean que la evaluación cognitiva es la “llave” que determina si un estímulo externo será o no estresante y la magnitud del estrés que generará con las subsecuentes emociones y comportamientos que surjan de él.

Es un tratamiento con un enfoque cognitivo–conductual. Este modelo asume “que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta del paciente”. (Beck (2000), p. 17).

Esta terapia tiene como objetivo lograr que el paciente aprenda a identificar las distorsiones cognitivas y cómo modificarlas para poder afrontar,

de forma más adaptativa, el estrés y la ansiedad, logrando así que estos factores no interfieran con el manejo de su enfermedad ni constituyan un riesgo adicional para su salud.

Se utilizan distintas técnicas cognitivo–conductuales, tales como: la reestructuración cognitiva, entrenamiento en la relajación, técnicas de afrontamiento y habilidades sociales como la asertividad y las tareas para la casa. Se utilizaron distintas estrategias educativas, entre ellas: informar, ejemplificar, explicar, definir, resumir, discusiones grupales, exposición con y sin material audiovisual, talleres, modelado, se da material de lectura, ensayos conductuales, tareas para la casa, uso de situaciones imaginarias, situaciones personales y otras. (Ver anexo y capítulo de tratamiento).

Descripción del tratamiento

A continuación se detalla el tratamiento:

Programa de sesiones terapéuticas para la investigación

El programa se divide en dos grandes módulos:

- Módulo de reestructuración cognitiva.
- Módulo de técnicas de afrontamiento o manejo.

Sesión 1.**Módulo: Reestructuración cognitiva.**

- 1.1. Presentación de los miembros del grupo.
- 1.2. Planteamientos sobre el funcionamiento del grupo.
- 1.3. Explicación sobre la importancia del trabajo en grupo.
- 1.4. Explicación de los objetivos, frecuencia, duración, etc. del programa de tratamiento.
- 1.5. Explicación de los fundamentos del tratamiento.
- 1.6. Tarea para la casa.
- 1.7. Terminación de la sesión.

1.1. Presentación de los miembros del grupo

Cada miembro del grupo se presenta a todos los demás. En esta presentación se pueden incluir: el nombre, lo que hacen actualmente, su trabajo, estudios, sus aficiones y otros.

1.2. Planteamientos sobre el funcionamiento del grupo

Se presentan a los miembros del grupo algunas reglas básicas para el buen funcionamiento del mismo, como son: la confidencialidad de lo que se trate en el grupo, la asistencia habitual, puesto que las tareas están concatenadas y se basan en otras anteriores, la puntualidad, la participación activa, la importancia de realizar las tareas para la casa.

1.3. Explicación sobre la importancia del trabajo en grupo

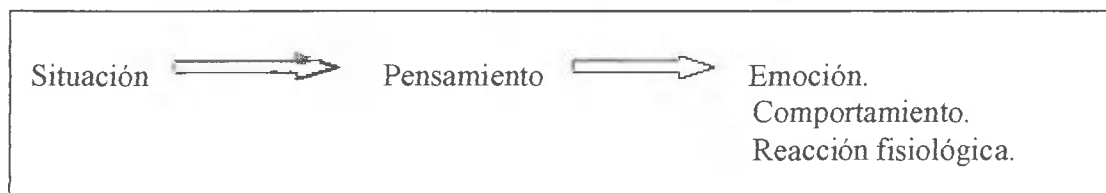
Se indica la importancia de la influencia de los miembros en la motivación, en los reforzamientos positivos, en la retroalimentación, en el modelado, en el entendimiento mutuo, ya que todos presentan la misma enfermedad, en el apoyo continuo que van a tener, y otros.

1.4. Explicación de los objetivos, frecuencia, duración, etc. del programa de tratamiento

Se plantean los objetivos y sus beneficios.

1.5. Explicación de los fundamentos del tratamiento

Se le explica al paciente en qué consiste la terapia cognitivo-conductual. Se señala que la terapia cognitiva plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Se le indica que la interpretación de una situación, más que la propia situación, a menudo influye sobre nuestras emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas subsiguientes. (Beck, 1964; Ellis, 1962), en Beck J. (2000). Se indica que imaginemos una situación X, como por ejemplo: que se les establezca una dieta sin grasa y sin azúcar a varias personas. Se hace un diagrama:



Situación: Dieta sin grasa y sin azúcar.

Posibles pensamientos de las distintas personas. La persona A piensa: "esto va a ser muy bueno para mí". "Voy a bajar de peso, voy a estar más sana". "Al fin me pude atender con una nutricionista para mejorar mi alimentación y así estar más sana".

Se indica que las posibles reacciones emocionales en la persona A serían de bienestar, tranquilidad, satisfacción.

Las reacciones comportamentales serían llevar a cabo la dieta.

La persona B piensa: "esto es demasiado difícil", "es horroroso", "no lo puedo soportar". "¿Por qué me pasa esto a mí?".

Las posibles reacciones emocionales en la persona B serían de rabia, descontento, angustia, tristeza, ansiedad.

Entre las posibles reacciones comportamentales estaría la de no seguir la dieta o seguirla inestablemente.

Se señala que en esta terapia es importante que la persona quiera cambiar para poder lograr el cambio. También se indica que es necesario reconocer la situación, reconocer lo que pensamos de la situación, las emociones, la conducta, las reacciones fisiológicas que surgen de ese pensamiento ante determinada situación, para entonces poder cambiar ese pensamiento por otro más adaptativo y para que mejoren nuestras emociones, comportamientos y reacciones fisiológicas.

Aquí también se instruye al paciente sobre la importancia de controlar los niveles de estrés y de ansiedad elevados y cómo, según las distintas investigaciones, éstas afectan su enfermedad. Las formas en que éstas afectan el estado físico son variadas: pueden influir sobre el curso de la enfermedad médica o pueden interferir en su tratamiento. (DSM – IV- TR. 2001).

1.6. Tarea para la casa

Con el objetivo de que practiquen en la casa la identificación de situaciones, pensamientos, emociones, conducta, reacciones fisiológicas. Se da una hoja, la que deben llenar para:

Una situación Pensamiento Emociones- Conducta -Reacciones fisiológicas.

Se presenta un ejemplo de cómo hacerlo. Se pide a un voluntario que imagine cómo va a hacer la tarea, que se imagine una situación desagradable que le haya pasado últimamente; que se pregunte ¿qué estaba pensando mientras ocurría la situación imaginada? ¿Cómo se sentía? ¿Cómo se comportó? ¿Experimentó alguna sensación en su cuerpo cuando ocurría la situación?.

1.7. Terminación de la sesión

Se hace una síntesis de todo lo que se habló en la sesión. Se indica que se habló sobre la forma en que iba a funcionar el grupo, el horario, la asistencia. También sobre los objetivos del tratamiento, en qué consistía la terapia cognitiva-conductual y cómo los síntomas de estrés o de ansiedad afectan su enfermedad. Se enfatiza en la importancia de hacer la tarea.

Sesión 2**Módulo: Reestructuración cognitiva.**

- 2.1. Revisión de la tarea para la casa.
- 2.2. Reestructuración cognitiva
- 2.3. Tarea para la casa.
- 2.4. Terminación de la sesión.

2.1. Revisión de la tarea para la casa

Primeramente se revisa la tarea individualmente. Se pide que uno de ellos dé sus ejemplos. Se pregunta si tuvieron alguna dificultad con la tarea. Se recogen las tareas.

2.2. Reestructuración cognitiva

Se explica que la reestructuración cognitiva es una técnica cognitivo-conductual que tiene como finalidad que las personas cambien sus pensamientos disfuncionales por otros más adaptativos a la situación.

Se explican los principios básicos de esta teoría. Se definen conceptos, tales como pensamientos automáticos, distorsiones cognoscitivas, ideas irracionales.

Se indica que, ocasionalmente, tenemos ideas irracionales que hacen alusión a afirmaciones que son irreales. También tenemos las distorsiones cognitivas, que son aquellos pensamientos que llevan una parte de probabilidad de ser ciertos y son discutibles, como por ejemplo, ante la

situación de que nuestro jefe nos insultó, pensar que el jefe no nos va a tener confianza jamás, nos va a seguir irrespetando y esto no nos deja dormir, nos preocupa, nos pone ansiosos, estaríamos ante pensamientos o distorsiones cognitivas.

Se explica que modificando nuestros pensamientos, logramos, probablemente, que las emociones y las conductas que emitamos sean más adecuadas.

Indicamos qué son los pensamientos automáticos: señalamos que son pensamientos que surgen muy rápido y que muchas veces no llegan a nuestra conciencia, pero que sí determinan nuestras reacciones. Se indica que un aspecto central de la terapia es poder identificar los pensamientos automáticos disfuncionales, o sea aquellos que distorsionan la realidad y suelen llevar a reacciones emocionales negativas y que son aprendidos en etapas tempranas de la vida.

Se les ilustra a partir de ejemplos, indicando, cómo ciertos pensamientos automáticos pueden resultar en estados emocionales inadecuados. Se describen situaciones problemas y los pensamientos acompañantes, a modo de narraciones.

Se les da una lista de distorsiones cognitivas para que las lean y puedan familiarizarse con ellas. Se enfatiza en la importancia de detenerse a identificar cuándo estamos ante una situación que nos hace sentir mal. ¿Qué estamos pensando en ese momento ante dicha situación?.

En esta sesión se dan explicaciones acerca de lo que son las creencias centrales de las personas, que nos pueden llevar a pensamientos automáticos disfuncionales.

Se da a conocer que estas creencias son ideas, pensamientos sobre nosotros, sobre los demás y sobre el mundo, que generalmente no las expresamos.

Se explica que estas creencias centrales se van desarrollando desde la infancia. Son globales y rígidas. Los pensamientos automáticos son más superficiales, son las palabras o imágenes que pasan por la mente, son específicos para cada situación; en cambio, las creencias son más generalizadas.

Se indica que las distintas personas traen diferentes creencias centrales. Se sostiene que así como las creencias se aprenden en las distintas interrelaciones que tenemos de la infancia, éstas también se pueden desaprender.

Se ejemplifican algunas creencias centrales disfuncionales, que anotamos a continuación:

En relación a sí mismo:

1. Si no hago las cosas perfectas soy un inútil.
2. Si pido ayuda muestro debilidad.
3. Tengo que ser totalmente competente, de lo contrario no sirvo para nada.

4. Que no me puedo equivocar en nada, sino soy un fracasado, un inútil.

En relación a los demás:

1. Tengo que ser amado y aprobado por los demás, sino soy indiferente a ellos.
2. Que los demás no pueden equivocarse, sino son unos inútiles y fracasados.
3. Que las personas que me hacen algo inadecuado son malas, merecen ser castigadas.

En relación al mundo:

1. Que la vida debe ser fácil y placentera, sino es catastrófico.

Se hacen comentarios y se explica cómo estas creencias más profundas se unen con los pensamientos disfuncionales. Se establece un ejemplo:

- Creencia central: la vida debe ser fácil y placentera.
- Pensamiento disfuncional: tengo una enfermedad crónica, diabetes, esto no debe haber pasado, no debo tener esta enfermedad, es catastrófica, horrible, no la puedo soportar.

Se hacen discusiones grupales. Se ejemplifican nuevas creencias y pensamientos disfuncionales.

Beck, J. (2000) nos dice:

“Si bien algunos pensamientos automáticos son verdaderos, muchos son falsos o sólo contienen algo de verdad. Los errores típicos del pensamiento son, entre otros:

1. Pensamiento de tipo “todo o nada” (también llamado blanco y negro, polarizado o dicotómico): Usted ve la situación en sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades.
Ejemplo: “Si no soy un triunfador absoluto, soy un fracasado”.
2. Pensamiento catastrófico (también llamado adivinación del futuro): Usted predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades.
Ejemplo: “Estaré tan molesto que no podré hacer nada”.
3. Descalificar o dejar de lado lo positivo: Usted considera, de una manera poco razonable, que las experiencias, logros o cualidades no valen nada.
Ejemplo: “Hice bien ese proyecto, pero eso no significa que sea competente. Sólo tuve suerte”.
4. Razonamiento emocional: Usted piensa que algo tiene que ser real porque uno “lo siente” (en realidad lo cree tan firmemente que ignora o deja de lado la evidencia de lo contrario).
Ejemplo: “Sé que hago muchas cosas bien en el trabajo, pero de todos modos me siento un fracasado”.
5. Catalogar: Usted se coloca a sí mismo, o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas.
Ejemplo: “Soy un perdedor. Él es un inútil”.
6. Magnificar/minimizar: Cuando usted se evalúa a sí mismo, a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo.
Ejemplo: “El hecho de que obtuve una calificación mediocre demuestra que soy un inútil. Obtener buenas notas no significa que sea inteligente”.
7. Filtro mental: (también denominado abstracción selectiva): Usted presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo.
Ejemplo: “Como me asignaron un puntaje bajo en uno de los ítems de la evaluación, quiere decir que soy un trabajador incapaz (aunque otros ítems de la misma evaluación señalan rendimientos muy buenos)”.
8. Leer la mente: Usted cree que sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.
Ejemplo: “Él está pensando que no sé nada sobre este proyecto”.
9. Sobregeneralización: Usted llega a una conclusión negativa que va

mucho más allá de lo que sugiere la situación.

Ejemplo: “(como me sentí incómodo en esta reunión) quiere decir que no tengo capacidad para hacer amistades”.

10. Personalización: Cree que los otros tienen una actitud negativa que va dirigida hacia usted, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.

Ejemplo: “El técnico fue parco conmigo porque yo hice algo incorrecto”.

11. Afirmaciones del tipo “Debo” y “Tengo que” (también llamadas imperativas): Usted tiene una idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobrestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.

Ejemplo: “Es horrible haber cometido ese error. Siempre debo hacer lo mejor que puedo”.

12. Visión en forma de túnel: Usted sólo ve los aspectos negativos de una situación.

Ejemplo: “El maestro de mi hijo no hace nada bien. Es crítico, insensible y no sabe enseñar”. (Beck J. (2000), p.p. 152 – 153).

Luego se trata de que los pacientes identifiquen algunas emociones negativas que hipotéticamente pueden surgir de estos pensamientos. Previo a que hagan este ejercicios, se les habla sobre las emociones y se les da un listado de emociones negativas, tales como:

“Triste, abatido, solo, desdichado.

Angustiado, preocupado, temeroso, asustado, tenso.

Enojado, furioso, irritado, molesto.

Avergonzado, embarazado, humillado.

Decepcionado, celoso, envidioso.

Culpable, herido, receloso”. (Beck, J. (2000), p. 132).

Se enfatiza en la ansiedad. Se hace un ejercicio para reconocer los síntomas de ansiedad. Se le da a cada participante una hoja con la lista de posibles señales de ansiedad (Cotler y Guerra, 1976). Los participantes

repasan la hoja durante algunos minutos. Se pide a voluntarios que expongan sus vivencias sobre alguno de estos síntomas.

Posibles señales en la expresión de ansiedad o nerviosismo (adaptado de Cotler y Guerra, 1976). En: Simón M. A. (op. cit.), p. 113):

- “1. Temblor en las rodillas.
2. Brazos rígidos.
3. Automanipulaciones (rascarse, frotarse, etc.).
4. Limitación del movimiento de las manos (en los bolsillos, en la espalda, entrelazadas).
5. Temblor en las manos.
6. Sin contacto ocular.
7. Músculos de la cara tensos (muecas, tics, etc.).
8. Cara inexpresiva.
9. Cara pálida.
10. Sonrojo o rubor.
11. Humedecerse los labios.
12. Tragar saliva.
13. Respirar con dificultad.
14. Respirar más despacio o más de prisa.
15. Sudar (cara, manos, sobacos).
16. Gallos en la voz.
17. Tartamudeos o frases entrecortadas.
18. Correr o aligerar el paso.
19. Balancearse.
20. Arrastrar los pies.
21. Despejar la garganta.
22. Boca seca.
23. Dolor o acidez de estómago.
24. Aumento de la frecuencia cardíaca.
25. Balanceo de las piernas/pies cuando se está sentado y con una pierna montada sobre la otra.
26. Morderse las uñas.
27. Morderse los labios.
28. Sentir náuseas.
29. Sentirse mareado.
30. Sentir como si se ahogara.
31. Quedarse inmovilizado.
32. No saber qué decir”.

Se enseña al paciente a evaluar el grado de ansiedad. Se entrega la hoja de la determinación de la ansiedad en la situación de Cotler y Guerra (1976). En Simón M. A. (op. cit.), p. 114).

Todos la leemos y hacemos el ejercicio descrito por estos autores para evaluar el grado de ansiedad.

“La Escala SUDS (<<Unidades Subjetivas de Ansiedad>>) se emplea para comunicar el nivel de ansiedad experimentado de forma subjetiva. Después de responder a cada situación, evalúate empleando la puntuación Sud. Al emplear la escala, evaluarás tu nivel de ansiedad desde 0, completamente relajado, hasta 100, muy nervioso y tenso.

Imagínate que estás completamente relajado y tranquilo. Para algunas personas, esto ocurre mientras descansan o leen un buen libro. Para otras, ocurre mientras están en la playa o se encuentran flotando en el agua. Da una puntuación <<0>> a la manera como te sientes cuando estás lo más relajado posible.

Luego, imagínate una situación en la que tu ansiedad es extrema. Imagina el sentirte extremadamente tenso y nervioso. Quizás en esta situación tus manos se encuentran frías y temblorosas. Puedes sentirte mareado o tembloroso, o puedes sentirte cohibido. Para algunas personas, las ocasiones en las que se sienten más nerviosas son aquellas en las que una persona cercana a ellas ha tenido un accidente; cuando se ejerce una presión excesiva sobre ellos (exámenes, trabajos, etc.); o cuando hablan delante de un grupo. Da una puntuación <<100>> a la manera como te sientes en esa situación.

Ya has identificado los dos puntos extremos de la escala SUDS. Imagina la escala entera (como una regla) que va desde 0 Sud, completamente relajado, hasta 100 Sud, muy nervioso.

0	5	10	15	20	25	30	...	85	90	95	100
Completamente relajado.								Totalmente nervioso.			

Tienes ahora el rango entero de la escala para evaluar tu nivel de ansiedad. Para practicar cómo usar esta escala, escribe tu puntuación Sud en este momento.

La puntuación Sud la puedes utilizar para evaluar las situaciones sociales con las que te encuentres en la vida real. El método de relajación que has aprendido te servirá para disminuir tu puntuación en

la escala SUDS. La experiencia de altos niveles de ansiedad es desagradable para la mayoría de la gente. Además, la ansiedad puede inhibirte para decir lo que quieres y puede interferir con la forma en que expresas el mensaje.

La cantidad que seas capaz de reducir tu puntuación Sud en cualquier situación dependerá de una serie de factores, incluyendo el nivel de ansiedad que experimentas generalmente, qué puntuación Sud tenías inicialmente, qué tipo de conducta se requiere, y la persona a quien diriges el comentario. No pensamos que tu objetivo sea alcanzar un 0 ó un 5 en todas las situaciones. Tu objetivo será reducir tu nivel de Sud hasta un punto en que te sientas lo suficientemente cómodo/a para expresarte.

Para practicar el empleo de la puntuación Sud, se pueden describir una serie de situaciones. Para cada situación, escucha la descripción de cada escena y luego imagínate qué te está sucediendo esa situación. Después de que te imagines la situación, escribe la cantidad de ansiedad (puntuación Sud) que sientes. Cuando te imagines en esa situación, intenta describir cómo te sentirías si estuviera ocurriendo realmente. Finalmente, si estuvieras nerviso/a o tenso/a mientras te imaginas la escena, intenta fijarte en esas partes de tu cuerpo en las que sientes más ansiedad. ¿Sentías el estómago tenso?, ¿sentías un nudo en la garganta?, ¿tenías las manos frías o sudorosas?, ¿te dolía la cabeza?, ¿tenías movimientos nerviosos en los párpados?. Si localizas el área o las áreas en las que te sientes más tenso/a, puedes emplear mejor los ejercicios de relajación". (Cotler y Guerra (1976). En: Simón M. A. (op. cit.), p 114).

Posteriormente se procede a hacer el ejercicio, con la lista de pensamientos y la lista de emociones, que surgen de las distorsiones cognitivas.

Pensamientos  Emociones

Luego se le pide a voluntarios que imaginen una situación problemática que haya pasado en su última semana. Después se les indica que traten de

pensar ¿qué estaba pasando por su mente en ese momento?, ¿qué sintió?, ¿qué hizo?, ¿experimentó alguna sensación en su cuerpo?

Situación Pensamientos Emociones–Comportamientos–Reacción Fisiológica

2.3. Tarea para la casa

Llenar la hoja de identificación de situaciones en las cuales hayan tenido síntomas de ansiedad, identificar los pensamientos o distorsiones cognitivas-emociones-comportamiento-reacciones fisiológicas. Identificar las distorsiones cognitivas tomando en cuenta la hoja de distorsiones cognitivas que se les proporcionó.

Situación Pensamientos Emociones - Comportamiento - Reacción fisiológica.

2.4. Terminación de la sesión

Elaboración de un resumen de todo lo que se trató en la sesión. Se enfatiza en la realización de la tarea.

Sesión 3

Módulo: Reestructuración cognitiva.

- 3.1. Revisión de la tarea para la casa.
- 3.2. Reestructuración cognitiva
- 3.3. Tarea para la casa.
- 3.4. Terminación de la sesión.

3.1. Revisión de la tarea para la casa

Se revisa la tarea individualmente. Se pide a un voluntario que exponga sus ejemplos. Se les indica que guarden la tarea para utilizarla posteriormente en la sesión.

3.2. Reestructuración cognitiva

Se empieza haciendo un breve resumen de lo aprendido.

Se procede a mostrar a los pacientes un método estructurado para modificar las distorsiones cognitivas por otros pensamientos más adaptativos. Se indica que las distorsiones cognitivas hay que evaluarlas y debatirlas.

Se entrega una lista de preguntas que los va a ayudar a interrogar y a verificar las distorsiones cognitivas. Todos la leen.

- “1. ¿Cuál es la evidencia?
¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?
¿Cuál es la evidencia en contra?
- 2. ¿Hay alguna explicación alternativa?
- 3. ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?
¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?
¿Cuál es la posibilidad más realista?

4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?
¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
5. ¿Qué debo hacer al respecto?
6. ¿Qué le diría a _____ (un amigo) si estuviese en esta misma situación?" (Beck, J. (op. cit.), p. 143)

Se entrega una lista de posibles pensamientos alternativos (Beck, J. (2000)).

- Es desagradable..... pero no es catastrófico.
- Las conductas injustas forman parte de la vida. Puedo soportarlas sin reaccionar con ira.
- Preferiría que la situación..... fuera....., pero éste no es el caso y puedo tolerarlo.
- Es difícil.....pero no insoportable, puedo soportarlo. No es el fin de mi vida.
- Soy normal con puntos fuertes y puntos débiles.
- Todos nos equivocamos. Al hacerlo no quiere decir que somos lo peor.
- Todas las personas se equivocan, al hacerlo, no quiere decir que son lo peor.
- Las personas tenemos puntos fuertes y puntos débiles.

Se expone un ejemplo. Se pide a un voluntario que dé un ejemplo de una situación que causó ansiedad; el psicólogo en primer lugar ayuda al paciente, mediante preguntas orales, a identificar los pensamientos, las emociones, los comportamientos, las reacciones fisiológicas.

Luego se le debate el pensamiento. Se le indica al paciente que aunque ocurriera lo peor, podría tolerarlo y que lo importante es que lo

tolerará de la mejor forma posible. Se le indica al paciente que dé nuevas alternativas de pensamiento, pensamientos más funcionales y positivos. Luego se le pide que identifique las emociones, las posibles reacciones fisiológicas y comportamentales que se generarían de los nuevos y mejores pensamientos. Todos los participantes podrán verificar y darle seguimiento a lo que se hace, ya que tienen las copias que se les dio previamente sobre pensamientos disfuncionales, debates de pensamientos, síntomas de ansiedad, escala para medir ansiedad.

Se le pide a los participantes que se agrupen de dos en dos y que con la tarea que trajeron para hoy, uno exponga la situación que provoca ansiedad, los pensamientos disfuncionales y que el otro lo debata hasta encontrar mejores alternativas de pensamientos hacia la situación y que luego cambien de papeles.

3.3. Tarea para la casa

Llenar la hoja de autorregistro de: Situación (que provoque ansiedad) - pensamiento-emoción (que la evalúen de 0 a 100) -conducta-reacción fisiológica-cambio de pensamiento-nuevo estado de emoción (que lo evalúen (de 0 a 100) –nueva conducta-nueva reacción fisiológica.

3.4. Terminación de la sesión

Se hace un resumen de todo lo aprendido. Se recuerda la importancia de que realicen la tarea.

Sesión 4

Módulo: Reestructuración cognitiva y técnicas de afrontamiento.

- 4.1. Revisión de la tarea.
- 4.2. Entrenamiento en la relajación.
- 4.3. Reestructuración cognitiva.
- 4.4. Tarea para la casa.
- 4.5. Terminación de la sesión.

4.1. Revisión de la tarea para la casa

Se pide a los participantes que saquen la tarea. Se revisa individualmente. Un voluntario la expone. Se verifica que esté bien y que el resto del grupo la haya realizado. Se les pide que la entreguen.

4.2. Entrenamiento en la relajación

a) Exposición teórica sobre la relajación

Se indica que la relajación es una forma de eliminar la tensión, que cuando las personas se encuentran bajo estrés o ansiedad durante mucho tiempo, raramente permiten que los músculos se relajen; se explica que esto provoca malestar en el sujeto, una aprensión constante, la gente se puede sentir irritada, cansada, etc.; además, que la ansiedad puede obstaculizar o inhibir muchas formas de comportamiento social y de adaptación en múltiples circunstancias. Se indica que el objetivo de estas técnicas es reducir los síntomas fisiológicos, conductuales y subjetivos de la ansiedad. En el nivel fisiológico incluye cambios tales como disminución de la tasa cardíaca, de la

tensión muscular, etc. A nivel conductual incluye estados de reposo, de inactividad, expresiones corporales y faciales. A nivel subjetivo hace referencia a la experiencia interna consciente del propio estado emocional, como por ejemplo, sensación de malestar si estamos tensos, o de bienestar cuando estamos relajados.

b) Ejercicio práctico

Para estos ejercicios se les da una copia de todo lo que se expone a continuación.

Se hace referencia al modelo propuesto por T. Carnwath y D. Miller, el cual consta de tres fases. En la primera fase se utiliza la respiración, en la segunda la relajación progresiva y en la tercera una técnica de visualización.

Se dan las indicaciones al paciente:

Cómo preparase

Piensa que estás aprendiendo una habilidad, como ir en bicicleta, que luego te ayudará. Procura encontrar un rincón tranquilo, sin demasiados ruidos que te distraigan. Para facilitar la relajación, la habitación debe tener una temperatura ni demasiado calurosa ni demasiado fría y tener una luz tenue. La ropa ha de ser cómoda, que no te apriete. Quítate las gafas, pulseras, etc. Puedes utilizar una cama y situar los brazos y las piernas ligeramente apartados del cuerpo o bien en un sillón cómodo y si es posible con brazos. Asegúrate de que el cuello, los hombros y la espalda queden

adecuadamente apoyados. Si durante la relajación te vienen a la mente escenas que te perturban o inquietan, no hagas nada, déjalas pasar. Cierra los ojos.

Respiración

Respirar profundamente, inhalando por la nariz cinco veces profundamente y expirando por la boca, hacia fuera y despacio. Repítelo cinco veces.

Después de estas cinco respiraciones profundas continúa respirando de forma lenta y pausada, a un ritmo normal.

Desde ahora, cada vez que inhales, repite para ti mismo la palabra “quieto” y con cada exhalación la palabra “tranquilo”; nota cómo, al haber permitido que tu cuerpo se afloje, los músculos se relajan.

Sigue repitiendo “quieto” con cada inspiración y “tranquilo” con cada expiración, y con esta repetición, de manera continuada, las palabras aparecen de forma acompasada con el ritmo de tu respiración y la relajación se va haciendo más profunda.

La sensación de bienestar y calma profunda crece y se desarrolla... “quieto”... “tranquilo”...

Continúa relajándote de esta manera un poco más. Mantén los ojos cerrados, pero acompasados, con cada inspiración y expiración continúa repitiendo las palabras “quieto” y “tranquilo”.

Ahora pasaremos a otra etapa de la relajación.

Tensión y relajación musculares

Intentaremos estar atentos a las sensaciones de tensión / distensión de los músculos.

Ahora tensa con fuerza toda la musculatura de tu cuerpo, cada músculo quedará tirante y tenso.

Tensa con fuerza los músculos de:

- Las piernas: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- Los muslos: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- Las nalgas: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- La pelvis: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- El abdomen: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- La espalda: (requiere un poco más de tiempo): tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- El tórax: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- El cuello: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- La mandíbula: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- La frente: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- Los hombros: todo bien tenso... relajar de golpe. Respirar.

Deja escapar la tensión y relájate completamente. Siente el bienestar inmediato. Esta será toda la tensión que efectuaremos. Ahora pasaremos a otro nivel de la relajación, un nivel mucho más profundo.

Visualización

Piensa en una imagen agradable, una escena creada por ti mismo: una situación, un lugar. Cualquiera que te resulte muy agradable y relajante. Por ejemplo, estar en una playa con el ruido del mar, o en un bosque... Tómate el tiempo que te haga falta para encontrar la imagen, después utilizarás la misma para relajarte en cualquier lugar. Deja que tu mente divague entre recuerdos y escenas hasta encontrar la imagen.

Ahora imagina claramente la escena, mientras continúas repitiendo las palabras “quieto” y “tranquilo” con cada inspiración y expiración. Realiza las dos cosas a la vez y nota el efecto doblemente calmante que te produce su ejecución

Ahora trasládate dentro de esta imagen, siéntete parte de ella, hazla tan tuya como te sea posible, y suelta todas las tensiones.

Después, debes permanecer quieto durante unos minutos y, poco a poco, abrir lentamente la conciencia a los sonidos de la habitación y a la sensación del cuerpo, y empezar a incorporarte lentamente, sin ningún movimiento brusco repentino.

4.3. Reestructuración cognitiva

Continuamos trabajando en esta técnica. Se pide a los participantes que se agrupen en grupos de tres para desarrollar el ejercicio de:

Situación – Pensamiento – Emoción – Comportamiento - Reacciones fisiológicas. Nuevo pensamiento - Nueva emoción - Nuevo comportamiento- Nuevas reacciones fisiológicas. Para este ejercicio se utilizan las hojas sobre distorsiones cognitivas, medición de la ansiedad, dados previamente.

4.4. Tarea para la casa

- a) Practicar la relajación diariamente.
- b) Llenar la hoja de: situación – Pensamiento - Emoción (0-100) - Comportamiento-Reacciones fisiológicas.
Nuevo pensamiento - Nueva emoción (0-100) - Nuevo Comportamiento - Nuevas reacciones fisiológicas.

4.5 Terminación de la sesión

Se hace un resumen de lo que se trató en esta sesión. Se enfatiza en que realicen la tarea.

Sesión 5

Módulo: Técnicas de afrontamiento

- 5.1. Revisión de la tarea.
- 5.2. Presentación teórica sobre el estrés basada en Sandín, Lazarus, Barglow, Berndt, Burns y Hatcher, en: Belloch y otros (1997).
- 5.3. Técnicas de afrontamiento: Introducción. Las técnicas de afrontamiento que se van a ver aquí son: minimización de la amenaza, valoración positiva, valoración negativa, resolución de problemas, reestructuración cognitiva y habilidades sociales (asertividad).
- 5.4. Continuación del entrenamiento en la relajación.
- 5.5. Tarea para la casa.
- 5.6. Finalización de la sesión.

5.1. Revisión de la tarea para la casa

Se revisa la tarea de forma individual. Se pregunta a los participantes si realizaron la relajación y si tienen alguna consulta. Se solicita a un miembro del grupo que exponga la tarea.

5.2. Presentación teórica sobre el estrés

Primeramente se da una definición de estrés, de Lazarus y Folkman (1988), en Belloch y otros (1997). Se indica que es un proceso interaccional, que es una relación particular entre la persona y la situación que se produce cuando la persona valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste.

Se explica el modelo transaccional del estrés en relación con la diabetes y la salud en general. Posteriormente se hacen comentarios.

Sobre el modelo de Lazarus y el de Sandín:

- (1) En el cual se explica que las demandas psicosociales se refieren a los agentes externos causales primariamente de estrés. Pueden ser agentes psicosociales vitales o sucesos menores. Los sucesos vitales pueden ser tales como: divorcio, pérdidas, enfermedad. Los sucesos menores son sucesos que ocurren con cierta cotidianidad, tales como contrariedades familiares, sociales, económicas, etc.
- (2) La evaluación cognitiva se refiere a la valoración o evaluación que le da el organismo a los eventos o situaciones psicosociales. Dependiente de esta valoración se producirá o no la respuesta de estrés. Esto ocurrirá si se produce una ruptura del balance entre la percepción de la demanda y la

percepción de recursos personales para superarla. (Lazarus y Folkman, 1984), en Lazarus (2000).

- (3) La respuesta al estrés incluye un complejo de respuestas fisiológicas y emocionales.
- (4) Las estrategias de afrontamiento se refieren a los esfuerzos del individuo, conductuales y cognitivos, que emplea el organismo para hacer frente a las demandas y para reducir el estado emocional del estrés y de otros síntomas emocionales como la ansiedad. Se aplican y se da material sobre estilos de afrontamiento.
- (5) Las variables disposicionales incluyen un conjunto de éstas que pueden influir en las cuatro etapas anteriores, tales como sexo, etc.
- (6) El apoyo social funciona como un “amortiguador” del estrés.
- (7) El estatus de salud, más que una fase del proceso, se trata de un resultado del mismo.

5.3. Técnicas de afrontamiento

Se explican los modelos, se dan ejemplos, se hacen preguntas. Se señala que hay situaciones o demandas psicosociales que podemos cambiar, pero que hay otras que no podemos cambiarlas. Damos una lista de situaciones para que ellos identifiquen si pueden ser modificadas o no.

	Situación	Puede ser cambiada	No puede ser cambiada
1.	Muerte de un ser querido.	_____	_____.
2.	Padecer una enfermedad crónica como la diabetes.	_____	_____.
3.	Seguir la dieta.	_____	_____.
4.	Ir al médico.	_____	_____.
5.	Un familiar nos insultó.	_____	_____.
6.	Nuestro hijo, nieto se enfermó.	_____	_____.
7.	El jefe nos insultó.	_____	_____.
8.	Hacer ejercicios.	_____	_____.
9.	Asistir a una fiesta.	_____	_____.
10.	Ingerir licor.	_____	_____.

5.4. Continuación en el entrenamiento de la relajación

Se practica nuevamente todo el procedimiento de la técnica de relajación con la finalidad de reforzar y verificar que se haya aprendido sobre esta técnica.

5.5. Tarea para la casa

- a) Practicar la relajación.
- b) Hacer una lista de 10 situaciones que estén presentes en su vida actual y clasificarlas en cuanto a si pueden ser modificadas o no.

Situaciones	Pueden ser modificadas	No pueden ser modificadas.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

5.6. Finalización de la sesión

Se hace un resumen sobre lo dado en la sesión.

Sesión 6

Módulo: Técnicas de afrontamiento

- 6.1. Revisión de la tarea para la casa.
- 6.2. Técnicas de afrontamiento cognitivo: valoración positiva, valoración negativa, minimización de la amenaza, reestructuración cognitiva.
- 6.3. Práctica de la relajación.
- 6.4. Tarea para la casa.
- 6.5. Finalización de la sesión.

6.1. Revisión de la tarea para la casa

Se revisa la tarea individualmente. Se pide a un participante que lea su tarea, se hacen comentarios.

6.2. Técnicas de afrontamiento cognitivo

Se recuerda al paciente la sesión anterior. Se expone el cuadro del modelo procesual del estrés de Sandín. Se indica que todos tenemos problemas de la vida real, que debemos resolver de la mejor forma posible. Se indica que básicamente las técnicas de afrontamiento consisten en estimular a los pacientes a que reconozcan las situaciones o problemas, con relación a su enfermedad, que causan estrés. Se indica que el afrontamiento es el esfuerzo que hace el individuo para hacer frente al estrés, o sea, para manejar las demandas internas y externas. Una vez hecho esto se utilizarán

distintas técnicas que, según sus efectos, se dirijan hacia la solución de problemas o hacia la regulación de la emoción.

Procedemos entonces con el paso número 1: Identificar las distintas situaciones o problemas con relación al manejo de su enfermedad, situaciones familiares, laborales, sociales que les resultan estresantes.

Se le pide a los participantes que, en grupo, hagan una lista de las situaciones o problemas. Se solicita que los lean al grupo y se hace una sola lista de problemas. Posteriormente se les indica que los problemas pueden ser:

- A. Problemas que están anclados en la realidad y pueden ser modificados. Se refieren a conflictos tales como: decidir qué comer, cómo vestirse, hacer o no ejercicios, tomar o no un medicamento, ir o no a una cita médica, etc.
- B. Problemas que están anclados en la realidad, pero que no pueden ser modificables, como por ejemplo, tener una enfermedad crónica, muerte de una persona querida.
- C. Acontecimientos muy improbables que no se basan en la realidad, y por consiguiente no son modificables, tales como la posibilidad de arruinarse algún día y quedar como un vagabundo en la calle sin realmente tener serios problemas económicos.

Se indica a los participantes que de la lista de situaciones que hicieron, las clasifiquen en los tres tipos de problemas.

Señalamos que una técnica útil para afrontar situaciones que no podemos cambiar, es la reestructuración cognitiva en la que ya hemos estado trabajando.

Se hace una práctica con un ejemplo de una situación real, la cual no se puede modificar. Se les da una hoja del caso a cada participante:

Situación problema: Es al caso de la Señora D. de 48 años, quien se encuentra muy preocupada y ansiosa porque le comunicó el médico que a su esposo le tenían que hacer una operación de la columna, pero que no había riesgos. Ella piensa que la operación va a salir mal, pues, cuando fue a hablar con el médico, se pudo percatar que él estaba pensando que ése era un caso muy difícil y las cosas no saldrían bien. Manifiesta que desde hace dos semanas, cuando le dieron la noticia, no ha podido dormir bien, siente palpitaciones, sudoraciones, temblores, las manos le sudan, se siente inquieta, sobresaltada. Señala que no entiende como el esposo, quien es el que va a ser operado, esté tan tranquilo y ella está tan angustiada. Tiene una semana sin ir a trabajar, ya que se siente muy cansada y preocupada.

Identifique:

2. Clasifique qué distorsiones cognitivas tiene la Señora D:

Pensamiento todo o nada: _____

Pensamiento catastrófico: _____

Descalificación: _____

Razonamiento emocional: _____

Catalogar: _____

Magnificar o minimizar: _____

Filtro mental: _____

Leer la mente: _____

Sobregeneralización: _____

Personalización: _____

Afirmación del tipo debe: _____

Visión en forma de túnel: _____

3. Identificar las emociones : _____

4. Identificar las reacciones fisiológicas de la Señora D: _____

5. Identificar los comportamientos de la Señora D: _____

6. Interrogar cada distorsión cognitiva con la hoja de interrogación de las distorsiones cognitivas de Beck (2000), dada previamente: _____

7. Proponer pensamientos alternativos; para esto también pueden usar la hoja dada previamente: _____

8. Plantear hipótesis sobre nuevas emociones en la señora D.: _____

9. Plantear hipótesis sobre nuevas conductas: _____
10. Plantear hipótesis sobre nuevas reacciones fisiológicas: _____
- _____

6.3. Práctica de la relajación

6.4. Tarea para la casa

- a) Practicar la relajación.
- b) Con la lista de situaciones estresantes, en relación al manejo de su enfermedad, identificar el pensamiento, la emoción y la conducta en cada situación.

Situación	-	Pensamiento	-	Emoción (0 -100)	-	Conducta	-	R. Fisiológica
		Nuevo pensamiento	-	Nueva emoción (0-100)	-	Nueva reacción fisiológica		

6.5. Finalización de la sesión

Se hace un resumen breve de los puntos que se tocaron en la sesión.

Se enfatiza en la realización de las tareas.

Sesión 7

Módulo: Técnicas de afrontamiento

- 7.1. Revisión de la tarea para la casa.
- 7.2. Técnicas de afrontamiento: valoración positiva, valoración negativa, minimización de la amenaza, reestructuración cognitiva.
- 7.3. Práctica de la relajación.
- 7.4. Tarea para la casa.
- 7.5. Finalización de la sesión.

7.1. Revisión de la tarea para la casa

Se revisa la tarea individualmente. Se discuten las tareas para la casa.

Se le pide a cada uno que lea un ejemplo, se hacen comentarios.

7.2. Técnicas de afrontamiento

Se hace un resumen de la sesión anterior, se indica que hasta la sesión anterior habíamos llegado a la identificación de las situaciones y las habíamos clasificado en tres tipos:

- A. Problemas basados en la realidad que podían ser modificados.
- B. Problemas basados en la realidad, pero que no podían ser modificados.
- C. Problemas que no estaban basados en la realidad y, por lo tanto, no podían ser modificados.

Se indica que durante este tratamiento trabajaríamos los dos primeros, A y B, ya que durante la entrevista y la evaluación ellos no mostraban el último tipo de dificultades.

Señalamos que la forma de afrontar un problema depende de la manera en que lo evaluemos: si lo evaluamos basándonos en que puede hacerse algo para variar la situación, o sea que la situación estresante la podemos controlar, entonces el afrontamiento está focalizado en el problema, en el tipo A, señalado arriba.

Si evaluamos que no podemos hacer nada por cambiar la situación real entonces predomina el afrontamiento focalizado en la emoción.

Se indica que para el buen manejo de su enfermedad, ellos tienen que aprender a discriminar bien cuando pueden o no cambiar un problema y qué acción tomar. Aclaramos que, por ejemplo, el tener una enfermedad crónica es un problema que existe, es real y no podemos modificarlo, pero los problemas en relación al manejo de la misma sí se pueden variar, por ejemplo, el cambiar los hábitos alimenticios, indicamos que esa sí es una situación que puede ser transformada y que depende de nosotros mismos. Se ejemplifica también sobre el miedo a morir por su enfermedad .

Se describen y ejemplifican distintos modos de afrontamiento según Lazarus (2000) y sus colaboradores (2000); se le da una hoja a cada participante.

- Escape-evitación: Minimiza la amenaza, espera a que ocurra un milagro, no hace nada o trata de olvidarse de las cosas a través del alcohol, o bromea de la situación problema; desvía su atención del problema, no lo afronta, lo evita.
- Valoración positiva: La persona piensa positivamente sobre los problemas y como resolverlos, piensa que puede soportar la situación, se automotiva a seguir adelante para minimizar el estrés y la ansiedad.
- Valoración negativa: Se caracteriza por la autculpa, pensamientos catastróficos, pensamientos disfuncionales, desadaptativos, negativos.

Se dan distintos ejemplos que indiquen cuándo son más eficaces las distintas estrategias.

Se pide a los sujetos que se formen grupos de tres y que busquen una situación problema e identifiquen cómo la afrontaron, posteriormente la exponen, el resto del grupo escucha y da sus opiniones.

7.3. Práctica de la relajación

7.4. Tarea para la casa

- a). Llenar la hoja escribiendo dos situaciones y como las enfrentó, basándose en el cuadro que se les entregó previamente.

7.5. Resumen de la sesión

Se hace un resumen breve sobre lo tratado en la sesión.

Sesión 8

Módulo: Técnicas de afrontamiento

- 8.1. Revisión de la tarea.
- 8.2. Técnicas de afrontamiento: resolución de problemas.
- 8.3. Práctica de la relajación.
- 8.4. Tarea para la casa.
- 8.5. Finalización de la sesión.

8.1. Revisión de la tarea

Se revisa la tarea individualmente. Se le pide a un voluntario que lea su tarea. Se hacen comentarios sobre ellas.

8.2. Técnicas de afrontamiento

Se hace un breve resumen de la sesión anterior. Se indica que, una vez identificadas las situaciones y algunos estilos de afrontamiento, en esta sesión nos dedicaríamos al tipo de afrontamiento de resolución de problemas. (Beck, J. (2000)).

Se indica que esta técnica es efectiva cuando el problema o situación estresante se basa en la realidad y pueden ser modificadas, o sea, como el tipo de preocupación A, mencionado en las sesiones anteriores.

La técnica de resolución de problemas incluye cuatro pasos:

- a) Definir el problema.
- b) Generar soluciones alternativas.
- c) Tomar una decisión. Evaluar las ventajas y las desventajas.
- d) Llevarla a la práctica y evaluar la solución.

a) Definir el problema:

En términos claros y específicos. Ejemplo: Seguir una dieta prescrita o que sea ordenada por la nutricionista.

Significado que tiene el problema: Es horrible, ¿por qué a mí?, no lo voy a poder llevar a cabo, es muy duro, horrible.

Respuestas al significado: Sí puedo, sí soy capaz de llevarla a cabo, no soy la única persona que lleva una dieta, esta dieta es buena para mí.

b) Generar soluciones alternativas:

- Seguir la dieta al pie de la letra a veces, sobre todo antes de que en el hospital me hagan el examen de glucosa.
- Seguir la dieta cuando no hay fiestas u ocasiones especiales.
- No seguir la dieta.
- Seguir la dieta al pie de la letra todos los días.

c) Toma de decisiones:

Evaluar, de manera realista, las probables consecuencias de cada solución generada, con el fin de determinar la mejor solución. Se pide a los participantes que aporten ideas de lo que puede suceder en cada alternativa.

Ventajas	Desventajas.
1.	a.
	b.
	c.
2.	a.
	b.
	c.
3	a
	b
	c.
4.	a.
	b.
	c.

d) Aplicar y evaluar los resultados:

Consiste en tomar una opción y evaluar los posibles resultados. Se indica que escojan una solución y que hipoteticen los resultados en la toma de decisión.

8.3. Práctica de la relajación

8.4. Tarea para la casa

- a) Practicar la relajación progresiva.
- b) Llenar la hoja sobre:
 - Definir el problema real.
 - Generar posibles soluciones.
 - Evaluar las ventajas y desventajas.
 - Aplicar y evaluar los posibles resultados.

8.5. Finalización de la sesión

Hacer un breve resumen de lo dado en la sesión.

Sesión 9

Módulo: Técnicas de afrontamiento

- 9.1. Revisión de la tarea.
- 9.2. Técnica de afrontamiento: resolución de problemas.
- 9.3. Práctica de la relajación.
- 9.4. Tarea para la casa.
- 9.5. Finalización de la sesión.

9.1. Revisión de la tarea

Preguntar al paciente si realizó la relajación. Se revisa la tarea individualmente. Se pide a uno de los pacientes que exponga su tarea. Se hacen comentarios y aclaraciones.

9.2. Técnica de afrontamiento

Resolución de conflictos. Basándonos en los resultados del cuestionario de adaptación y mejoría clínica como pacientes diabéticos y los resultados en la prueba de perfil de estrés, utilizamos los distintos problemas comunes (práctica de los ejercicios, administración de medicamentos, acudir a las citas, tomarse los niveles de azúcar, ingerir alcohol, ignorar los síntomas de su enfermedad, la alimentación) y trabajamos la resolución de problemas dada en la sesión anterior. Se les entrega el formulario de resolución de problemas y en grupos de tres lo llenan. Posteriormente lo exponen al grupo.

Tanto el terapeuta como los participantes intervienen, exponen sus ideas, y hacen comentarios.

9.3. Práctica de la relajación

9.4. Tarea para la casa

- a) Practicar la relajación.
- b) Llenar la hoja de resolución de problema escogiendo un problema real que se les haya presentado.
- c) Llenar el calendario sobre la aplicación de las distintas situaciones del manejo de su enfermedad.

9.5. Finalización de la sesión

Se hace un breve resumen de lo dado y se recuerda la importancia de que hagan la tarea.

Sesión 10

Módulo: Técnicas de afrontamiento

- 10.1. Revisión de la tarea.
- 10.2. Técnica de afrontamiento: Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad.
- 10.3. Práctica de la relajación.
- 10.4. Tarea para la casa.
- 10.5. Finalización de la sesión.

10.1. Revisión de la tarea

Se revisa la tarea individualmente. Se pide a los participantes que indiquen como les fue en la realización de la tarea. Un voluntario la lee. Se recoge la tarea.

10.2. Técnica de afrontamiento. Entrenamiento en habilidades sociales

Asertividad: Hoy día se sabe la importancia de las habilidades sociales para el mantenimiento de la salud física y mental, en el manejo de las distintas situaciones estresantes que surgen de la interacción con las demás personas y con el medio, como también que favorezcan la disminución de dificultades y el manejo de condiciones relativas al seguimiento y control de su enfermedad. (Aportaciones de la Psicología al Tratamiento de la Diabetes de Marino Pérez Álvarez, (1988), en Simón M. A. (1993).

Se define el comportamiento asertivo como aquel que se caracteriza por no violentar los derechos de uno mismo ni los de otras personas. Consiste en expresar sentimientos y preferencias propios de una manera directa, honesta y adecuada. La persona asertiva muestra respeto hacia los demás y facilita la comunicación.

Se da una hoja con todos los componentes de una conducta asertiva.

Se solicita a los participantes que modelen cada uno de los componentes de la conducta asertiva, componentes que enfoca Caballo V. (1997).

- Contacto visual: Este aspecto se refiere al hecho de hacer o no, contacto visual con las demás personas. Para ser asertivos en este aspecto debemos mirar, tener contacto visual con las personas con las que nos estamos comunicando. El no tener contacto visual con las personas puede transmitir mensajes distorsionados como por ejemplo: que no nos interesa lo que se está diciendo.
- Tono de voz: El tono de voz puede ser suave, alto, bajo, normal. Un tono de voz muy bajo o muy alto puede expresar inseguridad, temor, o por el contrario, disgusto, impaciencia, pudiendo poner al receptor a la defensiva.

Es importante mantener un tono de voz adecuado a la situación.

- Postura: Una postura asertiva puede variar de una situación a otra, pero, en general, se debe mantener el cuerpo erguido, de forma no rígida, tampoco demasiado relajado.

Es importante evitar posturas que evidencian que se está listo para salir corriendo, que está desinteresado o tenso, como por ejemplo; cuando una persona le conversa y usted está sentado en la punta de la silla, listo para levantarse e irse.

- Expresión facial: Es importante que nuestra expresión facial sea congruente con nuestro mensaje oral; por ejemplo: cuando decimos que algo no nos gusta y que la situación nos ha hecho sentir muy mal, sin embargo, estamos sonriendo.
- Tiempo: Es importante que sepamos reconocer el momento oportuno para hacer o decir alguna cosa. Por más asertiva que sea nuestra postura, expresión facial u oral, si nos precipitamos mucho a manifestarla podemos tener dificultades, por ejemplo: si le vamos a decir algo importante a un amigo, pero en ese instante él está en un momento de crisis, porque tiene un hijo hospitalizado, entonces tendremos que evaluar si es oportuno o no decirle lo que queríamos o esperar otro momento. La persona asertiva sabe reconocer cuándo es el momento adecuado.

- Contenido: El contenido del mensaje no debe tener elementos amenazadores, agresivos, ambiguos, ya que distorsionan el mensaje. La persona asertiva muestra respeto por los demás, por más disgustado que esté.

Se entrega una hoja donde se definen algunas conductas de la persona asertiva:

Actúa y habla en base a la realidad.

Puede expresar opiniones diferentes a las otras personas.

Reconoce sus errores y éxitos.

Sabe tomar decisiones propias.

Respeto los sentimientos de los demás.

Sabe expresar sus afectos.

Tiene control de su conducta.

Rechaza peticiones cuando sea necesario.

Sabe cuando decir que no.

Posteriormente se define el comportamiento no asertivo: pasivo y agresivo. Se explica que el comportamiento agresivo es la negación de los sentimientos y deseos de las demás personas. Esto se puede hacer mediante la culpabilización, insultos, ridiculizaciones a los demás.

Se describe el comportamiento pasivo como aquel donde se niegan nuestros derechos y sentimientos, no expresamos lo que pensamos y sentimos. En muchas ocasiones se hace lo que los demás indican.

Ejemplos:

Frases pasivas

- Haré lo que tú quieras.
- Esperaré hasta que desees llamarme.
- Saldremos a la hora que tú decidas.
- Ya que insistes, tomaremos.
- Si tú quieres podemos tener relaciones sexuales.

Frases agresivas

- No me interesa tu opinión.
- Siempre quedas como un tonto.
- No me extraña que lo hayas hecho mal.
- Tú tienes que hacer lo que yo quiera.
- No te atreves porque eres una miedosa.

Frases asertivas

- Yo no puedo salir hoy, pero mañana sí.
- Te aprecio como amigo y no deseo nada sentimental.
- Yo no tomo, porque hace daño.
- Necesito que me digas francamente lo que piensas.

- Deseo estar sola porque necesito pensar.

Se ejemplifican las conductas pasivas, asertivas y agresivas.

Se procede a dar un ejemplo que muestra estos tres tipos de comportamientos:

Imagine que la examinará un médico y le prescribe un medicamento que usted no conoce, tampoco le dará ningún diagnóstico, no le da los resultados de su examen de glucosa. El médico parece tener prisa y a usted le gustaría saber el resultado y recibir una explicación sobre su decisión del nuevo fármaco.

Se ejemplifican los posibles tres tipos de comportamiento a través del modelamiento, donde el paciente es el médico y la terapeuta es la paciente y modelará los tres tipos de conducta: agresiva, pasiva y asertiva.

Posteriormente se les explica el papel de los pensamientos disfuncionales en el comportamiento asertivo. Se le presentan algunos ejemplos de pensamientos distorsionados: Se les pide que saquen la lista de pensamientos disfuncionales:

1. "Si le digo al médico lo que quiero realmente, no le voy a gustar y eso sería horrible, insoportable".
2. "Ese doctor es un inútil".
3. "Este doctor es así conmigo porque yo no valgo, si fuera otra persona lo atendería mejor".

Se indica la importancia de identificar estos pensamientos para poder cambiarlos y que no interfieran con la conducta asertiva.

10.3. Práctica de la relajación

10.4. Tarea para la casa

- a) Práctica de la relajación.
- b) Describir una situación donde utilizó un comportamiento asertivo y describir el comportamiento asertivo.
- c) Llenar el calendario sobre la aplicación de las situaciones en relación al manejo de su enfermedad.

10.5. Terminación de la sesión

Se hace un resumen y se enfatiza en la importancia de hacer la tarea.

Sesión 11

Módulo: Técnicas de afrontamiento

- 11.1. Revisión de la tarea.
- 11.2. Técnica de afrontamiento: habilidades sociales, asertividad.
- 11.3. Práctica de la relajación.
- 11.4. Tarea para la casa.
- 11.5. Finalización de la sesión.

11.1. Revisión de la tarea

Se pide a dos voluntarios que lean la tarea; se hacen comentarios.

11.2. Técnica de afrontamiento

Habilidades sociales, asertividad. Se hace un breve repaso sobre lo dado en la sesión anterior. Se explica la importancia de la comunicación verbal y no verbal en la asertividad. Se explica que, en varias ocasiones, ellos tienen que decir que no a las amabilidades o a las persistencias de las personas, para poder cumplir con sus controles y mantener su salud. Se explica que, durante esos momentos es importante que ellos, muestren conductas asertivas, para no herir a los demás y hacer lo que más les convenga.

Se les da una hoja para que identifiquen, grupalmente, las frases pasivas, agresivas y asertivas. (Se discuten).

Haré lo que tú quieras.

No me interesa tu opinión.

Deseo estar solo porque necesito pensar.

Ya que insistes, tomaré unos tragos.

Eres un estúpido, cómo me vas a brindar licor.

No estoy de acuerdo con tu punto de vista.

No preguntar nada.

Usted es un inepto e irresponsable.

Eres un estúpido.

Se les da la hoja sobre posibles situaciones para que ellos, en grupo, indiquen cómo mostrar una conducta pasiva o no asertiva, agresiva y asertiva hacia esas situaciones. Por ejemplo:

- a) Vas a una reunión familiar y te brindan un delicioso dulce preparado especialmente para ti.
- b) Es Navidad y tus amigos insisten en que ingieras bebidas alcohólicas.
- c) Lo invitan y lo llevan a una “fonda” donde sólo venden frituras.
- d) Sus amigos le dicen que es un tonto por estar haciendo ejercicios, que eso no sirve para nada, que ellos son diabéticos y nunca hacen ejercicios.

- e) Una amiga le lleva una receta casera para que se la tome, ya que, según ella, eso controla la diabetes.
- f) Su jefe le grita y lo insulta porque hizo un trabajo mal.
- g) Hay mucho trabajo, se llegó el mediodía y su jefe le pide que no salga a comer.

11.3. Práctica de la relajación

11.4. Tarea para la casa

- a) Practicar la relajación.
- b) Identificar dos situaciones en las cuales utilizó frases asertivas.
- c) Llenar el calendario sobre la aplicación de las situaciones en relación al manejo de su enfermedad.

11.5. Terminación de la sesión

Se hace un resumen de lo dado.

Sesión 12

Módulo: Integración

- 12.1. Revisión de la tarea
- 12.2. Conclusiones.
- 12.3. Evaluación

12.1. Revisión de la tarea

Se indica a dos voluntarios que lean sus tareas. Se recogen las tareas.

12.2. Se hace una síntesis general de todo lo dado.

- a) Reestructuración cognitiva.
- b) Técnica de relajación.
- d) Técnicas de afrontamiento.

Se habla de la importancia de seguir practicando todo lo aprendido. Se solicita retroalimentación. Se solicita reflexionar respecto a lo ocurrido en las sesiones.

Se da por terminado el tratamiento y se procede a la evaluación o posttest.

12.3 Evaluación

Aplicación del posttest.

9. Análisis estadístico de los resultados

a) Análisis descriptivo

Este análisis nos permite describir los datos, valores o puntuaciones para cada variable antes y después de recibir el tratamiento.

Este análisis se hará a través de:

- Puntuaciones T
- Interpretación de las escalas
- Media M .
- Cuadros y gráficas

b) Análisis comparativo

Se realizará un análisis comparativo.

A través de este análisis podemos evaluar si existen diferencias significativas con respecto a las medias, antes y después de recibir el tratamiento.

Este análisis se lleva a cabo a través de:

- Se utiliza la prueba t para grupos dependientes (t).
- Se utiliza la prueba de los signos.

Se plantea un nivel de significación de 0.05 a una cola.

La fórmula para este análisis se expresa:

$$t_{n-1} = \frac{X - 0}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

10. Procedimiento

Fase 1:

Se seleccionaron 25 participantes. La selección fue no aleatoria. Se escogieron a los 25 primeros pacientes referidos por mostrar un manejo inadecuado del tratamiento para su enfermedad y un diagnóstico psicológico de síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus.

Fase 2:

Se aplicó el pretest a 20 de los 25 pacientes, (cinco pacientes no asistieron). Se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton, el Perfil de Estrés de Kenneth M. Nowack y la Escala de Adaptación y Mejoría Clínica Global del Paciente Diabético de Esther Homsany Gateno.

El pretest se aplicó una semana antes de iniciar el programa.

Fase 3:

Fueron asignados los 15 pacientes que asistirían al programa. La selección se hizo de forma arbitraria. Todos los pacientes tenían puntuaciones similares en el pretest, como también el mismo diagnóstico, por lo que se decidió escoger a los 15 pacientes que fueron diagnosticados primero. Esto se realizó el lunes siguiente a la evaluación. A los cinco pacientes que no participaron en grupo, se les dio tratamiento individual ese mismo lunes.

Fase 4:

Se aplicó el tratamiento a los 15 pacientes. El tratamiento se inició el lunes siguiente a la aplicación de pruebas. Fueron 12 sesiones, dos sesiones cada semana, con un periodo de duración de dos horas y media cada sesión.

Fase 5:

Inmediatamente terminado el tratamiento, se aplicó el posttest: Escala de Ansiedad de Hamilton, Perfil de Estrés de Kenneth M. Nowack, y la Escala de Adaptación y Mejoría Clínica Global del Paciente Diabético de Esther Homsany Gateno.

Las pruebas se aplicaron el mismo día que finalizó el tratamiento.

11. Limitaciones

- Existen amenazas a la validez interna y externa del experimento.
- El diseño de investigación con un solo grupo amenaza la validez interna y externa.
- No hay grupo control o de comparación.
- Otro aspecto que amenaza la validez interna y externa de la investigación es el hecho de que sólo fueron 15 sujetos y no fueron asignados al azar. La muestra no era representativa de la población.

- Pueden presentarse los efectos del examen o de pruebas repetidas ya que las escalas son aplicadas antes y después de recibido el tratamiento.
- La historia y la maduración pueden afectar los resultados: algún suceso particular dentro o fuera de las condiciones experimentales o el proceso normal de desarrollo de los participantes.
- Otro aspecto al cual debemos referirnos es al relacionado con uno de los instrumentos, la Escala de Adaptación y Mejoría Clínica Global del Paciente Diabético, a la que no se le calculó la confiabilidad del instrumento.
- Es necesario tener presente que, con este diseño, las conclusiones no serán tan firmes o válidas como con otros diseños de investigación.
- Hubo muerte experimental; de 15 pacientes seleccionados, cuatro se retiraron de la investigación.

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación y el análisis de los mismos.

1. Características generales de la muestra

a) Edad de los pacientes

Se observó que las edades que se presentaron con mayor frecuencia son las comprendidas entre los 51 y 60 años. Seis de los once pacientes se encuentran dentro de este rango de edades. Cuatro de los 11 pacientes tienen entre 41 y 50 años. Un paciente tiene entre 31 y 40 años.

Ningún paciente tiene 30 años o menos. La edad promedio es de 50 años. Ocho mujeres y tres hombres.

A continuación se presenta el detalle sobre la edad de los pacientes.

Sujetos	Edad
1	51
2	35
3	55
4	58
5	51
6	49
7	46
8	51
9	46
10	58
11	50

b) Años de padecer la enfermedad

Ningún paciente tenía menos de dos años de padecer la enfermedad.

Cuatro padecían la enfermedad desde hace dos a cuatro años.

Cuatro padecían de diabetes desde hace cinco a 10 años y tres, de los 11 pacientes la padecían desde hace 11 a 15 años.

Diez, de los 11 pacientes, presentaban Diabetes Tipo II. Una paciente presentaba Diabetes Tipo I.

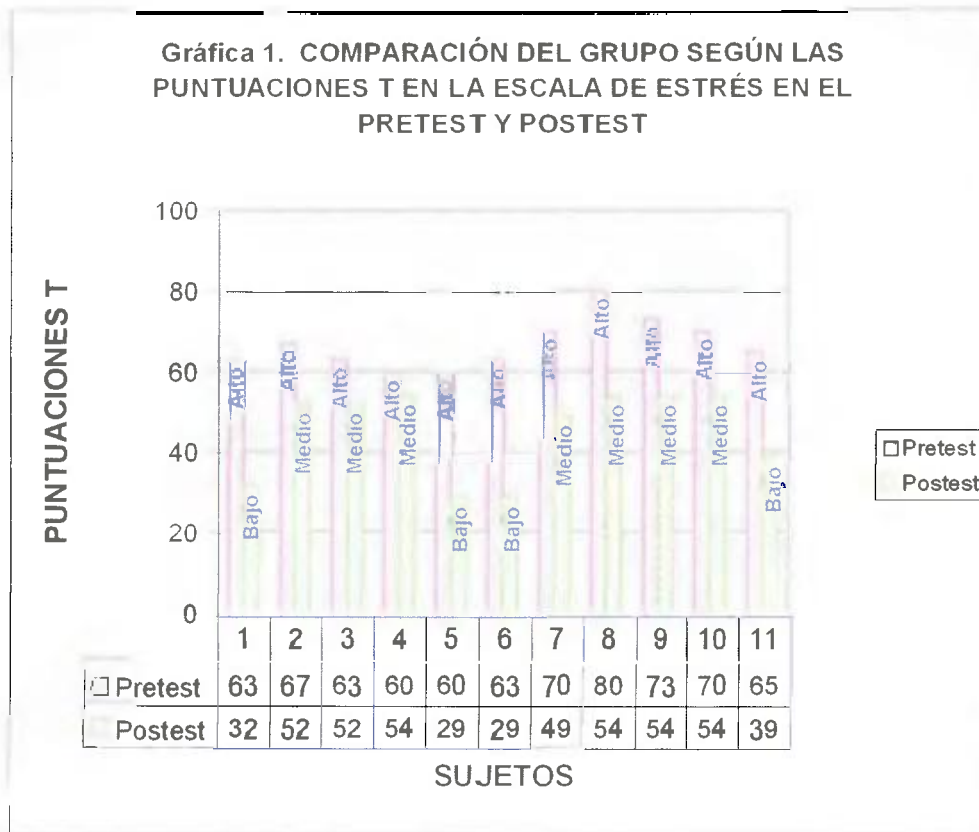
Los años promedio de padecer la enfermedad fue de siete años.

Veamos los datos al respecto:

Sujetos	Años
1	3
2	5
3	14
4	14
5	3
6	3
7	5
8	2
9	9
10	15
11	10

2. Presentación y análisis descriptivos y comparativos de los resultados

a) Estrés



En esta gráfica observamos las puntuaciones T. En el pretest todas las puntuaciones están ubicadas en 60 ó más, lo que nos indica que todos tenían niveles elevados de estrés. En el posttest las puntuaciones T disminuyeron, ubicando a los pacientes en niveles medios o moderados y bajos de estrés.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

Cuadro I. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE ESTRÉS

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>
Media	23,7272727	14,4545455
Desviación estándar	2,686667419	4,297991077
Observaciones	11	11
Grados de libertad	10	
Estadístico t	8,52370995	
Valor crítico de t (una cola)	1,81246151	

Regla de decisión: se rechaza la H_0 si $t_o > t_c = 1.812$

La t obtenida de 8.523 mayor a la t crítica de 1.812 nos indica que existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y sustentar la hipótesis alterna que nos dice que sí existen diferencias entre el pretest y el postest, los niveles de estrés son menores después del tratamiento.

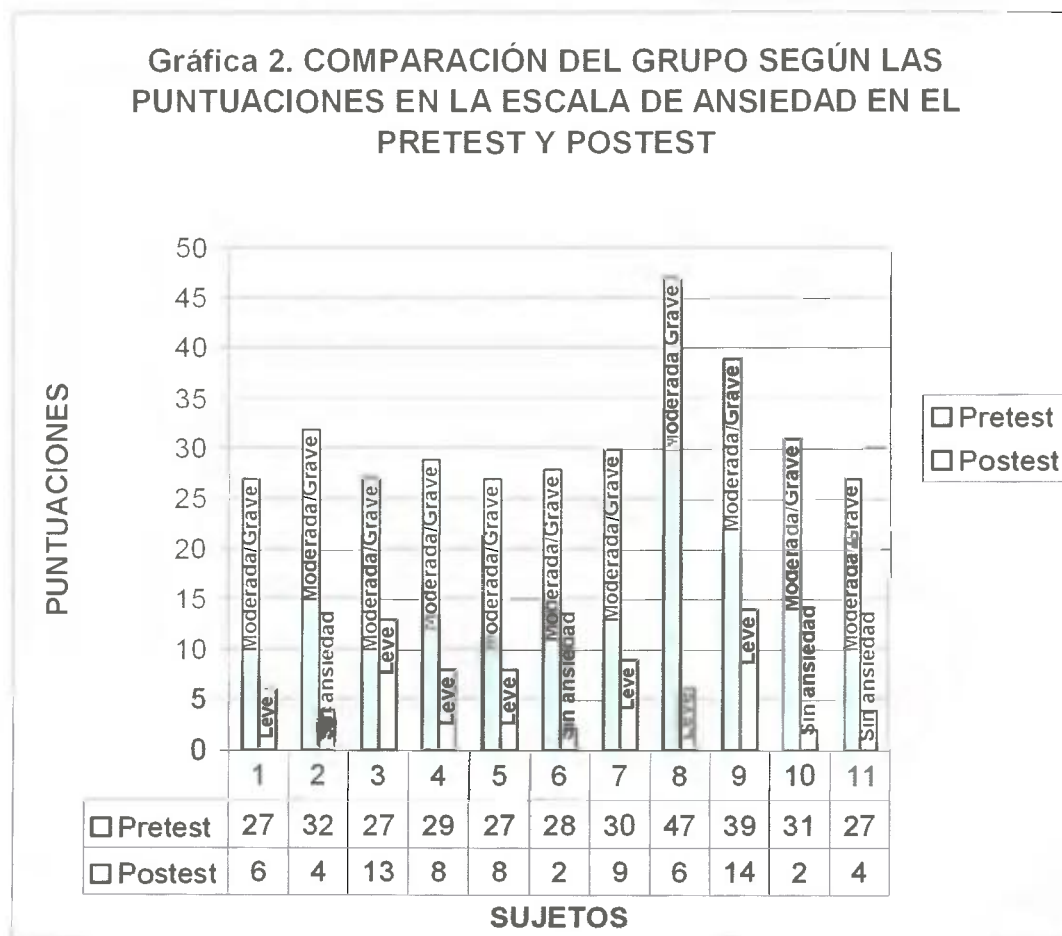
❖ **Análisis e interpretación de los resultados: Estrés**

Observamos que las puntuaciones T de estrés disminuyeron en el posttest. Las medias también disminuyeron en el posttest. Los pacientes pasaron de obtener niveles altos de estrés a niveles bajos y moderados.

La prueba t nos señala que las medias son significativamente diferentes antes versus después de recibir el tratamiento.

La prueba t nos permite sustentar nuestra hipótesis alterna y por lo tanto podemos sugerir que el tratamiento fue efectivo en este grupo para disminuir el estrés de los pacientes. Esto significa que antes del tratamiento ellos percibían más eventos o situaciones laborales, familiares, económicas, sociales, en relación a la enfermedad, como estresantes, comparado con los resultados después de recibir el tratamiento.

b) Ansiedad



En esta gráfica se presentan las puntuaciones naturales obtenidas y su interpretación en la Escala de Ansiedad, antes y después del tratamiento.

Observamos que todas las puntuaciones disminuyeron en el posttest. En relación a los niveles de ansiedad 4 de los 11 pacientes no mostraron ansiedad en el posttest. Siete de los 11 mostraron una ansiedad leve en el posttest.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

Cuadro II. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE ANSIEDAD

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	31,27272727	6,909090909
Desviación estándar	6,310164944	4,01134754
Observaciones	11	11
Grados de libertad	10	
Estadístico t	11,58448527	
Valor crítico de t (una cola)	1,812461102	

Regla de decisión: se rechaza la H_0 si $t_o > t_c = 1.812$

Como la t obtenida de 11.584 es mayor que la t crítica de 1.812 rechazamos la hipótesis nula y sustentamos nuestra hipótesis alterna que nos dice que sí existen diferencias entre el pretest y el posttest en relación a la ansiedad y que los niveles de ansiedad bajaron significativamente después del tratamiento.

❖ **Análisis e interpretación de los resultados: Ansiedad**

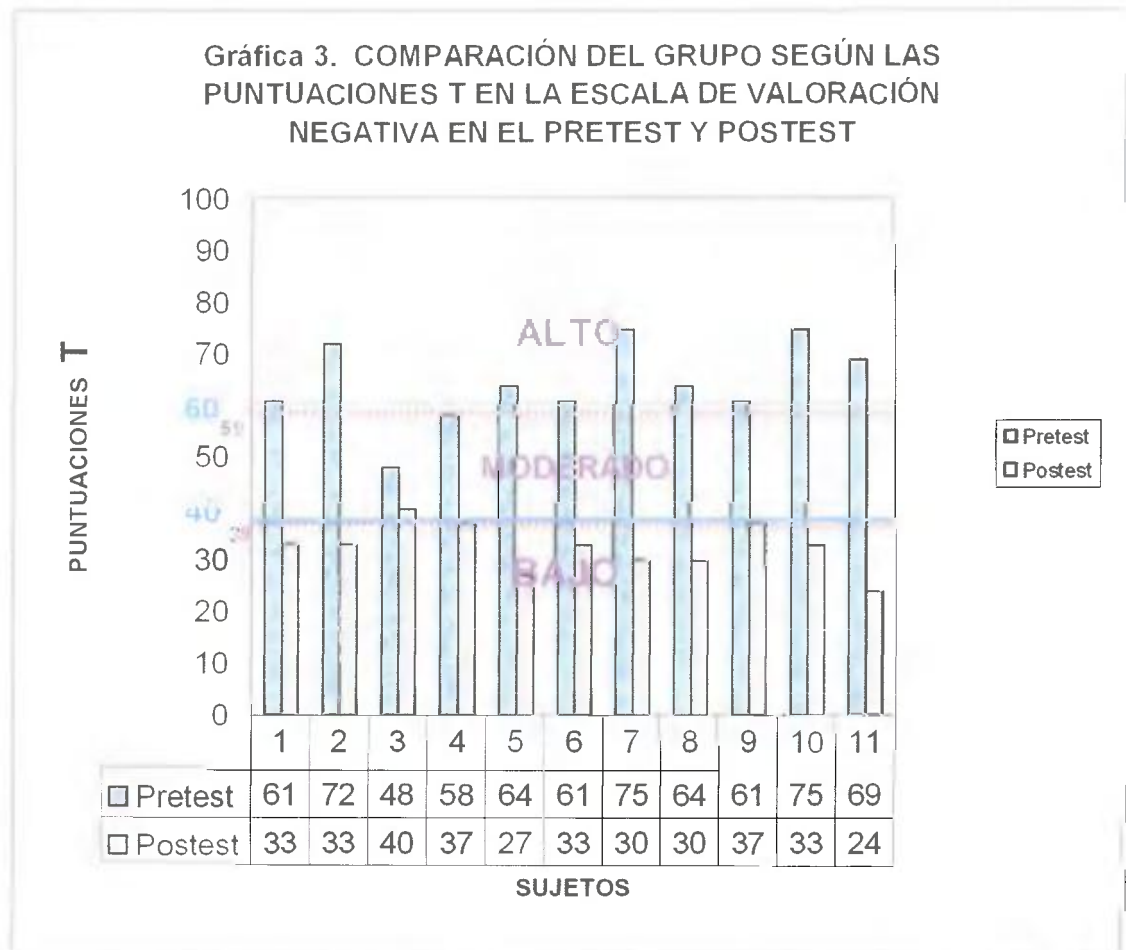
Las puntuaciones en esta escala muestran una disminución de las puntuaciones en el posttest. En el pretest los pacientes presentaban niveles de ansiedad moderada y grave. En el posttest todos los pacientes disminuyeron sus niveles de ansiedad. Cuatro de ellos no mostraron ansiedad, siete de ellos mostraron ansiedad leve lo que nos indica que podemos suponer que los pacientes mejoraron con el tratamiento, sus niveles de ansiedad disminuyeron.

La media bajó de 31.2727 a 6.9090 en el posttest.

La prueba t nos indica que existe suficiente evidencia estadística que nos indica que las medias son significativamente diferentes antes y después de recibir el tratamiento.

El grupo mejoró después de recibir el tratamiento en relación a sus niveles de ansiedad. Podemos suponer que el tratamiento ayudó a estos pacientes a disminuir los síntomas de ansiedad que presentaban antes de recibir el tratamiento.

c) Valoración Negativa



Esta gráfica nos muestra las puntuaciones T en la escala de Valoración negativa.

Observamos que en el pretest 10 de los 11 pacientes utilizaban la valoración negativa con alta frecuencia, mostraron puntuaciones T de 60 ó más en esta escala, dos de ellos utilizaban la valoración negativa con una frecuencia moderada.

En el postest 10 de los 11 pacientes mostraron puntuaciones T de 39 ó menos, lo que representa un uso de la valoración negativa bajo. Uno de los pacientes obtuvo una puntuación T de 40, lo que lo ubica en uso moderado de esa valoración.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

Cuadro III. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE VALORACIÓN NEGATIVA

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	18,27272727	8,727272727
Desviación estándar	2,7601054	1,42062726
Observaciones	11	11
Grados de libertad	10	
Estadístico t	8,439249388	
Valor crítico de t (una cola)	1,812461505	

La regla de decisión es: se rechaza la H_0 si $t_o > t_c = 1.812$.

Como la t obtenida de 8.439 es mayor que la t crítica de 1.812, existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto podemos decir que los grupos no son iguales antes y después de recibir el tratamiento, el grupo disminuyó el uso de la valoración negativa después de recibir el tratamiento.

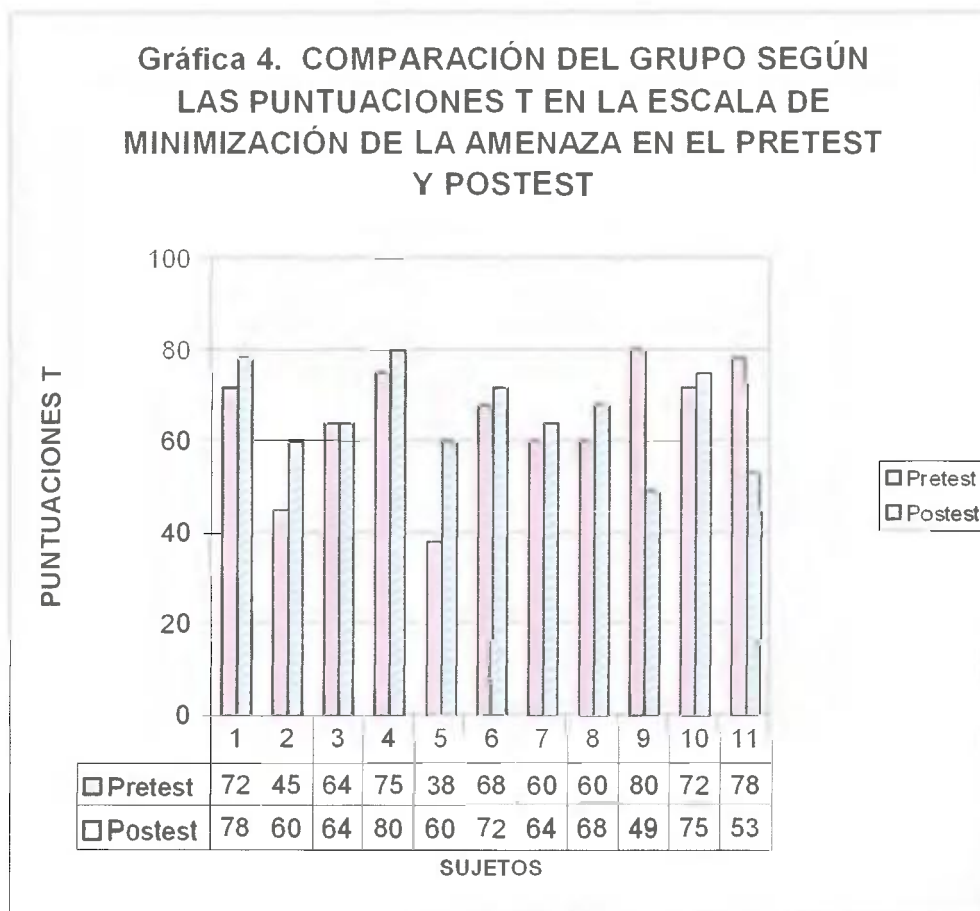
❖ **Análisis de los resultados: Valoración Negativa**

Las puntuaciones T y las medias disminuyeron después del tratamiento en el grupo experimental.

Las puntuaciones T nos señalan que la mayoría de los pacientes pasaron de un uso frecuentemente alto a un uso bajo de esta valoración. Aun cuando las puntuaciones naturales de uno de los once pacientes disminuyó en el posttest, lo mantuvo en el rango de uso medio de esta valoración.

La prueba t señala que hay suficiente evidencia estadística para determinar que las medias, antes y después del tratamiento recibido, son significativamente diferentes. La hipótesis alterna se sustenta, el grupo disminuyó el uso de las valoraciones negativas (autoculpas, críticas, pensamientos catastróficos, amenazantes, de magnificación de pensamientos negativos, concentración en lo peor del problema, rumiación de pensamientos negativos) después de recibir el tratamiento. Suponemos que el tratamiento fue efectivo, en este grupo los pacientes disminuyeron sus niveles de valoración negativa medidos a través de la Escala de Valoración Negativa.

d) Minimización de la Amenaza



Esta gráfica nos muestra las puntuaciones T en la Escala de Minimización de la Amenaza. Se observa que 10 de los 11 pacientes mostraban un uso elevado de este estilo de afrontamiento hacia el estrés, (T = 60 o mayor).

Sólo un paciente se ubicó en un uso moderado de este estilo de afrontamiento (T= 45). En el posttest la mayoría de los pacientes continuaron mostrando elevado uso de la minimización de la amenaza como estilo de

afrontamiento ($T = 60$ ó más). Sólo dos de ellos mostraron un uso medio de este tipo de afrontamiento ($T = 40$ a 59).

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

Cuadro IV. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE MINIMIZACIÓN DE LA AMENAZA

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	19,36363636	19,63636364
Desviación estándar	3,80191339	2,97585883
Observaciones	11	11
Grados de libertad	10	
Estadístico t	-0,192767664	
Valor crítico de t (una cola)	1,812461505	

La regla de decisión es: se rechaza la H_0 si $t_o > t_c = 1.812$.

La t obtenida es de -0.1927 menor a la t crítica de 1.812 . Por lo tanto no existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y sustentar la hipótesis alterna. El grupo no disminuyó el uso de la minimización de la amenaza después de recibir el tratamiento.

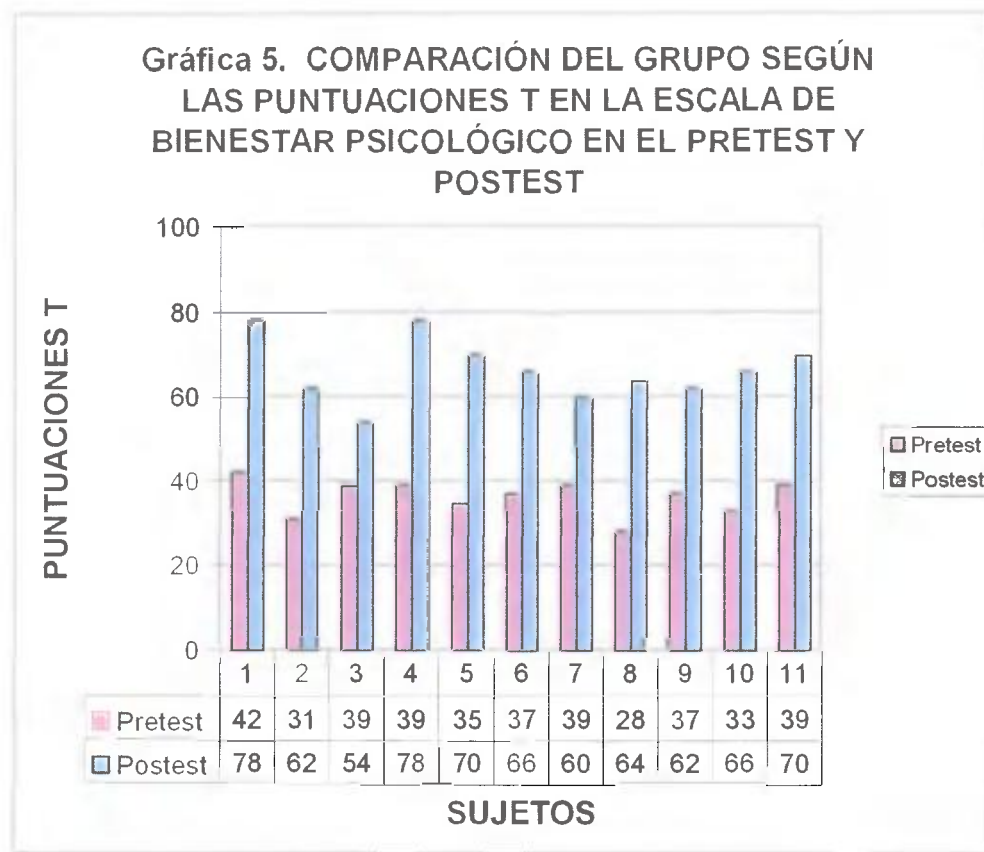
❖ **Análisis e interpretación de los resultados: Minimización de la Amenaza**

Las medias son casi iguales. Las puntuaciones T muestran que los sujetos se mantuvieron antes y después del tratamiento con un uso elevado de este estilo de afrontamiento, no se observa mejoría a través de estas puntuaciones.

La prueba t indica que no hay diferencias entre las medias, antes y después del tratamiento. No se rechaza la hipótesis nula. Aparentemente el tratamiento no fue efectivo para la minimización de la amenaza. Es probable que esto haya sucedido debido a que el instrumento mide la minimización de la amenaza como una estrategia de afrontamiento general, aplicada a distintas situaciones, no específicamente en relación al cuidado de su enfermedad, que fue como se trabajó en el tratamiento, en donde los pacientes no pueden minimizar la amenaza o los efectos de un mal cuidado o control de la enfermedad distanciándose de la situación o minimizando con humor los estragos de una alimentación llena de azúcares y grasas. La minimización de la amenaza es oportuna como estilo de afrontamiento en muchas otras situaciones que también se discutieron en el tratamiento, como en los casos en los cuales ellos no tenían control de la situación, como por ejemplo: alguien los insultó y ellos desvían intencionalmente la atención para evitar confrontaciones en donde podrían perder el control.

Otra explicación podría ser modificar el tratamiento dando más énfasis a la distinción de situaciones donde podría ser efectiva esta estrategia y donde es necesario evitarla.

e) Bienestar Psicológico



A través de esta gráfica observamos las puntuaciones T antes y después de recibir el tratamiento. La mayoría de las puntuaciones T en el pretest son bajas ($T \leq 39$ ó menos), lo que nos indica que 10 de los 11 pacientes en el pretest obtuvieron niveles bajos de bienestar psicológico. Uno de los pacientes mostró una puntuación T de 42, lo que lo ubica en un nivel de satisfacción psicológica medio.

En el posttest se observa que 10 de los 11 pacientes mostraron puntuaciones T de 60 ó más, lo que los ubica en niveles altos de bienestar

psicológico. Uno de los pacientes mostró una puntuación T de 54, lo que se interpreta como un nivel medio de bienestar psicológico.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

Cuadro V. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	31,36363636	53,36363636
Desviación estándar	3,10717644	4,47823017
Observaciones	11	11
Grados de libertad	10	
Estadístico t	-15,14868835	
Valor crítico de t (una cola)	1,812461505	

La regla de decisión es: se rechaza H_0 si $t_o < t_c = -1.812$.

Como la t obtenida de -15.148 es menor que la t crítica de -1.812 existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto, podemos decir que los grupos no son iguales antes y después de recibir el tratamiento, el grupo obtuvo mayor bienestar psicológico después de recibir el tratamiento comparado con antes de haberlo recibido.

❖ **Análisis e interpretación de los resultados: Bienestar Psicológico**

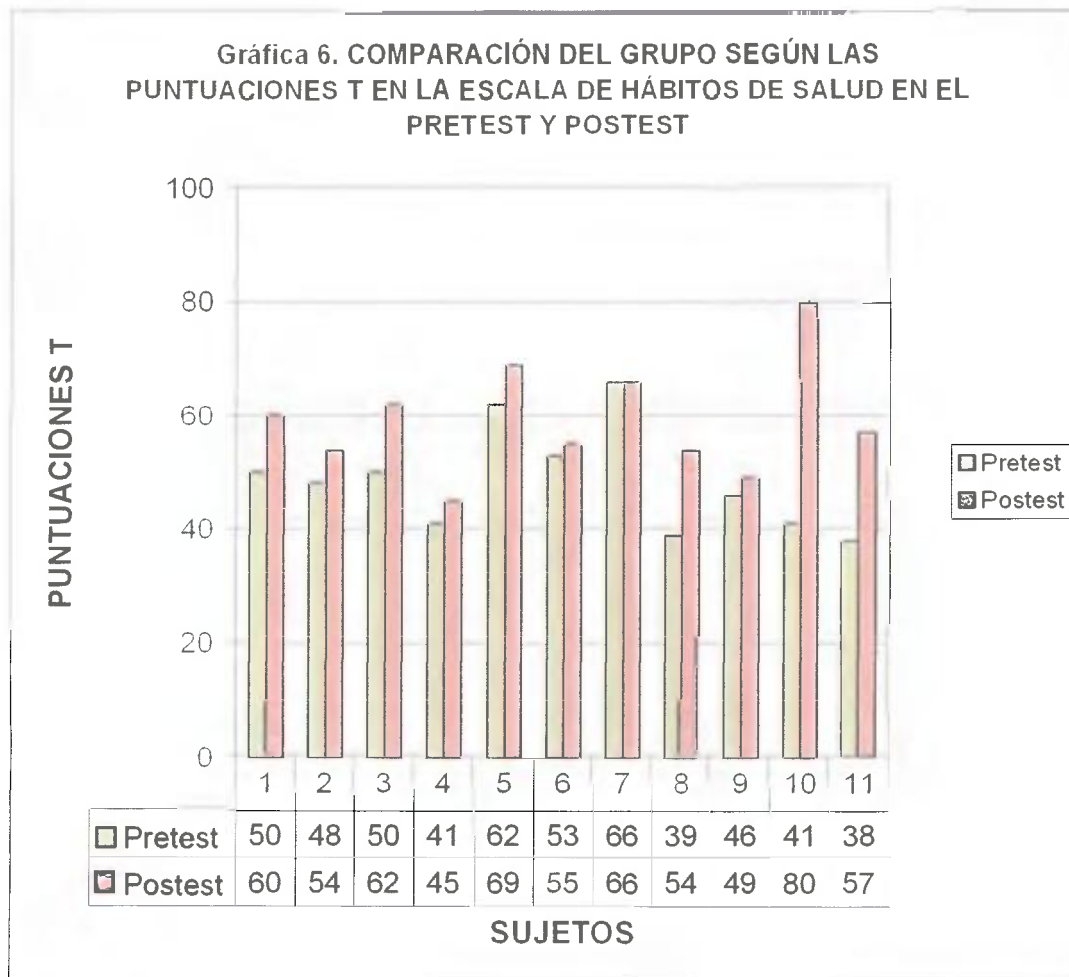
Las puntuaciones T y la media aumentaron en el posttest .

Las puntuaciones T muestran como en el posttest 10 de los 11 pacientes tenían un nivel alto de bienestar psicológico y uno de ellos presentó un nivel medio de bienestar psicológico después del tratamiento. Los pacientes, después de recibir el tratamiento, mostraron sentirse más felices, más satisfechos consigo mismo y con los demás, se perciben a sí mismo como capaces de disfrutar de la vida. En cambio, antes del tratamiento mostraron, a través de esta escala, que 10 de los 11 pacientes tenían niveles de bienestar psicológico bajos. Lo que indica que antes de recibir el tratamiento no se percibían a sí mismo como capaces de disfrutar la vida, mostraban baja satisfacción personal y con los demás.

La prueba t indica que hay suficiente evidencia estadística para señalar que las medias del pretest y posttest son diferentes. Se sustenta la hipótesis alterna que nos dice que los niveles de bienestar psicológicos aumentaron después del tratamiento.

Esto nos indica que los pacientes, a través del tratamiento, obtuvieron mayor bienestar psicológico, esto incluye: mayor satisfacción general con su vida, relajación, calma, sentido de placer, estimulación, confianza, sentido de compromiso.

f) Hábitos de Salud



Esta gráfica nos muestra las puntuaciones T obtenida por los sujetos de la investigación en el pretest y posttest en la Escala de Hábitos de Salud.

Se observa que en el pretest dos pacientes mostraron niveles bajos de hábitos de salud ($T = 39$ y $T = 30$). Siete mostraron niveles medios ($T = 40 - 59$) y dos pacientes niveles altos ($T = 60$ ó más).

En el postest obtuvieron cinco pacientes niveles altos de hábitos de salud ($T = 60$ ó más) y seis obtuvieron niveles medios ($T = 40 - 59$). Ningún paciente mostró niveles bajos de hábitos de salud ($T = 39$ ó menos).

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

Cuadro VI. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE HÁBITOS DE SALUD

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>
Media	88,27272727	98,90909091
Desviación estándar	8,88921717	9,35365752
Observaciones	11	11
Grados de libertad	10	
Estadístico t	-3,185280592	
Valor crítico de t (una cola)	1,812461505	

La regla de decisión es: se rechaza H_0 si $t_o < t_c = -1.812$.

La t obtenida de -3.185 menor a la t crítica de -1.812 nos indica que hay suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y sustentar la hipótesis alterna. Los hábitos de salud son mejores después de recibir el tratamiento que antes de haberlo recibido.

❖ **Análisis e interpretación de los resultados: Hábitos de Salud**

Las puntuaciones T y las medias en esta escala señalan un aumento en relación a los hábitos de salud.

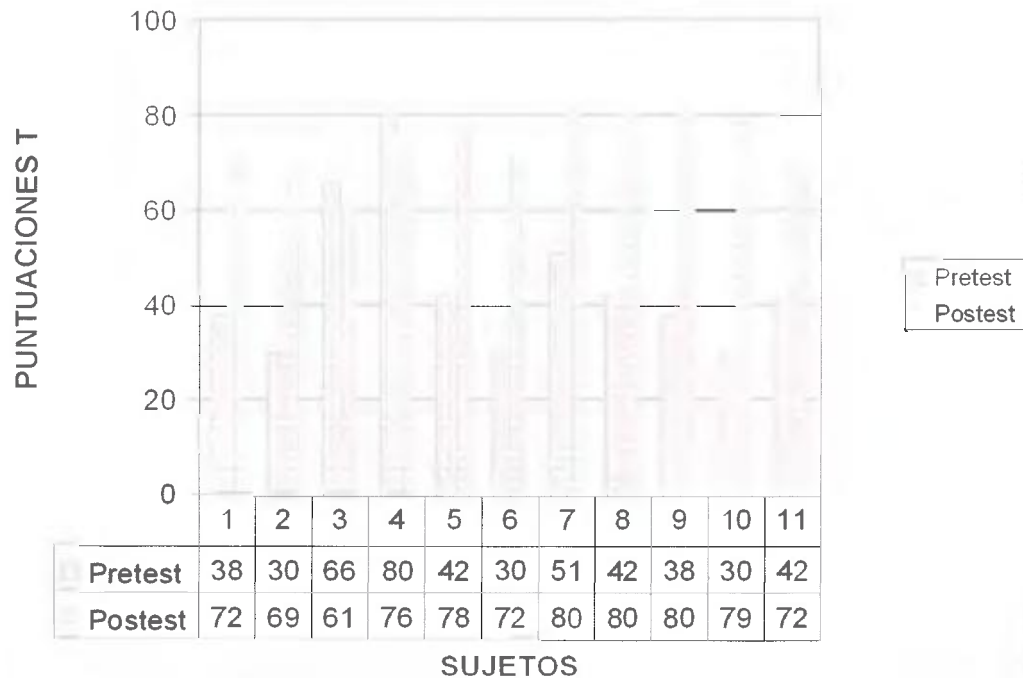
Las puntuaciones T nos indican que, en el pretest, dos de los pacientes obtuvieron niveles bajos, dos niveles altos y siete niveles promedio, en cambio en el posttest ningún paciente mostró niveles bajos, seis mostraron niveles medios y seis niveles altos de hábitos de salud. Esto nos señala que, después del tratamiento, los pacientes estaban practicando mejores hábitos de salud en relación a la alimentación, descanso, ejercicio y conductas preventivas después del tratamiento. El tratamiento ayudó a estos pacientes a mejorar los hábitos de salud, según los resultados en esta prueba.

La prueba t nos indica que hay suficiente evidencia estadística para sustentar que la diferencia entre las medias es significativa y de que el grupo mejoró sus hábitos de salud después de recibir el tratamiento.

En este grupo, podemos suponer que, el tratamiento ayudó a que los hábitos de descanso, alimentación, ejercicio, mejoraran.

g) Concentración en el Problema

Gráfica 7. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES T EN LA ESCALA DE CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA EN EL PRETEST Y POSTEST



Esta gráfica nos presenta las puntuaciones T de los sujetos en el pretest y posttest.

Observamos que en el pretest cinco de los 11 pacientes mostraron un uso poco frecuente de este estilo de afrontamiento ($T = 39$ ó menos).

Cuatro de los pacientes mostraron un uso medio ($T = 40$ a 59) y dos de los pacientes reportaron utilizar esta estrategia frecuentemente.

En el postest los 11 pacientes mostraron un uso frecuente de esta estrategia para enfrentar el estrés.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

Cuadro VII. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>
Media	12,81818182	20,18181818
Desviación estándar	4.68653778	2.85720779
Observaciones	11	11
Grados de libertad	10	
Estadístico t	-4,148666962	
Valor crítico de t (una cola)	1,812461505	

La regla de decisión es: se rechaza H_0 si $t_o < t_c = -1.812$.

La t obtenida de -4.148 menor a la t crítica de -1.812 nos indica que hay suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y sustentar la hipótesis alterna. El grupo utiliza con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de concentración en el problema después de recibir el tratamiento.

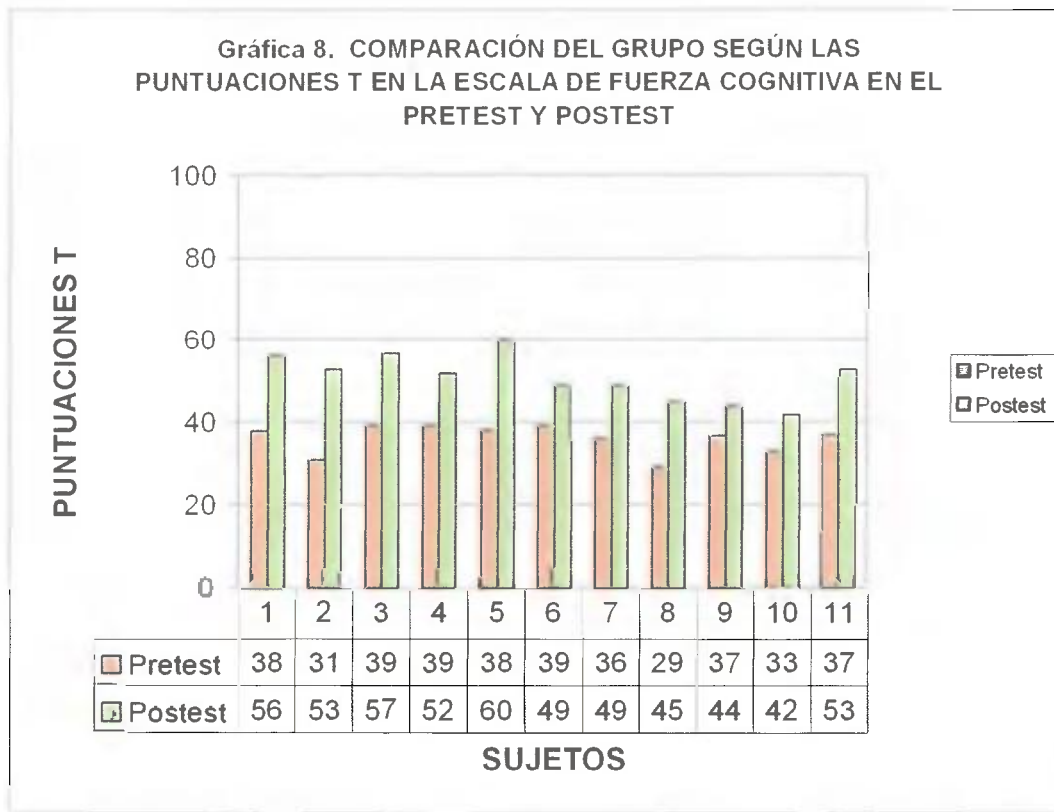
❖ **Análisis e interpretación de los resultados: Concentración en el Problema**

Las puntuaciones T y las medias del grupo, antes y después de recibir el tratamiento, son diferentes, son más altas después de recibir el tratamiento.

Las puntuaciones T indican que todo el grupo, después del tratamiento, mostró un uso frecuente de la concentración en el problema en su repertorio de estrategias para manejar el estrés.

La prueba t nos indica que sí existe suficiente evidencia estadística para señalar que las medias son significativamente diferentes. Se sustenta la hipótesis alterna que señala que, después del tratamiento, los pacientes usarían con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de concentración en el problema, en otras palabras, los pacientes aprendieron, a través del programa, a desarrollar un plan de acción para enfrentar una situación en particular en la cual era necesario cambiar conductas o la misma situación.

h) Fuerza Cognitiva



Esta gráfica nos muestra las puntuaciones T en el pretest y posttest de los sujetos de la investigación.

Se observa que las puntuaciones T en el pretest están todas en puntuaciones T de 39 ó menos, lo que nos indica una pobre fuerza cognitiva .

En el posttest todas las puntuaciones T aumentaron ($T = 40$ ó más), lo que indica que la mayoría de los pacientes en el posttest mostraban fuerza cognitiva moderada. Uno de los pacientes mostró alta fuerza cognitiva.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

Cuadro VIII. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE FUERZA COGNITIVA

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	86,72727273	107,5454545
Varianza	29,41818182	49,27272727
Observaciones	11	11
Grados de libertad	10	
Estadístico t	-10,34305488	
Valor crítico de t (una cola)	1,812461505	

La regla de decisión es: se rechaza H_0 si $t_o < t_c = -1.812$

La t obtenida de -10.343 es menor que la t crítica de -1.812 . Por lo tanto podemos rechazar la hipótesis nula y sustentamos nuestra hipótesis alterna. El grupo presentó mayor fuerza cognitiva después de recibir el tratamiento.

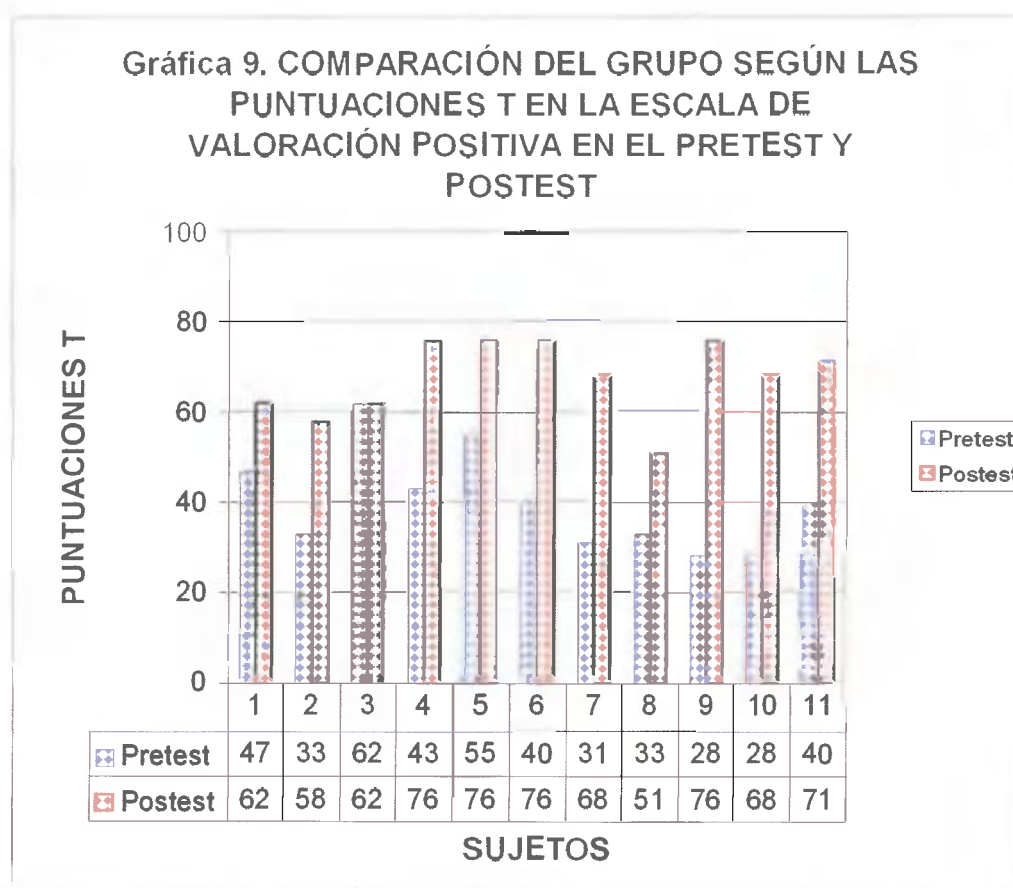
❖ **Análisis e interpretación de los resultados: Fuerza Cognitiva.**

Las puntuaciones T y las medias de los sujetos de investigación, antes y después de recibir el tratamiento, son diferentes, son más elevadas después de recibir el tratamiento.

Las puntuaciones T nos señalan que los pacientes pasaron de obtener puntuaciones que los ubicaban en niveles de baja fuerza cognitiva en el pretest a puntuaciones que los ubican en niveles de fuerza cognitiva medias y elevadas.

La prueba t indica que sí hay suficiente evidencia estadística para determinar que las medias son significativamente diferentes y que podemos sustentar nuestra hipótesis alterna que nos dice que los sujetos tendrían mayor fuerza cognitiva después del tratamiento. Esto nos indica que el grupo mejoró sus atribuciones, actitudes, pensamientos y creencias sobre sí mismo, los otros y el mundo en general. Los sujetos mejoraron la forma de evaluar los acontecimientos, pasaron de sentirse amenazados, alienados con algunos sucesos de la vida, a sentirse más optimistas y con más autocontrol sobre ellos.

i) Valoración Positiva



En esta gráfica observamos las puntuaciones T obtenidas por los pacientes en el pretest y posttest.

Observamos que en el pretest cinco pacientes obtuvieron puntuaciones T de 39 ó menos, lo que nos indica un uso poco frecuente de valoración positiva, cinco de los pacientes mostraron una puntuación T promedio (T= 40-59) lo que indica un uso moderado o medio de la valoración positiva y uno de ellos obtuvo una T de 62 que indica un uso frecuente de esta valoración.

En el postest nueve de los 11 pacientes mostraron, a través de la escala, que utilizaban la valoración positiva frecuentemente y dos de los 11 reportaron utilizar esta valoración moderadamente.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

Cuadro IX. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE VALORACIÓN POSITIVA

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>
Media	13,81818182	22,09090909
Desviación estándar	3,25017482	2,8090762
Observaciones	11	11
Grados de libertad	10	
Estadístico t	-6,5	
Valor crítico de t (una cola)	1,812461505	

La regla de decisión es: se rechaza H_0 si $t_o < t_c = -1.812$

La t obtenida de -6.5 es menor que la t crítica de -1.812. Por lo tanto podemos rechazar la hipótesis nula y sustentamos nuestra hipótesis alterna. El grupo aumentó el uso de la valoración positiva después de recibir el tratamiento.

❖ **Análisis e interpretación de los resultados: Valoración Positiva**

Las puntuaciones T y las medias en el pretest y postest son diferentes, aumentaron en el postest.

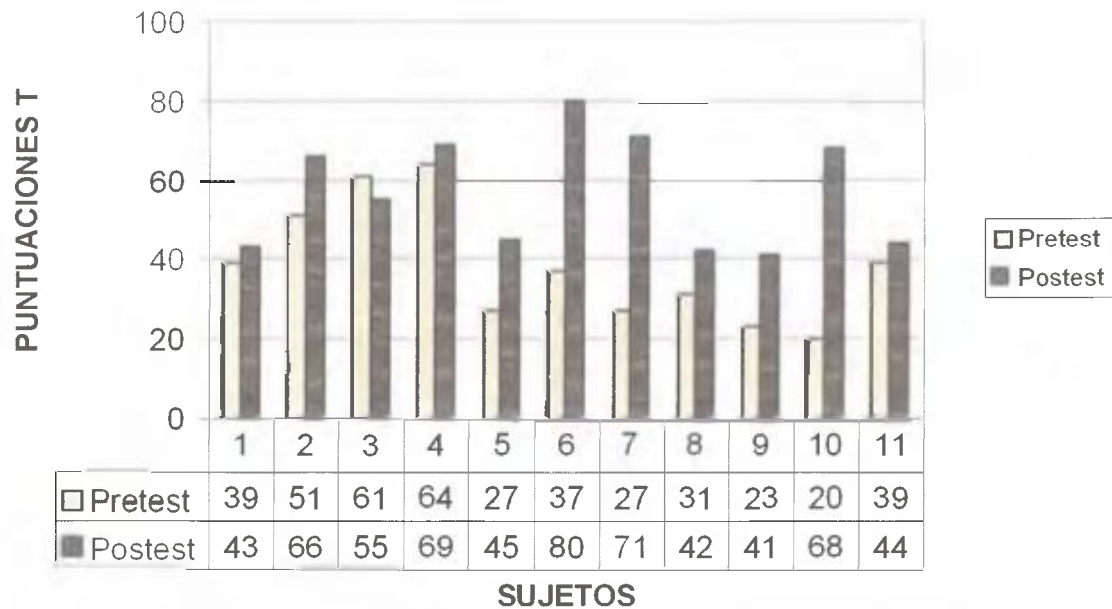
Las puntuaciones T indican que antes del tratamiento utilizaban la valoración positiva poco y moderada, sólo un caso la utilizaba frecuentemente. Después del tratamiento, 10 de los 11 pacientes, utilizaban la valoración positiva y uno de ellos la utilizaba medio o moderada.

La prueba t señala que hay suficiente evidencia estadística que nos indica que las medias son significativamente diferentes y por lo tanto se sustenta la hipótesis alterna. Podemos suponer que el tratamiento fue efectivo en relación a la valoración positiva.

Los sujetos utilizaron con mayor frecuencia la valoración positiva después de recibir el tratamiento. Los pacientes utilizan, después del tratamiento, con mayor frecuencia la concentración en los aspectos positivos de una situación, la búsqueda de alternativas más asertivas y mejores para evaluar y solucionar un problema.

j) Red de Apoyo Social

Gráfica 10. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES T EN LA ESCALA DE RED DE APOYO SOCIAL EN EL PRETEST Y POSTEST



Esta gráfica nos muestra las puntuaciones T de los pacientes antes y después de recibir el tratamiento.

Observamos que en el pretest ocho de los 11 pacientes obtuvieron puntuaciones T de 39 ó menos, lo que indica que tienden a experimentar menor satisfacción con respecto a la calidad y cantidad de su red de apoyo social.

Las puntuaciones en el posttest son todas más elevadas, seis de los pacientes obtuvieron puntuaciones T medias ($T = 40-59$); cinco de los 11 sujetos mostraron puntuaciones T altas ($T = 60$ ó más).

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

Cuadro X. PRUEBA t PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE RED DE APOYO

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	38,54545455	56,54545455
Desviación estándar	13,7066673	12,5089059
Observaciones	11	11
Grados de libertad	10	
Estadístico t	-3,610518649	
Valor crítico de t (una cola)	1,812461505	

La regla de decisión es: se rechaza H_0 si $t_o < t_c = -1.812$

La t obtenida de -3.610 es menor que la t crítica de -1.812 . Por lo tanto podemos rechazar la hipótesis nula y sustentamos nuestra hipótesis alterna. La percepción de apoyo social aumentó después del tratamiento.

❖ **Análisis e interpretación de los resultados: Red de Apoyo Social**

Las puntuaciones T y las medias son diferentes antes y después de recibir el tratamiento, aumentaron después del tratamiento.

Las puntuaciones T aumentaron después del tratamiento. Los pacientes tenían percepciones de mejor cantidad y calidad de red de apoyo social después del tratamiento, comparados con antes de haberlo recibido.

La prueba t señala que existe suficiente evidencia estadística para indicar que las medias son significativamente diferentes. El grupo percibe mayor apoyo social después del tratamiento. Al parecer el tratamiento los ayudó a percibir y sentir que hay personas en su medio con quien ellos pueden contar o que pueden entenderlos en un momento dado.

k) Adaptación y Mejoría Clínica Global del Paciente Diabético

CUADRO XI. PUNTAJES DE LA ESCALA DE ADAPTACIÓN Y MEJORÍA CLÍNICA GLOBAL DEL PACIENTE DIABÉTICO

Sujetos	Pretest	Postest
1	31-70	71-100
2	31-70	71-100
3	31-70	71-100
4	31-70	71-100
5	31-70	71-100
6	31-70	71-100
7	31-70	71-100
8	31-70	71-100
9	31-70	71-100
10	31-70	71-100
11	31-70	71-100

Observamos en este cuadro que los pacientes pasaron de una puntuación de 31-70 en el pretest a puntuaciones de 71-100 en el posttest.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas estadísticas:

El valor que aparece en la tabla de distribución binomial para $n = 11$ y p y $q = .50$ es $.006 < 0.05$ (alfa), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se sustenta la hipótesis alterna que nos señala que el grupo es diferente antes versus después del tratamiento, el grupo mejoró en relación a la adaptación y mejoría clínica como pacientes diabéticos.

❖ Análisis e interpretación de los resultados: Adaptación y Mejoría Clínica Global del Paciente Diabético

Las puntuaciones y la prueba estadística en esta escala nos indican que el grupo mejoró su adaptación y mejoría clínica como paciente diabético. Podemos inferir que el tratamiento ayudó a que estos pacientes llevaran mejor sus controles alimenticios, práctica de ejercicios, controles médicos, participación en programas para ayudarlos en el manejo de su enfermedad.

❖ **Análisis integrativo de los resultados**

Observamos que, a través de un programa cognitivo conductual, podemos ayudar al paciente diabético con estrés y ansiedad, a mejorar esos estados y así, contribuir a mitigar los efectos de éstos sobre el curso de la enfermedad. No debemos olvidar que el paciente diabético debe afrontar una serie de situaciones, tales como: planes de alimentación, planes de ejercicios, modificaciones de estilo de vida, utilización de por vida de medicamentos o el uso de inyecciones (en los casos en que sea necesario), citas médicas periódicas, exámenes regulares de azúcar en sangre u orina, como también, tiene que ajustarse a la serie de situaciones propias de la vida cotidiana.

Los resultados nos señalan que podemos suponer que el programa cognitivo conductual nos permitió ayudar a estos pacientes en el aprendizaje acerca de la relevancia que tienen sus pensamientos y sus interpretaciones de las situaciones y en el manejo de su estrés y de su ansiedad. El paciente realizó cambios en sus valoraciones y estilos de afrontamiento. Pasó de la utilización de valoraciones negativas, catastróficas de las situaciones, a la utilización de valoraciones positivas y asertivas.

Podemos inferir que el tratamiento ayudó a estos pacientes a tener mayor fuerza cognitiva y bienestar psicológico. Los sujetos mejoraron su forma de evaluar los acontecimientos, de peligrosos y preocupantes pasaron a evaluarlos con más optimismo y con mayor control. El mejoramiento en su

bienestar psicológico se refiere al cambio que reflejan en las pruebas a través de los resultados.

Las situaciones de insatisfacción con su vida, la escasa relajación y la limitada confianza en sí mismo, fueron sustituidas por mayor satisfacción, mayor confianza, como también, lograron sentirse más relajados y calmados.

Inferimos que el paciente diabético de esta investigación aprendió, a través del tratamiento, estilos de afrontamiento más adaptativos en las diferentes situaciones. Aprendió a utilizar la concentración en el problema como un estilo de afrontamiento, la revaloración positiva y la relajación.

Mejoraron los hábitos alimenticios y la adaptación y mejoría clínica global, como pacientes diabéticos. Al trabajar, desde la primera sesión, sobre la importancia que implica la adherencia al tratamiento, como también el afrontar la enfermedad y sus cuidados de forma más asertiva, se fueron modificando sus cogniciones negativas y catastróficas hacia él mismo, adquiriéndose mayor percepción de control de sus facultades para mejorarlas. El paciente diabético aprendió que sí se puede controlar su enfermedad y que puede, con frases asertivas, decir que no, o rechazar peticiones que podrían constituir un peligro para su salud.

También se concluye que, a través del programa, de una forma directa o indirecta, puede cambiar su percepción en la red de apoyo social.

Todas las variables utilizadas para esta investigación actúan sobre el individuo como un todo. Lazarus (2000) nos señala la importancia de la

valoración, de los estilos de afrontamiento, de la red de apoyo social, sobre el estrés, la emoción y la ansiedad y cómo éstos, a su vez, afectan los estados de salud – enfermedad, y en el caso particular de la diabetes, sobre el curso de la misma.

CONCLUSIONES

Después de realizar el presente trabajo y conocer los resultados, se deducen algunas conclusiones, que vienen a ser respuestas a la tarea propuesta, las cuales se describen a continuación:

- ❖ Se infiere que el tratamiento cognitivo conductual en grupo, aplicado en esta investigación, pareciera haber sido efectivo para que los pacientes diabéticos disminuyeran sus niveles de estrés, de ansiedad y la frecuencia en el uso de valoraciones negativas, obtuvieran mayor bienestar psicológico, mayor fuerza cognitiva, mejoraran sus hábitos de salud, utilizaran con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de concentración en el problema, las valoraciones positivas, obtuvieran mayor y mejor percepción de apoyo social y mejor adaptación y mejoría clínica global como paciente diabético.

Estos resultados muestran la relevancia de algunos planteamientos de R. Lazarus (2000) y de otros teóricos cognitivos-conductuales que nos señalan cómo están relacionadas las valoraciones negativas, positivas y la fuerza cognitiva (pensamientos, creencias sobre nosotros, el mundo y los otros), con el estrés y con las emociones que experimentamos. En esta evaluación observamos que los sujetos tenían estrés, ansiedad, frecuente uso de valoraciones negativas y que la fuerza cognitiva era baja

antes del tratamiento. El tratamiento cognitivo-conductual, brindado a los pacientes, enfatizó en que el individuo lograra reconocer sus pensamientos disfuncionales y pudiera tener herramientas para modificarlos.

En el posttest se redujeron los niveles de ansiedad y de estrés, como también el uso de valoraciones negativas. Se magnificó el uso de valoraciones positivas, resolución de problemas y la fuerza cognitiva aumentó. La modificación del pensamiento ayudó a estos pacientes a obtener mejoría en sus niveles de estrés, de ansiedad y comportamientos con relación a su salud.

Las teorías de Lazarus, en estrecha relación con los planteamientos de Beck y Ellis, sobre el estrés y las emociones, sustentan que son las valoraciones de una situación las que determinan si la persona se estresa, se pone ansiosa o no. Que no es la situación en sí, sino lo que se piensa de ella. Plantea Lazarus, que es necesario modificar esas valoraciones amenazantes, negativas, catastróficas por otras más funcionales o asertivas.

Por lo tanto, en este tratamiento se trabajó principalmente la reestructuración cognitiva. En que el paciente aprendiera que sus pensamientos evaluativos disfuncionales causaban sus estados de estrés y ansiedad. Se trabajó en los estilos de afrontamiento, enfatizando en la reestructuración de pensamientos, en los pensamientos positivos, en la

concentración en el problema, en la disminución de las valoraciones negativas, en la disminución de la minimización de la amenaza en relación a los cuidados de su salud.

❖ No se evidenciaron cambios después del tratamiento con relación al uso de la minimización de la amenaza. Aun cuando se trabajó en la importancia de que ellos no continuaran utilizando, la minimización de la amenaza tan frecuentemente, los pacientes reportaron en el posttest que no dejaron de hacerlo. Prefieren evadir los problemas, no pensar en ellos, minimizar su relevancia, lo que podría representar un riesgo poderoso para su condición de diabéticos. Consideramos que esta falta de variación, en esta variable, puede deberse a una falla en el programa. Probablemente se necesitaban más sesiones para enseñarlos a discriminar, con mayor claridad, cuándo es o no, adecuado el uso de esta estrategia.

❖ Aún cuando obtuvimos evidencia estadística para determinar que las medias del grupo eran significativamente diferentes antes y después del tratamiento en 10 de las 11 variables dependientes, y por lo tanto pudimos sustentar 10 de las 11 hipótesis alternas, observamos, a través de la interpretación de las escalas de estrés y ansiedad, que sí mejoraron, pero que la mayoría continuó mostrando niveles leves de ansiedad y niveles medios o moderados de estrés.

- ❖ Los resultados obtenidos en esta investigación fueron evaluados inmediatamente después del término del tratamiento, o sea, a corto plazo, por lo tanto la mejoría reflejada a través de los resultados en las pruebas de estos pacientes debe ser considerada como una mejoría en ese espacio de tiempo.
- ❖ El diseño de investigación utilizado para la realización de este trabajo tiene muchas limitaciones, ya que el grado de control es mínimo, por lo tanto, los resultados obtenidos no tienen el mismo rigor científico que los diseños cuasiexperimentales o experimentales.

RECOMENDACIONES

En virtud de las conclusiones expuestas, surgen una serie de recomendaciones como complemento y operatividad potencial de aquellas, las cuales se detallan a continuación:

- ❖ Continuar brindando este tipo de tratamiento psicológico a pacientes diabéticos , ya que esta investigación ha aportado datos teóricos y prácticos que sustentan lo provechoso que ha sido para un grupo de personas que padecen esta enfermedad.
- ❖ Reestructurar las sesiones del programa, incluir, al menos dos sesiones más, con el objetivo de trabajar, con mayor énfasis, el estilo de afrontamiento de minimización de la amenaza. Esta fue una variable que no cambió. Es fundamental para ellos que esta estrategia de afrontamiento esté clara, sobre todo en lo relacionado con su enfermedad. El paciente diabético no puede minimizar las consecuencias de un mal cuidado de su enfermedad.
- ❖ Revisar el programa, incluir más sesiones, hacer un seguimiento de él, continuar con la evaluación de sus resultados e introducir las modificaciones necesarias. Un programa de tratamiento debe ser evaluado constantemente, con el propósito de detectar las fallas, para facilitar el mejoramiento de los métodos y de las técnicas.

- ❖ Realizar un control de los resultados del programa en períodos comprendidos entre los tres meses, seis meses y un año, con el propósito de evaluar, a largo plazo, sus efectos en los pacientes.
- ❖ Realizar una investigación, con un diseño experimental o cuasiexperimental, que incluya selección de muestras al azar, con grupo control, con el propósito de que los resultados que arroje la investigación sean más rigurosos.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

I. LIBROS

- ANTÓN, D. M., MÉNDEZ C., F. J. y OLIVARES R., J. 1999. Intervención Psicológica Programas Aplicados de Tratamiento. Pirámides, S. A. Madrid, España. 387 pàgs.
- ARON, A., ARON, E. N. 2001. Estadística para Psicología. 1ª Edición. Editorial Prentice Hall. 704 pàgs.
- BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F. 1997. Manual de Psicopatología. McGraw – Hill Interamericana, España. Volumen 1 1,613 pàgs., Vol. 2, 796 pàgs.
- BERNSTEIN, D. A., y NIETZEL, M. T. 2002. Introducción a la Psicología Clínica. McGraw-Hill, España, 662 pàgs.
- BECK, A., ENGLER, B. 1996. Introducción a las Teorías de la Personalidad. 4ta. Edición. Editorial McGraw-Hill, México, D. F. 558 pàgs.
- BECK, J. 2000. Terapia Cognitiva y Conceptos Básicos y Profundización. Editorial Gedisa, España. 395 pàgs.
- BOBES, J., PORTILLA, M., BASCARÁN M., SÁIZ, P., BOUSOÑO, M. 2002. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 2ª. Ed. Psiquiatría Editores, S.L., España. 142 pàgs.
- CABALLO, V. E. 1997. Manual para el Tratamiento Cognitivo – Conductual de los Trastornos Psicológicos. 1ª. Edición. Siglo XXI, España Editores, S.A., Madrid. 750 pàgs.
- CAMPOS, B. 2003. Introducción a la Psicología Clínica. McGraw-Hill, México. 561 pàgs.
- CLONINGER, S. C. 2003. Teorías de la Personalidad. 3ª. Edición. Editorial Prentice Hall, México, D. F. 568 pàgs.
- COHEN, R. J. y SWERDLIK, M. E. 2001. 4ta. Edición. Pruebas y Evaluación Psicológicas. Introducción a las Pruebas y a la Medición. McGraw-Hill Interamericana, México. 807 pàgs.

- COMPAS, B. y GOTLID, I. H. 2002. Introducción a la Psicología Clínica. McGraw-Hill. México. 561 págs. (281-471).
- CULLARI, S. 2001. Fundamentos de Psicología Clínica. 1ª. Edición. Pearson Educación, México. 480 págs.
- ELLIS, A. y DRYDEN, W. 1989. Práctica de la Terapia Racional Emotiva. 1ª. Edición. Editorial Decclée de Brouwen, S.A., España. 242 págs.
- ENGLER, B. 1996. Introducción a las Teorías de la Personalidad. 4ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill. México. 558 págs.
- ENNIS, E. D., KREISBERG, R. A. 2000. Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar Syndrome. Págs. 336, 340.
- ENNIS, E. D., KREISBERG, R. A. 2000. Psychological Misconceptions. Conflictos con la imagen corporal, y la consecuente alteración en las mujeres de alto riesgo de una descompensación diabética. Págs. 336, 340.
- FELDMAN, R. 2002. Psicologías: Con Aplicaciones en Países de Habla Hispana. 4ta. Edición. McGraw-Hill, México, 757 págs.
- GARDNER, R. Estadística para Psicología. 2003. Editorial Pearson Educación. México. 307 págs.
- HALGIN, R. y KRAUSS, S. 2004. Psicología de la Anormalidad. Perspectivas Clínicas sobre Desórdenes Psicológicos. 4ta. Edición. McGraw- Hill, Interamericana Editores, S.A., México. 666 págs.
- HERNÁNDEZ S, R., FERNÁNDEZ C., C., y BAPTISTA L., P. 1985. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill, México, 501 págs.
- KANTOWITZ, B. H. 2001. Psicología Experimental: Cómo Entender las Investigaciones Psicológicas. 7ª. Edición. Thomson Editores. México. 597 págs.
- KAPLAN, H. I. M. D., SADOCK, B. J. M. D. 1983. Comprehensive Group Psychotherapy. 2ª. Edición. Editorial Williams and Wilkins, Londres, Baltimore, 375 págs.
- KAZDIN, A. E. 2001. Métodos de Investigación en Psicología Clínica. 3ª. Edición. Prentice Hall, México. 524 págs.

- KERLINGER, F., y LEE H. B. 2002. Investigación del Comportamiento. 4ta. Edición. McGraw Hill, México. 850 págs.
- KOLB, L. C. y H. KEITH B. 1988. Psiquiatría Clínica, Tr. Por Víctor Ángel De La Garza E. 10ª Edición. Nueva Editorial Interamericana, S.A. México. 542 págs.
- LAZARUS, R. S. 1982. La Personalidad y sus Ajustes. 1ª. Edición en Español. Editorial Unión Tipográfica. Editorial Hispanoamericana, México. 214 págs.
- _____. 2000. Estrés y Emoción. Manejo e Implicaciones en nuestra Salud. Editorial Desclee de Brouwer, S. A. España. 327 págs.
- LEÓN, O. A. y MAUTENO, I. 2003. Método de Investigación en Psicología y Educación. 3ª. Edición. McGraw Hill, Madrid. 454 págs.
- LE ROITH, D., TAYLOR, S. I. y OLFSKY, J. M. 2000. Diabetes Mellitus a Fundamental and Clinical Text. 2a. Edición. Editorial Lippincott Williams and Wilkins. 1067 págs.
- LICEA P., M. 1986. Diabetes Mellitus. Editorial Ciencias Médicas, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. MINSAP.
- MADRID, C., J. El Libro de la Diabetes. 2ª. Edición. (s.f.) Editora ARAN, España. 223 págs.
- OLIVARES R., J. 1993. Intervención Conductual en Contextos Comunitarios. Programas Aplicados de Prevención. Ediciones Pirámides, S.A. Madrid, España. 413 págs.
- SIMÓN, M. A. 1993. Psicología de la Salud. Ediciones Pirámide. Madrid, España. 223 págs.
- STEIN, J. H. Medicina Interna. Tomo II. Editorial Salvat. España. 2064 págs. (1883-1909).
- STEPHEN, W. 1998. Psicología, Fundamento y Aplicación. 5ta. Edición. Prentice-Hall, España. 751 págs.
- ZUBIZARRETA G., A. 1994. La Aventura del Trabajo Intelectual. 3ª. Edición. Fondo Interamericano, S. A., México. 114 págs.

II. PUBLICACIONES

Aventis Pharma. 2002-2003. Se le ha diagnosticado Diabetes, N° 1, Controle la Diabetes, N° 2. Tomando el Control N° 3, Diabetes bajo Control, N° 4, Guatemala, S.A.

DE LEÓN, Ovidio, Modelos Teóricos en la Educación del Paciente Crónico en el Caso de la Diabetes. Archivos de Psiquiatría del Hospital Santo Tomás, Vol I. N° 2, Panamá, enero de 1987.

DESG Teaching Letters, Número 10, Cómo Motivar al Paciente Diabético, Vality Paint, Guatemala. Diciembre, 1998.

Diabetografía. (s.f.) Publicación Médica Internacional. Laboratorios Servier, N° 27.

PADILLA V., G., ARAÚZ H., A. G. y SÁNCHEZ H., G. 2002. Guía para la Enseñanza en Diabetes Mellitus: Primer Nivel de Atención en Salud. Inciensa, San José, Costa Rica. Caja Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. 75 págs.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. 1999. Ortografía de la Lengua Española. Editorial Espasa Calpe, S. A. Madrid. 162 págs.

Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. 1999. Volumen VII, N° 4.

III. MEMORIAS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA, Harvard University, Joslin Diabetes Center, Memorias de las Conferencias del IV Curso Panamericano para Graduados, Diabetes Mellitus en Medicina General, San José, Costa Rica, Litografía e Impresora LIL, S.A. 1982.

IV. TESIS

BARRIOS P., M. I. 1992. Evaluación del Programa Educativo para Pacientes Diabéticos del Hospital Santo Tomás. USMA., Panamá. Facultad de Humanidades, Ciencias Religiosas y Ciencias Sociales.

Escuela de Psicología. Tesis de Licenciatura, Director: Psicóloga Elida Picota de Tapia.

HOMSANY GATENO, E. 1989. Desarrollo de la Escala de Ajuste para Pacientes Diabéticos y Fiabilidad del Instrumento. U.S.M.A., Panamá. Facultad de Ciencias Sociales. Tesis de Licenciatura. Director: Ovidio De León.

MADRID FLORES, I. 2000. Intervención Terapéutica en Niños con Depresión. Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado. Panamá. Maestría en Psicología Clínica.

V. MANUALES

BERKOW, R. (Director Editorial). 1994. El Manual Merck. 9ª. Edición. Edición Española Mosby/Doyma Libros. 3122 págs.

DSM-IV. 1994. La Entrevista Clínica. Tomo I. Fundamentos, de Ekkehard Othmer, M.D., Ph. D. y Sieglinde C. Othmer, Ph. D. Editorial MASSON, S.A. 1996. Barcelona España. 499 págs.

DSM-IV. 1996. Manual de Diagnóstico Diferencial. Michael B. First, M.D., Allen Frances, M. D., Harold Alan Pincus, M.D. Editorial MASSON, S.A. Barcelona, España. 261 págs.

DSM-IV-TR. 2001. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. Michael B. First, M.D., Allen Frances, M. D., Harold Alan Pincus, M.D. Editorial MASSON, S.A. Barcelona, España. 1049 págs.

DSM-IV-TR. 2002. Breviario. Criterios Diagnósticos. Editorial MASSON, S.A. Barcelona, España. 347 págs.

NOWACK, K. M. 2002. El Manual Moderno. PhD. Editorial. México, D.C. 840 págs.

Organización Panamericana de la Salud. 1995. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Décima Revisión. Washington, D.C. : OPS. (Publicación científica). Volumen 1. 1175 págs.

RUIZ S., J.; IMBERNÓN, J. y CANO S., J. 1999. Psicoterapia Cognitiva de

Urgencias. 1ª. Edición. ESMD-ÚBEDA. 69 págs.

RUIZ S., J. y CANO S., J. 1992. Manual de Psicoterapia Cognitiva. 184 págs.

VI. FOLLETOS

BETHANCOURT, F. y MADRID, I. La Terapia Cognitiva - Conductual y sus Aplicaciones a la Psicología Clínica. Universidad de Panamá. Facultad de Humanidades. División de Post Grado. Maestría en Psicología Clínica. Abril, 2004.

VII. DICCIONARIOS

DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS. 1980. 11ª. Edic. SALVAT Editores, S. A. Barcelona, España. 1073 págs.

CORRIPIO, Fernando. 1994. Diccionario de Sinónimos y Voces Afines. Editora Espasa-Calpe, Madrid. 1125 págs.

VIII. PROGRAMAS

PROGRAMA DE SALUD DE ADULTOS A NIVEL NACIONAL. C.S.S. 2002. Atención Primaria de Salud. Primer Nivel de Atención. Guías de Atención Parte II. Responsables: Dr. Owens, T., Diminice, L., González, J., Valdés R., J. 131 págs.

PROGRAMA DE SALUD DE ADULTOS A NIVEL NACIONAL. C.S.S. 2001. Guías de Atención. I Parte. Responsables: Dr. Owens, T., Diminice, L., González, P., Rodríguez, J., Valdés R., J.

**MATERIAL DE TRABAJO EN LAS SESIONES
Y TAREAS PARA LA CASA**

Elaborado en base a:

Beck, A. (1996); Beck, J. (2000); Caballo V. (1997);

Lazarus (2000); Simón M. A. (1993)

Componentes de la conducta asertiva

- Contacto visual: Este aspecto se refiere al hecho de hacer o no, contacto visual con las demás personas. Para ser asertivos en este aspecto debemos mirar, tener contacto visual con las personas con las que nos estamos comunicando. El no tener contacto visual con las personas puede transmitir mensajes distorsionados como por ejemplo: que no nos interesa lo que se está diciendo.

- Tono de voz: El tono de voz puede ser suave, alto, bajo, normal. Un tono de voz muy bajo o muy alto puede expresar inseguridad, temor, o por el contrario, disgusto, impaciencia, pudiendo poner al receptor a la defensiva.

Es importante mantener un tono de voz adecuado a la situación.

- Postura: Una postura asertiva puede variar de una situación a otra, pero, en general, se debe mantener el cuerpo erguido, de forma no rígida, tampoco demasiado relajado.

Es importante evitar posturas que evidencian que se está listo para salir corriendo, que está desinteresado o tenso, como por ejemplo; cuando una persona le conversa y usted está sentado en la punta de la silla, listo para levantarse e irse.

- **Expresión facial:** Es importante que nuestra expresión facial sea congruente con nuestro mensaje oral; por ejemplo: cuando decimos que algo no nos gusta y que la situación nos ha hecho sentir muy mal, sin embargo, estamos sonriendo.
- **Tiempo:** Es importante que sepamos reconocer el momento oportuno para hacer o decir alguna cosa. Por más asertiva que sea nuestra postura, expresión facial u oral, si nos precipitamos mucho a manifestarla podemos tener dificultades, por ejemplo: si le vamos a decir algo importante a un amigo, pero en ese instante él está en un momento de crisis, porque tiene un hijo hospitalizado, entonces tendremos que evaluar si es oportuno o no decirle lo que queríamos o no decirle lo que queríamos, o esperar otro momento. La persona asertiva sabe reconocer cuándo es el momento adecuado.
- **Contenido:** El contenido del mensaje no debe tener elementos amenazadores, agresivos, ambiguos, ya que distorsionan el mensaje. La persona asertiva muestra respeto por los demás, por más disgustado que esté.

Ejemplos de conductas de la persona asertiva (Caballo V. (1997))

Actúa y habla en base a la realidad.

Puede expresar opiniones diferentes a las otras personas.

Reconoce sus errores y éxitos.

Sabe tomar decisiones propias.

Respeto los sentimientos de los demás.

Sabe expresar sus afectos.

Tiene control de su conducta.

Rechaza peticiones cuando sea necesario.

Sabe cuando decir que no.

La determinación de la ansiedad en la situación (adaptado de Cotler y Guerra, 1976) en Simón M. A. (1993)

La escala SUDS (<<Unidades Subjetivas de Ansiedad>>) se emplea para comunicar el nivel de ansiedad experimentado de forma subjetiva. Después de responder a cada situación, evalúate empleando la puntuación Sud. Al emplear la escala, evaluarás tu nivel de ansiedad desde 0, completamente relajado, hasta 100, muy nervioso y tenso.

Imagínate que estás completamente relajado y tranquilo. Para algunas personas, esto ocurre mientras descansan o leen un buen libro. Para otras, ocurre mientras están en la playa o se encuentran flotando en el agua. Da una puntuación <<0>> a la manera como te sientes cuando estás lo más relajado posible.

Luego, imagínate una situación en la que tu ansiedad es extrema. Imagina el sentirte extremadamente tenso y nervioso. Quizás en esta situación tus manos se encuentran frías y temblorosas. Puedes sentirte mareado o tembloroso, o puedes sentirte cohibido. Para algunas personas, las ocasiones en las que se sienten más nerviosas son aquellas en las que una persona cercana a ellas ha tenido un accidente; cuando se ejerce una presión excesiva sobre ellos (exámenes, trabajos, etc.); o cuando hablan delante de un grupo. Da una puntuación <<100>> a la manera como te sientes en esa situación.

Ya has identificado los dos puntos extremos de la escala SUDS. Imagina la escala entera (como una regla) que va desde 0 Sud, completamente relajado, hasta 100 Sud, muy nervioso.

0	5	10	15	20	25	30	...	85	90	95	100
Completamente relajado.										Totalmente nervioso	

Tienes ahora el rango entero de la escala para evaluar tu nivel de ansiedad. Para practicar cómo usar esta escala, escribe tu puntuación Sud en este momento.

La puntuación Sud la puedes utilizar para evaluar las situaciones sociales con las que te encuentres en la vida real. El método de relajación que has aprendido te servirá para disminuir tu puntuación en la escala SUDS. La experiencia de altos niveles de ansiedad es desagradable para la mayoría de la gente. Además, la ansiedad puede inhibirte para decir lo que quieres y puede interferir con la forma en que expresas el mensaje.

La cantidad que seas capaz de reducir tu puntuación Sud en cualquier situación dependerá de una serie de factores, incluyendo el nivel de ansiedad que experimentas generalmente, qué puntuación Sud tenías inicialmente, qué tipo de conducta se requiere, y la persona a quien diriges el comentario. No pensamos que tu objetivo sea alcanzar un 0 ó un 5 en todas las situaciones. Tu objetivo será reducir tu nivel de Sud hasta un punto en que te sientas lo suficientemente cómodo/a para expresarte.

Para practicar el empleo de la puntuación Sud, se pueden describir una serie de situaciones. Para cada situación, escucha la descripción de cada escena y luego imagínate que te está sucediendo esa situación. Después de que te imagines la situación, escribe la cantidad de ansiedad (puntuación Sud) que sientes. Cuando te imagines en esa situación, intenta describir cómo te sentirías si estuviera ocurriendo realmente. Finalmente, si estuvieras nervioso/a o tenso/a mientras te imaginas la escena, intenta fijarte en esas partes de tu cuerpo en las que sientes más ansiedad. ¿Sentías el estómago tenso?, ¿sentías un nudo en la garganta?, ¿tenías las manos frías o sudorosas?, ¿te dolía la cabeza?, tenías movimientos nerviosos en los párpados?. Si localizas el área o las áreas en las que te sientes más tenso/a, puedes emplear mejor los ejercicios de relajación

Posibles señales en la expresión de ansiedad o nerviosismo (adaptado de Cotler y Guerra, (1976) en Simón M. A. (1993)

1. Temblor en las rodillas.
2. Brazos rígidos
3. Automanipulaciones (rascarse, frotarse, etc.).
4. Limitación del movimiento de las manos (en los bolsillos, en la espalda, entrelazadas).
5. Temblor en las manos.
6. Sin contacto ocular.
7. Músculos de la cara tensos (muecas, tics, etc.).
8. Cara inexpresiva.
9. Cara pálida.
10. Sonrojo o rubor.
11. Humedecerse los labios.
12. Tragar saliva.
13. Respirar con dificultad.
14. Respirar más despacio o más de prisa.
15. Sudar (cara, manos, sobacos).
16. Gallos en la voz.
17. Tartamudeos o frases entrecortadas.
18. Correr o aligerar el paso.
19. Balancearse.
20. Arrastrar los pies.
21. Despejar la garganta.
22. Boca seca.
23. Dolor o acidez de estómago.
24. Aumento de la frecuencia cardíaca.
25. Balanceo de las piernas/pies cuando se está sentado y con una pierna montada sobre la otra.
26. Morderse las uñas.
27. Morderse los labios.
28. Sentir náuseas.
29. Sentirse mareado.
30. Sentir como si se ahogara.
31. Quedarse inmovilizado.
32. No saber qué decir.

Cómo prepararse para la relajación

Piensa que estás aprendiendo una habilidad, como ir en bicicleta, que luego te ayudará. Procura encontrar un rincón tranquilo, sin demasiados ruidos que te distraigan. Para facilitar la relajación, la habitación debe tener una temperatura ni demasiado calurosa ni demasiado fría y tener una luz tenue. La ropa ha de ser cómoda, que no te apriete. Quítate las gafas, pulseras, etc. Puedes utilizar una cama y situar los brazos y las piernas ligeramente apartados del cuerpo o bien en un sillón cómodo y si es posible con brazos. Asegúrate de que el cuello, los hombros y la espalda queden adecuadamente apoyados. Si durante la relajación te vienen a la mente escenas que te perturban o inquietan, no hagas nada, déjalas pasar. Cierra los ojos.

Respiración

Respirar profundamente, inhalando por la nariz cinco veces profundamente y expirando por la boca, hacia fuera y despacio. Repítelo cinco veces.

Después de estas cinco respiraciones profundas continúa respirando de forma lenta y pausada, a un ritmo normal.

Desde ahora, cada vez que inhales, repite para ti mismo la palabra “quieto” y con cada exhalación la palabra “tranquilo”; nota cómo, al haber permitido que tu cuerpo se afloje, los músculos se relajan.

Sigue repitiendo “quieto” con cada inspiración y “tranquilo” con cada expiración, y con esta repetición, de manera continuada, las palabras aparecen de forma acompasada con el ritmo de tu respiración y la relajación se va haciendo más profunda.

La sensación de bienestar y calma profunda crece y se desarrolla... “quieto”... “tranquilo”...

Continúa relajándote de esta manera un poco más. Mantén los ojos cerrados, pero acompasados, con cada inspiración y expiración continúa repitiendo las palabras “quieto” y “tranquilo”.

Ahora pasaremos a otra etapa de la relajación.

Tensión y relajación musculares

Intentaremos estar atentos a las sensaciones de tensión / distensión de los músculos.

Ahora tensa con fuerza toda la musculatura de tu cuerpo, cada músculo quedará tirante y tenso.

Tensa con fuerza los músculos de:

- Las piernas: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- Los muslos: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- Las nalgas: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- La pelvis: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- El abdomen: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- La espalda: (requiere un poco más de tiempo): tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- El tórax: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- El cuello: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- La mandíbula: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- La frente: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- Los hombros: todo bien tenso... relajar de golpe. Respirar.

Deja escapar la tensión y relájate completamente. Siente el bienestar inmediato. Ésta será toda la tensión que efectuaremos. Ahora pasaremos a otro nivel de la relajación, un nivel mucho más profundo.

Visualización

Piensa en una imagen agradable, una escena creada por ti mismo: una situación, un lugar. Cualquiera que te resulte muy agradable y relajante. Por ejemplo, estar en una playa con el ruido del mar, o en un bosque...

Tómate el tiempo que te haga falta para encontrar la imagen, después utilizarás la misma para relajarte en cualquier lugar. Deja que tu mente divague entre recuerdos y escenas hasta encontrar la imagen.

Ahora imagina claramente la escena, mientras continúas repitiendo las palabras “quieto” y “tranquilo” con cada inspiración y expiración. Realiza las dos cosas a la vez y nota el efecto doblemente calmante que te produce su ejecución.

Ahora trasládate dentro de esta imagen, siéntete parte de ella, hazla tan tuya como te sea posible, y suelta todas las tensiones.

Después, debes permanecer quieto durante unos minutos y, poco a poco, abrir lentamente la conciencia a los sonidos de la habitación y a la sensación del cuerpo, y empezar a incorporarte lentamente, sin ningún movimiento brusco repentino.

CASO

Situación problema: Es el caso de la Señora D., de 48 años, quien se encuentra muy preocupada y ansiosa porque le comunicó el médico que a su esposo le tenían que hacer una operación de la columna, pero que no había riesgos. Ella piensa que la operación va a salir mal, pues, cuando fue a hablar con el médico se pudo percatar que él estaba pensando que ése era un caso muy difícil y las cosas no saldrían bien. Manifiesta que desde hace dos semanas, cuando le dieron la noticia, no ha podido dormir bien, siente palpitaciones, sudoraciones, temblores, las manos le sudan, se siente inquieta, sobresaltada. Señala que no entiende cómo el esposo, quien es el que va a ser operado, esté tan tranquilo y ella está tan angustiada. Tiene una semana sin ir a trabajar, ya que se siente muy cansada y preocupada.

Identifique:

1. La situación: _____

2. Clasifique qué distorsiones cognitivas tiene la Señora D:
Pensamiento todo o nada: _____
Pensamiento catastrófico: _____
Descalificación: _____
Razonamiento emocional: _____
Catalogar: _____
Magnificar o minimizar: _____
Filtro mental: _____
Leer la mente: _____
Sobregeneralización: _____
Personalización: _____
Afirmación del tipo debe: _____
Visión en forma de túnel: _____
3. Identificar las emociones: _____

4. Identificar las reacciones fisiológicas de la Señora D: _____

5. Identificar los compromisos de la Señora D: _____

6. Interrogar cada distorsión cognitiva con la hoja de interrogación de las distorsiones cognitivas de Beck (2000), dadas previamente _____

7. Proponer pensamientos alternativos; para esto también pueden usar la hoja dada previamente: _____

8. Plantear hipótesis sobre nuevas emociones en la señora D: _____

9. Plantear hipótesis sobre nuevas conductas: _____

10. Hipotetizar nuevas reacciones fisiológicas: _____

Lista de posibles pensamientos alternativos (Beck, J. (2000))

- Es desagradable.....pero no catastrófico.
- Las conductas injustas forman parte de la vida. Puedo soportarlas sin reaccionar con ira.
- Preferiría que la situación fuera, pero éste no es el caso y puedo tolerarlo.
- Es difícil pero no insoportable, puedo soportarlo. No es el fin de mi vida.
- Soy normal con puntos fuertes y puntos débiles.
- Todos nos equivocamos. Al hacerlo no quiere decir que somos lo peor.
- Todas las personas se equivocan, al hacerlo no quiere decir que son lo peor.
- Las personas tenemos puntos fuertes y puntos débiles.

Tipos de afrontamiento según Lazarus (2000)

- **Búsqueda de apoyo social:** pedir consejo o ayuda a un amigo, familiar, hablar con alguien que pueda ayudarlo.
- **Escape-evitación:** minimiza la amenaza, espera a que ocurra un milagro, no hace nada o trata de olvidarse de las cosas a través del alcohol, o bromear de la situación problema; desvía su atención del problema, no lo afronta, lo evita.
- **Planificación de solución de un problema:** establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que la situación mejore.
- **Valoración positiva:** la persona piensa positivamente sobre los problemas y cómo resolverlos, piensa que puede soportar la situación, se automotiva a seguir adelante para minimizar el estrés y la ansiedad.
- **Valoración negativa:** se caracteriza por la autculpa, pensamientos catastróficos, pensamientos disfuncionales, desadaptativos, negativos.
- **Revalorización positiva:** volver a evaluar la situación y buscar pensamientos más adaptativos a la situación (Reestructuración cognitiva).

La técnica de resolución de problemas incluye cuatro pasos (Caballo V. (1997))

- a) Definir el problema.
- b) Generar soluciones alternativas.
- c) Tomar una decisión.
- d) Llevarla a la práctica y evaluar la solución.

Identifiquen grupalmente las frases pasivas, agresivas y asertivas (se discuten)

Haré lo que tú quieras.

No me interesa tu opinión.

Deseo estar sola porque necesito pensar.

Ya que insistes, tomaré unos tragos.

Eres un estúpido, ¿cómo me vas a brindar licor?

No estoy de acuerdo con tu punto de vista.

No preguntar nada.

Usted es un inepto e irresponsable.

Eres un estúpido.

Llenar el Formulario de Resolución de Problemas utilizando los problemas siguientes:

Práctica de los ejercicios.

Administración de medicamentos.

Acudir a las citas.

Tomarse los niveles de glucosa.

Ingerir alcohol.

Ignorar los síntomas de su enfermedad.

La alimentación.

Llenar el formulario de resolución de conflictos.

Interrogatorio acerca de pensamientos automáticos (Beck, J. (1993), en Beck, J. (2000))

1. ¿Cuál es la evidencia?
 ¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?
 ¿Cuál es la evidencia en contra?
2. ¿Hay alguna explicación alternativa?
3. ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?
 ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?
 ¿Cuál es la posibilidad más realista?
4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?
 ¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
5. ¿Qué debo hacer al respecto?
- 6 ¿Qué le diría a _____ (un amigo) si estuviese en esta misma situación?

Listado de emociones negativas (Beck, J. (2000))

Triste, abatido, solo, desdichado.

Angustiado, preocupado, temeroso, asustado, tenso.

Enojado, furioso, irritado, molesto.

Avergonzado, embarazado, humillado.

Decepcionado.

Celoso, envidioso.

Culpable.

Herido.

Receloso.

Errores de pensamiento (adaptado de Beck, A.)

Si bien algunos pensamientos automáticos son verdaderos, muchos son falsos o sólo contienen algo de verdad. Los errores típicos del pensamiento son, entre otros:

1. Pensamiento de tipo “todo o nada” (también llamado blanco y negro, polarizado o dicotómico): Usted ve la situación en sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades.
Ejemplo: “Si no soy un triunfador absoluto, soy un fracasado”
2. Pensamiento catastrófico (también llamado adivinación del futuro): Usted predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades.
Ejemplo: “Estaré tan molesto que no podré hacer nada”.
3. Descalificar o dejar de lado lo positivo: Usted considera, de una manera poco razonable, que las experiencias, logros o cualidades no valen nada.
Ejemplo: “Hice bien ese proyecto, pero eso no significa que sea competente. Sólo tuve suerte”.
4. Razonamiento emocional: Usted piensa que algo tiene que ser real porque uno “lo siente” (en realidad lo cree tan firmemente que ignora o deja de lado la evidencia de lo contrario).
Ejemplo: “Sé que hago muchas cosas bien en el trabajo, pero de todos modos me siento un fracasado”

5. Catalogar: Usted se coloca a sí mismo o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas.

Ejemplo: "Soy un perdedor. Él es un inútil".

6. Magnificar/minimizar: Cuando usted se evalúa a sí mismo, a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo.

Ejemplo: "El hecho de que obtuve una calificación mediocre demuestra que soy un inútil. Obtener buenas notas no significa que sea inteligente".

7. Filtro mental: (también denominado abstracción selectiva): Usted presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo.

Ejemplo: "Como me asignaron un puntaje bajo en uno de los ítems de la evaluación, quiere decir que soy un trabajador incapaz (aunque otros ítems de la misma evaluación señalan rendimientos muy buenos)".

8. Leer la mente: Usted cree que sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.

Ejemplo: "Él está pensando que no sé nada sobre este proyecto".

9. Sobregeneralización: Usted llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación.

Ejemplo: "(como me sentí incómodo en esta reunión) quiere decir que no tengo capacidad para hacer amistades".

10. Personalización: Cree que los otros tienen una actitud negativa dirigida hacia usted, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.

Ejemplo: "El técnico fue parco conmigo porque yo hice algo incorrecto".

11. Afirmaciones del tipo "Debo" y "Tengo que" (también llamadas imperativas): Usted tiene una idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobrestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.

Ejemplo: "Es horrible haber cometido ese error. Siempre debo hacer lo mejor que puedo".

12. Visión en forma de túnel: Usted sólo ve los aspectos negativos de una situación.

Ejemplo: "El maestro de mi hijo no hace nada bien. Es crítico, insensible y no sabe enseñar".

- Describa diferentes situaciones y determine si la situación puede o no ser modificada (Beck, J. (2000)).

Situaciones

Pueden ser modificadas

No pueden ser modificadas

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

- Determine en cada situación si puede ser modificada o no puede ser modificada

Situación	Puede ser cambiada	No puede ser cambiada
1. Muerte de un ser querido.	_____	_____
2. Padecer una enfermedad crónica como la diabetes.	_____	_____
3. Seguir la dieta.	_____	_____
4. Ir al médico.	_____	_____
5. Un familiar nos insultó.	_____	_____
6. Nuestro hijo o nuestro nieto se enfermó.	_____	_____
7. El jefe nos insultó.	_____	_____
8. Hacer ejercicios.	_____	_____
9. Asistir a una fiesta.	_____	_____
10. Ingerir licor.	_____	_____

En esta hoja encontrará ejemplos de la conducta pasiva, asertiva y agresiva

FRASES PASIVAS

- Haré lo que tú quieras.
- Esperaré hasta que desees llamarme.
- Saldremos a la hora que tú decidas.
- Ya que insistes, tomaremos.
- Si tú quieres podemos tener relaciones sexuales.

FRASES AGRESIVAS

- No me interesa tu opinión.
- Siempre quedas como un tonto.
- No me extraña que lo hayas hecho mal.
- Tú tienes que hacer lo que yo quiera.
- No te atreves porque eres una miedosa.

FRASES ASERTIVAS

- Yo no puedo salir hoy, pero mañana sí.
- Te aprecio como amigo y no deseo nada sentimental.
- Yo no tomo, porque hace daño.
- Necesito que me digas francamente lo que piensas.
- Deseo estar sola porque necesito pensar.

TAREA: Llene la hoja escribiendo dos situaciones y cómo las enfrentó, basándose en el material de tipos de afrontamiento que se le entregó previamente.

	Situación	Afrontamiento
1.		

	Situación	Afrontamiento
2.		

TAREA: Llene la hoja escribiendo dos situaciones y cómo las enfrentó, basándose en el material de tipos de afrontamiento que se le entregó previamente.

Situación

Afrontamiento

1

Situación

Afrontamiento

2

TAREA: Identifique tres situaciones en las cuales haya tenido síntomas de ansiedad e identifique las distorsiones cognitivas, tomando en cuenta la hoja de distorsiones cognitivas que se le dio.

	Situaciones	Distorsiones cognitivas
1.		
2.		
3		

TAREA: **Identificar tres situaciones en las que usted haya tenido síntomas de ansiedad, los pensamientos, las reacciones emocionales, comportamentales y fisiológicas. (Beck, J. (2000)).**

1. Situación	Pensamientos	Reacciones:
_____	_____	Emocionales _____
_____	_____	Comportamentales _____
		Fisiológicas _____
2. Situación	Pensamientos	Reacciones:
_____	_____	Emocionales _____
_____	_____	Comportamentales _____
		Fisiológicas _____
3. Situación	Pensamientos	Reacciones:
_____	_____	Emocionales _____
_____	_____	Comportamentales _____
		Fisiológicas _____

TAREA: **Conteste cómo mostraría una conducta no asertiva, agresiva y asertiva**

Situación	Conducta asertiva	Conducta agresiva	Conducta asertiva
1. Va a una reunión familiar y le brindan un dulce preparado especialmente para usted.	_____		
2. Es Navidad y sus amigos insisten en que ingiera bebidas alcohólicas.	_____		
3. Lo invitan y lo llevan a una “fonda” donde sólo venden frituras.	_____		
4. Sus amigos le dicen que es un tonto por estar haciendo ejercicios, que eso no sirve para nada, que ellos son diabéticos y nunca hacen ejercicios.	_____		
5. Una amiga le lleva una receta casera para que se la tome ya que, según ella, eso controla la diabetes.	_____		
6. Su jefe le grita y lo insulta porque hizo un trabajo mal.	_____		
7. Hay mucho trabajo, se llegó el medio día y su jefe le pide que no salga a comer.	_____		

TAREA: **Llene la hoja de autorregistro de:**

Situación (que provoque ansiedad) pensamiento-emoción (que la evalúen de 0-100) – conducta -
reacción fisiológica - cambio de pensamiento-nuevo estado de emoción (que lo evalúen de 0 a 100) -
nueva conducta-nueva reacción fisiológica. (Beck, J. (2000)).

Situación

Pensamientos

Reacciones:

Emocionales (0-100) _____

Comportamentales _____

Fisiológicas _____

Nuevos Pensamientos

Nuevas Reacciones:

Emocionales (0-100) _____

Comportamentales _____

Fisiológicas _____

FORMULARIO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Basado en Beck, J. (1993), en (Beck, J. (2000).

A. Problema: _____

1. Significado: _____

2. Respuestas al significado: _____

B. Soluciones posibles: _____

1. _____

2. _____

3. _____

C. Toma de decisiones.

Ventajas

Desventajas

1. _____

2. _____

3. _____

D. Aplicar y evaluar los posibles resultados.

TAREA: Describa una situación donde utilizó un comportamiento asertivo y describa el comportamiento asertivo.

Situación

Comportamiento Asertivo

TAREA: Identifique dos situaciones en las cuales utilizó frases asertivas

	Situación	Frase asertiva
1.		
2.		

Abril 2005

Programa cognitivo-conductual

Calendario de autocontrol

				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Indicaciones: ponga el número correspondiente si cumplió con lo que el número indica. Cuando no cumpla con algún tratamiento, no ponga nada.

- 1. Seguí la dieta indicada.*
- 2. Seguí los ejercicios indicados.*
- 3. Tomé los medicamentos indicados.*
- 4. Asistí a las citas médicas.*
- 5. Asistí a las citas con la enfermera.*
- 6. Asistí al programa psicológico.*

RESÚMENES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES

1. Datos de filiación

Nombre: A.

Edad: 35 años.

Escolaridad: Universitaria.

Ocupación: Ama de casa.

Estado civil: Casada.

Motivo de consulta: Describe la paciente que es diabética Tipo II desde hace 5 años. Presentó esa mañana 248 de glucosa en ayunas. Indica que, generalmente, sus niveles de glucosa están elevados. Señala que piensa que es, en parte, porque tiene muchos problemas en la casa, con los hijos, con el esposo, con sus padres. Los problemas son tales como: que no se ponen de acuerdo con la crianza de los niños, el padre es diabético y no se cuida. Indica que se siente, generalmente, intranquila, con rabia, desesperada. Añade que no sigue las indicaciones médicas sobre el cuidado de su salud.

Comenta que se siente peor desde hace aproximadamente cuatro meses.

2. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: Piensa que todo le sale mal, que su padre, su esposo y sus hijos son injustos con ella, no la entienden. Manifiesta que es insoportable vivir así. Cree que no puede controlar sus estados de ansiedad, como tampoco el exceso de comida cuando está angustiada por algo. En ocasiones piensa que se va a morir por los niveles de glicemia altos, pero señala, que estima, que para qué mortificarse tanto si de todos modos la gente se muere por lo que sea, un accidente, etc.

Nivel afectivo: Ansiedad, en ocasiones le dan miedo sus estados de glicemia, irritabilidad, rabia, inquietud, preocupación, pesimismo.

Nivel conductual: Come en exceso, tiene conductas explosivas.

Nivel motivacional: Siente deseos de insultar a todo el mundo y ganas de salir corriendo.

Nivel físico: Hiperglicemia (248), palpitaciones, sudoraciones, sonrojos, desvanecimientos.

3. Historia de la queja actual y episodios previos

Señala que las hiperglicemias generalmente oscilan, que le da por comer cuando está ansiosa y que no puede controlarse. Comenta que se pone intranquila, dependiendo de los problemas que le dan las otras personas.

No ha recibido tratamiento psicológico, previamente, en relación a su problemática.

4. Historia personal y familiar

Está casada, convive con sus padres, su esposo y sus hijos. Señala que se presentan muchos desacuerdos familiares entre ella, el esposo y sus padres, sobre todo, en relación a la crianza de los niños.

5. Diagnóstico

Síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus.

1. Datos de filiación

Nombre: B.
Edad: 46 años.
Escolaridad: VI°. grado
Ocupación: Ama de casa.
Estado civil: Casada.

Motivo de consulta: Señala que es paciente diabética Tipo II desde hace nueve años. Indica que se altera con facilidad, se siente nerviosa, tensa, con palpitaciones, con opresión en el pecho, insomnio. Expresa que esto le pasa en algunas situaciones, como cuando discute con su esposo e hijos. Señala que cuando el esposo ingiere licor se pone impertinente y ella se siente mal. Además, el hijo no quiere estudiar y le va mal en la escuela. Comenta que su nivel de glucosa en ayunas, en el momento actual fue de 142. Manifiesta que ella se cuida regularmente, pero que a veces no lo hace. Admite que piensa que sus estados hiperglicémicos son emocionales, ya que cuando se siente más nerviosa se le elevan los niveles de glucosa. Comenta que se siente así desde hace aproximadamente tres meses.

2. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: Piensa que sus familiares son injustos con ella, que el esposo y el hijo no la entienden. Estima que su hijo es muy irresponsable en la escuela y eso no lo soporta. Admite que su enfermedad se controla, pero que ella se descontrola.

Nivel afectivo: Irritabilidad, ansiedad, preocupación, pesimismo.

Nivel conductual: No habla con nadie, se retira a un lugar donde permanece sola, tartamudea, ha dejado de caminar.

Nivel motivacional: No habla con nadie hasta que se le pase un poco la inquietud, la rabia.

Nivel físico: Hiperglicemia (142), palpitaciones, se pone fría, sensación de debilidad, sueño insatisfecho, fatiga, sonrojos.

3. Historia de la queja actual y episodios previos

Comenta que considera que siempre ha sido una persona ansiosa, nerviosa, pero que han sido pocos los momentos de su vida en que se ha descontrolado y en que se ha sentido tan mal. No ha recibido tratamiento psicológico anteriormente.

Señala que sus niveles de glucosa son inestables desde que se la diagnosticaron, pero que últimamente, presenta, con mayor frecuencia, estados hiperglicémicos.

4. Historia personal y familiar

Convive con su esposo e hijo. Señala que en ocasiones discuten y hay desacuerdos. Comenta que el esposo es una persona controladora, pero que ella lo ha sabido manejar, aunque en estos momentos le irrita mucho.

Tiene un hermano que tiene diabetes e indica que éste no se cuida su enfermedad.

5. Diagnóstico

Síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus.

1. Datos de filiación

Nombre: C.

Edad: 46 años.

Escolaridad: VI°. Año.

Ocupación: Comerciante.

Estado civil: Casada.

Motivo de consulta: Indica que desde hace aproximadamente dos o tres meses se siente más inquieta, preocupada, irritable y tensa. Comenta que tiene algunos problemas con el esposo desde hace algunos años atrás, pero que ahora se siente más vulnerable. Da a conocer que también tiene una madre, un hermano y una hermana diabéticos y que a ésta última se le ha complicado su enfermedad.

2. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: Pensamientos catastróficos en relación a la situación con el esposo, piensa que es horrible su situación, que el esposo tiene que cambiar sino ella no lo va a perdonar nunca. También presiente que su hermana va a morir. Considera que la enfermedad tarde o temprano la va a acabar. Opina que los cuidados son demasiado rigurosos, imposibles de cumplir a cabalidad.

Nivel afectivo: Ansiedad, tensión, tristeza, irritabilidad.

Nivel conductual: Inquietud, pasa todo el día haciendo algo.

Nivel motivacional: Sensación de impotencia, deseos de gritar, de llorar.

Nivel físico: Hiperglicemia (228), dolores musculares, sueño insatisfecho.

3. Historia de la queja actual y episodios previos

Ha tenido otros periodos, previamente, de mucha tensión.

Los niveles de glucosa han sido inestables, pero comenta que ahora están mucho más elevados.

No ha recibido tratamiento psicológico anteriormente.

4. Historia personal y familiar

Está casada, tiene dos hijos. Trabaja. Se siente bien en el trabajo, le gusta lo que hace.

Tiene familiares diabéticos, la madre, un hermano, una hermana.

Descontrola sus cuidados en relación a su enfermedad. Los niveles de glucosa son inestables, pero señala que nunca la había tenido tan alta.

5. Diagnóstico

Síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus.

1. Datos de filiación

Nombre: D.

Edad: 49 años.

Escolaridad: Secundaria (Secretariado).

Ocupación: Secretaria.

Estado civil: Casada.

Motivo de consulta: Indica que está teniendo problemas con el manejo de sus niveles de glucosa. Comenta que tiene tres años de padecer la enfermedad y que últimamente no sigue la dieta, no hace ejercicios por problemas económicos. Comenta que vive con sus tres hijos, que el esposo la ayuda poco.

Se siente tensa, preocupada por la situación económica y por su enfermedad. (Costó mucho aclarar el motivo de consulta, minimizaba y trataba a toda costa de ignorar síntomas, quería aparentar que tenía todo bajo control.

2. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: Minimiza, evade y niega los problemas, piensa que los niveles de glucosa se controlan solos, que no debe preocuparse por la dieta, que todos los alimentos son iguales.

Nivel afectivo: Tensión, preocupación.

Nivel conductual: Inquietud.

Nivel motivacional: Deseos de salir corriendo.

Nivel físico: Insomnio, hiperglicemia (190), dolores musculares, rigidez, palpitaciones, sudoración en las manos, dolores de cabeza.

3. Historia de la queja actual y episodios previos

Comenta que no puede decir desde cuándo se siente tensa, pero que desde hace unas semanas tiene, con más frecuencia, esa inquietud, dolores de cabeza y tensión. No ha recibido tratamiento psicológico anteriormente para su problemática.

4. Historia personal y familiar

Está separada del esposo. Convive con sus hijos quienes trabajan y la ayudan en el sostenimiento del hogar. Actualmente está trabajando y reporta sentirse bien en el trabajo, no reporta problemas familiares.

5. Diagnóstico

Síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus.

1. Datos de filiación

Nombre: E.

Edad: 50 años.

Escolaridad: Secundaria.

Ocupación: Comerciante.

Estado civil: Casado.

Motivo de consulta: Indica que últimamente se siente preocupado por algunas situaciones que se le han presentado con su familia, sobre todo, con uno de sus hijos quien abandonó a la esposa y a su nieto. Comenta que, también, aún cuando trata de no pensar en su enfermedad, esto le preocupa y más ahora que piensa que su nieto depende de él, ya que su hijo no lo ayuda. Los niveles de glucosa y los cuidados han sido inestables. Manifiesta que, en ocasiones, se descuida con los cuidados de su enfermedad.

2. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: En relación al problema con su hijo opina que éste no debió abandonar a su esposa y a su hijo y que él tiene que encargarse de ellos. Piensa que la situación es muy mala, que su nieto no se merece estar sin su padre, que va a tener grandes problemas por esto. En relación a la enfermedad, cree que es mejor no pensar en ella.

En relación a los cuidados de su enfermedad, opina que es imposible llevarlos a cabo en su totalidad, que es demasiado difícil.

Nivel afectivo: Ansiedad, inquietud, preocupación.

Nivel conductual: Inquietud.

Nivel motivacional: Deseos de poder influir en su hijo.

Nivel físico: Hiperglicemia (269), insomnio, palpitaciones, sensación de debilidad.

3. Historia de la queja actual y episodios previos

Comenta que en otras situaciones se ha sentido así, inquieto, tenso, preocupado.

No ha recibido ayuda psicológica anteriormente.

4. Historia personal y familiar

Convive con su esposa. Tiene dos hijos. Aún cuando indica que se preocupa por la situación económica, su salud y la situación familiar, no reporta deteriora significativo en estas áreas.

5. Diagnóstico

Síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus.

1. Datos de filiación

Nombre: F.

Edad: 51 años.

Escolaridad: Universitaria.

Ocupación: Profesor jubilado.

Estado civil: Casado.

Motivo de consulta: Tiene algunas situaciones financieras que le preocupan, sobre todo, en relación a los problemas financieros de sus hijos. Indica que trata de no pensar en esto o en cualquier otro problema que tenga, como el de su enfermedad, pero que le es difícil. Con algunas situaciones sociales, toma las cosas muy en serio y siente mucha rabia. Los niveles de glucosa son inestables, no cuida adecuadamente su enfermedad. Fuma, sobre todo, cuando se encuentra preocupado.

2. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: En ocasiones trata de no pensar en lo que le inquieta o molesta, pero en otras, piensa que las situaciones que se dan no debieran ser así, por ejemplo: que sus hijos deben decirle que es lo que está pasando, que la gente no debe ser tan entrometida, que a veces las cosas las ve muy malas, muy catastróficas e injustas.

Manifiesta que su enfermedad es “canalla” y los cuidados, peor.

Expresa que no debe rechazar a su amigo cuando lo invita a ingerir bebidas alcohólicas.

Nivel afectivo: Tensión, inquietud, rabia.

Nivel conductual: Sale a conversar con sus amistades, fuma.

Nivel motivacional: Deseos de insultar.

Nivel físico: Sensación de debilidad, sudoración, dolores de cabeza.

3. Historia de la queja actual y episodios previos

Las dificultades en relación al manejo de su enfermedad han sido inestables desde que la padece. Los estados emocionales de ansiedad se presentan cuando tiene periodos de estrés y situaciones que le resultan difíciles de manejar. No había recibido antes atención psicológica

4. Historia personal y familiar

Paciente que es casado. Tiene dos hijos. Indica que en relación a su enfermedad, sus cuidados son inestables, come cosas que no debe, fuma, no sigue las indicaciones médicas, sus niveles de azúcar son inestables y le dan varios episodios de hipoglucemias

5. Diagnóstico

Síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus.

1. Datos de filiación

Nombre: G.

Edad: 55 años.

Escolaridad: Universitaria.

Ocupación: Jubilado.

Estado civil: Casado.

Motivo de consulta: indica que es paciente diabético, con ansiedad, con estrés por situaciones familiares y situaciones en relación a la salud. No sigue siempre las indicaciones médicas, trata de seguirlas pero lo hace inconstantemente. Presenta tensión, inquietud, sueño insatisfactorio, molestias y dolores musculares.

2. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: Tiene pensamientos pesimistas, negativos, catastróficos, sobre algunas situaciones. Piensa que las cosas no debieran ser como son. Minimiza las consecuencias de los malos cuidados de su enfermedad indicando que todo el mundo se tiene que morir, señalando que no le va a pasar nada, aún con niveles altos de azúcar. Comenta que no debería padecer esta enfermedad, que es "matadora".

Nivel afectivo: tensión, ansiedad, irritabilidad.

Nivel conductual: Sale de la casa, habla sobre lo que le molesta, sube el tono de voz. Come mucho. Ingiere bebidas alcohólicas.

Nivel motivacional: deseos de gritar.

Nivel físico: Hiperglicemias (240). Sensación de debilidad, molestias y dolores musculares.

3. Historia de la queja actual y episodios previos

El descontrol de su manejo, en relación a la enfermedad, ha sido durante toda su enfermedad. En ocasiones se cuida, en otras no.

Señala que las distintas dificultades que se le han presentado, las ha manejado igual, trata de no pensar en ellas pero que siente ansiedad.

4. Historia personal y familiar

Convive con la esposa y otros familiares. Comentó que tiene problemas con la esposa, ya que ésta es muy dominante y se disgusta cuando ve que él rompe la dieta y come cosas inadecuadas.

Se mantiene activo en su trabajo. Señala que, aún cuando también tiene ciertas dificultades en él, no presenta deterioros significativos en esta área.

5. Diagnóstico

Síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus.

1. Datos de filiación

Nombre: H.
Edad: 58 años.
Escolaridad: Universitaria.
Ocupación: Jubilada.
Estado civil: Casada.

Motivo de consulta: Indica que desde hace aproximadamente tres meses está teniendo problemas en su casa con un hijo y su nieto. Comenta que se ha sentido ansiosa, preocupada, no duerme bien. Teme que todo esto le afecte a su enfermedad (la diabetes). Comenta que trata de cuidarse pero que, en muchas ocasiones, no sigue las indicaciones de salud.

2. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: Indica que todo va a salir mal. Que ella, a su hijo y a su nieto, les va a ir mal. Piensa que su enfermedad es lo peor que le suele pasar a una persona, pero que tiene que aprender a vivir con ella.

Nivel afectivo: Ansiedad, irritabilidad, tristeza, pesimismo.

Nivel conductual: Inquietud, se pone a trabajar en su negocio.

Nivel motivacional: Desea que las cosas mejoren, pero no sabe cómo.

Nivel físico: Hiperglicemia (148), palpitaciones, molestias musculares.

3. Historia de la queja actual y episodios previos

Comenta que desde que se iniciaron los problemas con el nieto y con el hijo, ella empezó a sentirse mal emocionalmente, desde hace, aproximadamente, tres meses. Manifiesta que, con relación a su diabetes, siempre se ha cuidado irregularmente.

4. Historia personal y familiar

Convive con el esposo, hijo y nieto. Las relaciones entre ellos son buenas, sobre todo, con el esposo y el nieto. Con el hijo ha tenido, últimamente, ciertas dificultades.

5. Diagnóstico

Síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus.

1. Datos de filiación

Nombre: L.

Edad: 58 años.

Escolaridad: VI grado.

Ocupación: Ama de casa. Estudiante..

Estado civil: Separada.

Motivo de consulta: Indica que es una persona generalmente pesimista y que últimamente está peor. Teme a su enfermedad, piensa que se va a morir aún observando los cuidados. Señala que es inestable en los cuidados de su enfermedad y que se deja llevar mucho por lo que la gente le diga, por ejemplo: que coma o que no coma. Sus niveles de glucosa varían, suben y bajan. Ahora ingresó a la escuela, a estudiar cursos generales y siente que últimamente no se concentra como antes. Comenta que siente una gran tensión, preocupación, ansiedad, estrés.

2. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: Pensamientos negativos, piensa que va a salir mal en la escuela, por su enfermedad. Opina que todos los cuidados de su salud son insoportables (la comida, los ejercicios, los medicamentos, etc.). Expresa que no puede controlar su enfermedad.

Nivel afectivo: Intranquilidad, ansiedad, tensión, irritabilidad.

Nivel conductual: Inquietud.

Nivel motivacional: Deseos de salir corriendo.

Nivel físico: Hiperglicemia (168). Palpitaciones, sudoraciones, sueño intranquilo.

3. Historia de la queja actual y episodios previos

Comenta que ha sido una persona pesimista toda su vida pero que ahora está peor, sobre todo, porque los niveles de glucosa han sido más fluctuantes, esto la tiene descontrolada, sin saber qué hacer. También piensa que no va a poder aprender como antes. Lleva año y medio en la escuela, pero ahora tiene temor a fracasar en las tareas. Tiene estos síntomas desde hace, aproximadamente, cuatro meses.

4. Historia personal y familiar

Convive con sus hijos. Las relaciones son adecuadas. Tiene problemas económicas. Señala que en ocasiones le falta el dinero para los gastos pero que sus hijos la ayudan.

5. Diagnóstico

Síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus.

1. Datos de filiación

Nombre: J.
Edad: 51 años.
Escolaridad: VI grado.
Ocupación: Ama de casa.
Estado civil: Casada.

Motivo de consulta: Comenta que desde hace algunas semanas está muy preocupada por un nieto adolescente quien tiene problemas de conducta y académicos. Se siente muy mal porque se ha dado cuenta que no puede controlarlo. Manifiesta que está todo el día preocupada pensando: ¿qué estará haciendo?, ¿si se fugó de la escuela, con quién andará?. Señala que teme que esta preocupación afecte su salud. Comenta que padece diabetes desde hace dos años y que sabe que la enfermedad se controla, pero que no sigue todas las indicaciones.

2. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: Señala que las cosas van a salir mal, que no puede hacer nada para controlarlas: la diabetes y la situación del nieto. Sin embargo, con relación a la enfermedad, piensa, en ocasiones, que puede controlarla, pero en otras no, ya que algunas veces no se explica el por qué de sus estados hiperglicémicos.

Nivel afectivo: Ansiedad, tensión.

Nivel conductual: Se pone a hacer los oficios de la casa.

Nivel motivacional: Deseos de llorar.

Nivel físico: Palpitaciones, fatiga, molestias musculares, hiperglicemia (205).

3. Historia de la queja actual y episodios previos

Desde que inició el año escolar del nieto se ha venido sintiendo ansiosa, intranquila. Los cuidados de su enfermedad siempre han sido irregulares, inestables, no sigue al pie de la letra las indicaciones para el buen manejo de ésta.

4. Historia personal y familiar

Convive con un hijo y un nieto. Se le presentan algunas dificultades con relación al nieto. El hijo la apoya en todo. Tiene dificultades económicas que le preocupan, pero que tratan de sobrellevarlas.

5. Diagnóstico

Síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus.

1. Datos de filiación

Nombre: K.
Edad: 51 años.
Escolaridad: Secundaria.
Ocupación: Ama de casa.
Estado civil: Casada.

Motivo de consulta: Indica que se siente muy ansiosa, preocupada, pesimista, inquieta. No logra conciliar el sueño. Comenta que desde hace aproximadamente dos meses tiene que lidiar con la suegra quien se encuentra enferma. El esposo no la ayuda. Manifiesta que se siente desesperada por esta situación. A la suegra tiene que atenderla en todo. También comenta que la tiene muy preocupada y triste el hecho de que hace aproximadamente un mes, le mandaron a inyectarse insulina, ya que los niveles de azúcar estaban muy altos. Teme que le pase algo, pero al mismo tiempo señala que no sigue las indicaciones médicas.

2. Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo: Opina que el esposo es demasiado injusto con ella, que debería saber que es muy pesado para ella cuidar a su suegra. Indica que no soporta la situación. Piensa que, como le mandaron a inyectarse insulina, ya está muy mal pero, al mismo tiempo, cuando rompe la dieta, o no sigue las indicaciones médicas, minimiza las consecuencias.

Nivel afectivo: Ansiedad, tensión, irritabilidad, rabia, intranquilidad.

Nivel conductual: Tira cosas, grita, inquietud.

Nivel motivacional: Deseos de salir corriendo, insultar, pegar.

Nivel físico: Hiperglicemia (290), dolores de cabeza, dolores musculares, temblores, palpitaciones, sudoraciones.

3. Historia de la queja actual y episodios previos

Indica que a raíz de la mudanza de la suegra las cosas han empeorado, se siente muy ansiosa. Piensa que la situación es insostenible pero que al esposo esto no le afecta, ella le habla y es como si nada.

Comenta que los niveles de hiperglicemia han empeorado al punto de que son tan inestables que le mandaron a inyectarse insulina y este es otro punto que le preocupa.

4. Historia personal y familiar

convive con el esposo, los hijos y la suegra. Señala que, aún cuando hay dificultades, las relaciones familiares no están deterioradas. Tiene también algunos problemas económicos, pero trata de sobrellevarlos.

5. Diagnóstico

Síntomas psicológicos que afectan a la Diabetes Mellitus.