

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Maestría en Psicoterapia



La psicoterapia como herramienta para la adherencia a recomendaciones alimenticias en pacientes con diabetes mellitus tipo II

TESIS que para obtener el GRADO de
MAESTRO EN PSICOTERAPIA

Presenta: **JOSÉ ANTONIO VILLASEÑOR CAMARENA**

Asesor **Dr. MARCO ANTONIO SANTANA CAMPAS**

Tlaquepaque, Jalisco 26 de Noviembre del 2019

Resumen

Cada día son más los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 en el mundo, en México es la principal causa de muerte por enfermedad. Los consultantes que padecen esta enfermedad generalmente tienen hábitos alimenticios deficientes los cuales impiden que realmente estén convencidos de atenderse de manera comprometida para procurar mantener su bienestar tanto personal como físico.

El propósito de este trabajo es que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, logren por medio de la psicoterapia, mayor adherencia a las recomendaciones alimenticias necesarias para el mantenimiento y mejora de su calidad de vida.

El estudio se llevó a cabo con dos consultantes con diagnóstico de diabetes tipo 2, uno a quien además del tratamiento médico y las recomendaciones nutricionales se le acompañó con psicoterapia de tipo Cognitivo Conductual, y el otro consultante se le dio la consulta nutricional. Luego se compararon los resultados entre ellos para identificar si con la psicoterapia se puede lograr mayor apego del consultante a las recomendaciones nutricionales.

Se utilizaron el instrumento Diabetes 39 para valorar la calidad de vida, la escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión y el control diario de glucemia, que es un instrumento diseñado expresamente para este estudio.

Con los resultados fue posible comprobar que con la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual se logró que el consultante lograra modificar sus hábitos alimenticios y de esta manera obtuviera óptimos resultados que contribuyen a tener una mejor calidad de vida. Mientras que en el paciente que no fue atendido con psicoterapia, la adherencia a las recomendaciones fue mucho menor y por lo tanto los resultados no fueron los óptimos.

Palabras clave: (Diabetes Mellitus, calidad de vida, adherencia, psicoterapia, depresión, y nutrición).

Índice

1. Introducción	5
2. Planteamiento	7
3. Justificación	8
Objetivo general	10
Propósito	10
Pregunta principal	10
Preguntas subsidiarias	10
Supuestos de la investigación	11
4. Marco Referencial	12
4.1 Estado actual del arte	12
4.2 Concepto de la Diabetes Mellitus tipo II (DM2)	15
4.3 Relación entre diabetes y calidad de vida	17
4.4 Relación entre diabetes y la adherencia a recomendaciones médico-nutricionales	19
4.5 Relación entre diabetes y depresión	20
4.6 Relación entre diabetes y la psicoterapia	22
5. Marco metodológico	30
Diseño de la investigación	30
Participantes	31
Criterios de inclusión	32
Criterios de exclusión	32
Instrumentos	32
Definición de variables	39
Procedimiento	41
Consideraciones éticas	44
Análisis de datos	45
Descripción y conceptualización del caso del “Consultante A”	48
6. Resultados	57
6.1 De los pretextos al logro de nuevos hábitos (Resultados cuantitativos)	57

6.2 Experiencias significativas para la promoción del cambio de hábitos (Resultados cualitativos)	62
6.3 El camino de lo racional a la emoción	66
6.4 De la negación, a la apropiación de los hábitos saludables	69
6.5 El acompañamiento psicoterapéutico, como proceso crucial para lograr una buena calidad de vida	73
7. Conclusiones y propuestas	78
8. Referencias	82
Apéndices	87
Apéndice 1. Carta de consentimiento	87
Apéndice 2. Cuestionario Diabetes 39	89
Apéndice 3. Escala clinimétrica para depresión	92
Apéndice 4. Control diario de Glucemia	93

1. Introducción

De acuerdo con los estudios reportados por la Federación Mexicana de Diabetes, esta enfermedad ocupa el sexto lugar de incidencia de diabéticos en el mundo (Federación mexicana de diabetes, 2014), además de ser una de las primeras causas de muerte en nuestro país. Como es bien sabido, esta enfermedad requiere de una atención multidisciplinaria conformada por la participación de médicos, psicoterapeutas, nutriólogos, licenciados en educación física y deporte, para preservar la calidad de vida además de prevenir enfermedades concomitantes y futuras complicaciones. Razón por la cual, representa un alto costo económico que no todas las personas tienen la posibilidad de solventar, y que, al tratarse de una enfermedad crónica e incurable, que, de no seguir las indicaciones, llegará a ser incapacitante, en la mayoría de los casos, debido a las complicaciones y a las enfermedades relacionadas que pudieran presentarse.

Un factor que no hay que perder de vista, es la relación tan cercana que existe con la obesidad que es ocasionada por el estilo de vida en el que se vive de prisa y donde la calidad de los alimentos es cada vez menor y por lo tanto, se consume mayor cantidad de grasas y azúcares, además de la disminución de la actividad física durante la jornada diaria, así como los cambios en el entorno familiar y laboral, entre otros, son elementos que contribuyen al aumento general de la obesidad en la población lo cual es una condición favorecedora para desarrollar la enfermedad de Diabetes Mellitus tipo 2. Además de que existe un grave problema por la falta de conciencia y de aceptación de la existencia de malos hábitos alimenticios los cuales impiden que el consultante realmente esté convencido de atenderse de manera comprometida con su bienestar personal y físico. Ya sea por falta de información o por vivir presionados a responder al ritmo vertiginoso de la vida actual, con el cual, hay más propensión a adoptar una vida sedentaria por ser más práctica, inmediata y atractiva gracias al uso del internet y de los dispositivos móviles que acortan distancias, tiempos y con ello también, disminuyen la calidad de vida en un entorno familiar, laboral y escolar.

Cabe señalar que, este estilo de vida ha acelerado el ritmo social desde finales del siglo pasado cuestión que aproxima tanto a niños, como adolescentes y adultos a un estado de vulnerabilidad tanto emocional como física. Por ejemplo, menor autoestima, disminución en el rendimiento académico y laboral, depresión, aislamiento, así como otras condiciones poco favorecedoras para su bienestar integral.

Se encontró que trastorno depresivo se relaciona frecuentemente a la falta de control de la glucosa en sangre en los pacientes con diabetes tipo 2, el episodio depresivo mayor recidivante es el trastorno más frecuente. (Castro-Aké, 2009). Esta se asocia con la incapacidad para la toma de decisiones, memoria, pensamiento, y muestra evaluación de sí mismos irreales y negativas, además que presentar con frecuencia ideas suicidas. (Heredia & Pinto, 2008)

En el presente, se describen los resultados de una intervención psicoterapéutica que presento en este trabajo, el cual, tuvo la finalidad de fomentar la responsabilidad compartida para cuidar la salud y que el consultante acepte las consecuencias de dejar de hacerlo y a su vez, de la afectación que sufren las personas que lo rodean ya que también se ven afectados de manera directa.

2. Planteamiento

Estudí la carrera de Medicina, la que, sin duda, es mi vocación. Al cursar el internado de pregrado, me di cuenta de la estrecha relación que existe entre la alimentación y la salud, así como las diferentes enfermedades que se desarrollan en el ser humano. Por esta razón, decidí acercarme al departamento de nutrición y dietas del Hospital del Carmen en Guadalajara. Una vez que finalicé mis estudios, cursé la carrera de nutrición y alimentación humana. Mi desempeño como Médico y Nutriólogo ha sido en mi consultorio desde hace ya más de veinte años, atendiendo consultantes con diferentes padecimientos que requieren de un programa nutricional personalizado. Una de las premisas que tengo como Médico es procurar que el consultante aprenda a alimentarse de manera sana, hasta donde sea posible, ya que la mayoría de los pacientes que acuden a mi consultorio buscan cambios inmediatos y permanentes con el menor esfuerzo posible, sin ejercicio físico, sin sacrificios y sin modificaciones en sus hábitos y con ello esperan obtener una mejor calidad de vida. En muchos de los casos, los consultantes se presentan al consultorio debido a que su médico les solicita atenderse en el ámbito nutricional y la mayoría de las ocasiones, no saben lo que implica asistir a una consulta de esta índole.

Existen muchos temas que de inicio quise abordar para mi trabajo de grado, sin embargo, el tema de la vulnerabilidad en la pérdida de la salud tanto emocional como física, me han hecho darme cuenta de que es importante abordar uno de los orígenes que le restan la posibilidad al ser humano actual, de tener bienestar a largo plazo. Cabe señalar, que uno de los temas que más me ha conmovido es la Diabetes Mellitus, ya que cada vez son más los casos que se presentan en el mundo y que inicia a edades más tempranas. Me inquieta el hecho de tener personas cercanas a mi entorno social y familiar que han padecido esta enfermedad y han fallecido. Otras se han enterado de su padecimiento y hacen caso omiso de su situación o en el mejor de los casos, siguen un régimen alimenticio no formal o intermitente. Por lo que me surge la pregunta ¿Con la psicoterapia la persona asumirá la responsabilidad del cuidado de sí misma y que a su

vez descubra que vale la pena cuidarse, vivir de una manera tal, que propicie su bienestar?

3. Justificación

Existe un grave problema en México y alrededor del mundo sobre la adherencia a la dieta recomendada para el control de la enfermedad denominada Diabetes Mellitus tipo II por parte de los pacientes. La adherencia significa seguir las instrucciones brindadas por un especialista en la salud de manera comprometida y constante durante el tiempo sugerido para el tratamiento del problema.

Una las enfermedades íntimamente relacionadas la diabetes es la obesidad, existe un notorio incremento del riesgo de desarrollar enfermedades cardiacas, hiperinsulinemia, diabetes tipo 2 y dislipidemia. Sin embargo, “en el sujeto con obesidad, también destaca la presencia de trastornos en la esfera psicológica” (Rodríguez-Moran, 2014, p. S68), por ejemplo, menor autoestima, disminución en el rendimiento académico y laboral.

El correcto seguimiento de las indicaciones alimenticias en el paciente diabético, no solo es importante para la disminución de peso, también favorece el control metabólico, dando como resultado una mejor calidad de vida de estos consultantes, y por lo tanto, la dependencia a los medicamentos para el control de su enfermedad será menor, debido a que se han encontrado buenos resultados en el control de la diabetes mellitus siguiendo una dieta adecuada, que es comparable con el tratamiento con sulfonilureas, metformina e inclusive insulina en pacientes diabéticos tipo 2 con obesidad (Cabrera, Novoa & Centeno, 1991).

Ellos mismos sostienen que se sabe mucho acerca de la educación dietética en los pacientes con diabetes mellitus, sin embargo, hay un bajo nivel en las prácticas educativo-dietéticas, esto se refleja en la deficiente adherencia a las recomendaciones nutricionales, arrojando como resultado que lo importante no es solo dar la información, sino instruirlos en qué hacer, por qué lo tienen que hacer, y saber cuándo lo tienen que hacer (Cabrera, Novoa & Centeno, 1991).

La correcta alimentación es, como dicen Rodríguez y García, sin duda la base del tratamiento del paciente diabético; debido a los múltiples beneficios que representa ya que se puede lograr el control metabólico adecuado, son menos los medicamentos que se requieren y disminuye el sobrepeso que es muy común que presente al paciente con diabetes, causa de muchas complicaciones, sin embargo, muchos pacientes que padecen esta enfermedad no logran adherirse de manera efectiva a la dieta recomendada (2011).

Es por esto, que, al tratarse de una enfermedad crónico-degenerativa, el daño no sólo se limita a la salud física, también afecta la salud mental del consultante con diabetes mellitus, principalmente trastornos psicoafectivos, entre ellos se encuentran con frecuencia trastornos de depresión, condicionada por el descontrol metabólico, la mala adherencia a las recomendaciones y disminución de la calidad de vida (Colunga-Rodríguez, Alba, Angel-González & Salazar-Estrada, 2008). Aunado a esto, Peyrot y Rubin (2007), identificaron dos áreas en las que la psicoterapia es de significativa utilidad, la primera se enfoca en el autocuidado, aceptación y adherencia a las recomendaciones, y por otro menciona los problemas relacionados con las emociones; como la angustia y la depresión que se relacionan con la diabetes. Por lo tanto, ellos mencionan que se deberán afrontar estas problemáticas de manera diferente; el afrontamiento centrado en el problema incluye estrategias para resolver o prevenir problemas; El afrontamiento centrado en la emoción, incluidas las estrategias para tratar las emociones negativas resultantes de los problemas (2007).

Si se consideran estos factores, el objetivo de este trabajo es iniciar y darle seguimiento a un proceso que permita identificar y atender los problemas relacionados con el hábito de realizar ingestas calóricas excesivas, la falta de actividad física, así como favorecer la adherencia a las recomendaciones alimenticias en los pacientes con diabetes mellitus.

Y por ello, el tema que pretendo abordar trata acerca de la importancia que tiene la psicoterapia dentro de una intervención médico nutricional que logre que los pacientes tengan mayor motivación y apego a las recomendaciones proporcionadas a las personas que padecen diabetes Mellitus tipo 2.

Objetivo general

Que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, logren por medio de la psicoterapia, mayor adherencia a las recomendaciones alimenticias necesarias para el mantenimiento y mejora de su calidad de vida.

Propósito

Que las personas que padecen de diabetes mellitus tipo 2 asuman la responsabilidad compartida para cuidar su salud y que a su vez acepten las consecuencias de dejar de hacerlo y del impacto que pueden sufrir las personas que lo rodean ya que también se ven afectados de manera directa.

Pregunta principal

¿Con la psicoterapia la persona asumirá la responsabilidad del cuidado de sí misma y que a su vez descubra que vale la pena cuidarse, vivir de una manera tal, que propicie su bienestar?

Preguntas subsidiarias

1- ¿Qué es lo que provoca que el consultante no le dé continuidad a las recomendaciones alimenticias que se le dan, aún sabiendo que al seguir éstas, tendrá una mejor calidad de vida?

- 2- ¿Cuáles son las emociones y pensamientos que llevan al consultante a que se sienta motivado a alimentarse de acuerdo con las recomendaciones dadas por el profesional?
- 3- ¿Cómo puede ayudar la psicoterapia a favorecer la adherencia a las recomendaciones tanto médicas como nutricionales?

Supuestos de la investigación

La psicoterapia cognitivo conductual es una herramienta para que los consultantes con diabetes logren adherirse a las recomendaciones alimenticias.

La depresión es un padecimiento en las personas con diabetes y esta no permite que asuman su responsabilidad en su enfermedad.

4. Marco Referencial

Para presentar el marco referencial de este trabajo se realizó la búsqueda de los estudios publicados en las siguientes fuentes a) Bases de datos informáticas (SciELO, Redalyc, Elsevier, PubMed, PsycINFO) y b) Google Académico. Durante la elaboración de este marco referencial, la búsqueda está basada en las palabras clave: “Diabetes Mellitus”, “calidad de vida”, “adherencia”, “psicoterapia”, “depresión”, “nutrición” tanto en español como en inglés. A lo largo de esta búsqueda sistemática, el propósito es tener las suficientes bases sobre lo que ya se ha avanzado acerca de la relación existente entre la medicina, la nutrición y la psicoterapia como áreas que abonen y den sustento a la problemática planteada en este trabajo cuyo tema principal es la diabetes mellitus y la adherencia a las indicaciones como un nuevo rumbo para tener calidad de vida en consultantes cuyo padecimiento puede ser más llevadero gracias a la atención y cuidados que puede lograr tener por medio de actitudes más positivas conducidas a mayores niveles de satisfacción. A continuación, presento los diferentes conceptos que le dan rumbo y precisión a las respuestas buscadas para la elaboración de este trabajo.

4.1 Estado actual del arte

En la actualidad, uno de los problemas de salud que afectan a más personas es la diabetes, esta enfermedad, no sólo impacta a la economía de quien la padece además de su núcleo familiar, sino también impacta de manera importante a los sistemas de salud, debido al incremento de incapacidades laborales, la muerte en edades tempranas, así como el costo del tratamiento de la diabetes y sus complicaciones. Uno de los problemas de mayor relevancia para el control de esta enfermedad crónica es la falta de continuidad y seguimiento del tratamiento, algo que es común en las enfermedades que requieren del cambio de hábitos. Es por esto, que lograr que el paciente diabético le de continuidad a su tratamiento puede ser la diferencia de la calidad de vida que tendrá de manera integral. Es decir, tener un equilibrio a nivel emocional, psicológico y físico que le

permitan vivir como el mismo individuo decida hacerlo de manera más consciente y responsable y finalmente libre.

Es de llamar la atención la calidad de vida que en la actualidad se vive en la mayoría de la población mexicana. Anabel Clemente señala que hasta un 30 por ciento de los niños con sobrepeso y obesidad en México presenta un estado prediabético, como lo advirtieron académicos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). El 75% de la población adulta y 35 % de los niños en México tienen sobrepeso u obesidad, situación que ya es muy significativa y quizá alarmante ya que como ella misma lo afirma hay infantes de ocho y 10 años que ya tienen diabetes tipo 2, cuando antes esa enfermedad se presentaba de los 40 años en adelante, esto nos hace suponer que generacionalmente los malos hábitos están siendo transmitidos como si se programaran desde antes de que los niños fuesen concebidos ya son parte de una herencia donde como afirma la doctora Clemente, se “programa” a los niños para estos padecimientos desde el útero si las mujeres que se embarazan ya tienen obesidad o sobrepeso.

Estas enfermedades crónicas producen, además, complicaciones a nivel pulmonar, apnea del sueño (ronquidos y pausas respiratorias), hipertensión arterial, estados prediabéticos, daño renal, hígado graso o alteraciones ortopédicas (Clemente, 2018). Lo que llama la atención es que esta enfermedad no tiene fronteras ni distingue, niveles socioeconómicos ni culturales, por ello, merece especial atención mencionar como ejemplo a un país que aparentemente tiene hábitos y costumbres muy distintos a los nuestros como lo es China y aún así la diabetes no hace excepciones para nuestro mundo actual.

Es de llamar la atención que, en países en desarrollo, cuyo nivel y estándar de vida es de los mejores, puedan existir cada vez más personas diagnosticadas con diabetes. En China, por ejemplo, si se toma en cuenta que la tasa de incidencia de diabetes fue del 11.6% en el 2013 y cada año que pasa millones de personas están llegando a padecer la diabetes esto muestra entonces que China es el país con mayor número de diabetes adulta, y, por lo tanto, es muy importante considerar todas las medidas posibles para prevenir y controlar la diabetes tanto en China, por ser la muestra

más numerosa, como en el mundo entero. Afortunadamente existen pruebas en las que la Terapia de Nutrición Médica (MNT), es decir, la aplicación de intervenciones nutricionales especiales para enfermedades específicas en la práctica clínica, que permiten estar más atentos a este padecimiento y por consiguiente quienes se ven afectados podrán obtener a la larga mayores resultados que les orienten con mayor certeza. Lo anterior surgió gracias a la iniciativa de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 1994, que recomendó que se preste igual atención a la nutrición que a la farmacoterapia “Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus,” (Diabetes Care, vol. 17, no. 5, p. 520, 1994). Afortunadamente, gracias a los estudios se ha comprobado que la aplicación de la terapia de nutrición médica en la diabetes puede mejorar sustancialmente la tasa de sangre en relación con el control de glucosa. Además, MNT individualizado, de acuerdo con las condiciones específicas de cada paciente, podría además aportar beneficios tanto a aspectos médicos como económicos. Cabe señalar que la terapia de nutrición médica (MNT) ya se ha aplicado en China desde hace varios años y recibió amplia atención de profesionales de la salud.

Sin embargo, la aplicación de esta herramienta todavía no es óptima, debido a su dependencia con las comunicaciones entre clínicos y pacientes, además del requerimiento de alta cooperación de los pacientes. Ya que esto implica tiempo y apertura entre ellos. Ya se han realizado varias investigaciones acerca de la de MNT en pacientes chinos con diabetes en años recientes años [12-14]. Sin embargo, los tamaños de muestra de todos estos estudios son relativamente bajos, y, por lo tanto, los resultados aún deben ser validados. Queda aún mucho por hacer sin perder de vista el conocimiento, la actitud y la práctica con respecto a MNT, así como los factores que podrían afectar la aplicación de MNT esto en China continúa en proceso de mejora. Por lo tanto, primero se realiza una encuesta nacional para evaluar el conocimiento, actitud y práctica sobre MNT en pacientes diabéticos en zonas urbanas de China y explorar los factores que influyen. Por lo tanto, para fines de este trabajo y para dar repuestas que contribuyan la mejora del diabético en México, es inminente que esto también sea implementado de acuerdo con las necesidades del perfil del mexicano (Zijian Li, 2017).

Si bien el número de diabéticos en el mundo va en importante incremento lo cual está afectando directamente a los sistemas de salud, también los esfuerzos se están siendo encaminados a diversas ramas, lo que favorece a un mayor conocimiento de la enfermedad, de las complicaciones y del tratamiento mismo.

4.2 Concepto de la Diabetes Mellitus tipo II (DM2)

El tema central de este trabajo de grado es la diabetes mellitus, la cual, se define como un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por un aumento crónico de la glucosa en sangre, debido a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de esta, o en ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. Una de las características que se hace evidente en las personas que padecen la diabetes mellitus, es la persistencia de hiperglucemia, la cual se asocia con el daño, la disfunción, además de la falla, en gran medida, de varios órganos y sistemas especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Rojas, Rusty & Cruz, 2012).

Existen diferentes tipos de diabetes, y otras categorías de intolerancia a la glucosa, uno de los tipos más mencionados es la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) el cual, es el tema central de este trabajo, por ser el que se presenta con mayor frecuencia en el mundo, y en México, es para llamar la atención, que sea la principal causa de muerte por enfermedad en mujeres y la segunda en varones. Comúnmente se presenta en individuos con obesidad o grasa visceral aumentada. La diabetes tiene un impacto considerable en aspectos clave de las vidas de los pacientes - físicas, psicológicas y sociales. Esta enfermedad, es comúnmente asociada con complicaciones a corto plazo, tales como la fatiga e infecciones frecuentes y con complicaciones a largo plazo tales como la pérdida de visión y daño renal. Estas complicaciones son debilitantes y perjudican en gran medida la salud y a la Calidad de Vida de los pacientes Relacionada con la Salud (CVRS). Además, las exigencias que implica el cómo manejar la diabetes, a los pacientes a menudo se les exige hacer ajustes y adaptaciones a su dieta y estilo de vida de manera conjunta con la farmacoterapia, que a menudo afecta su funcionamiento social habitual.

Además, la ansiedad y el estrés cuando se asocian con el manejo de la enfermedad también afecta directamente a las necesidades de bienestar psicológico de los pacientes. Desafortunadamente, la diabetes es una enfermedad crónica, aún no se logra una cura completa ya que la medicación a largo plazo y el estilo de vida mediante ajustes de manera progresiva, con frecuencia, afectan la calidad de vida del paciente por el resto de su vida. Shim afirma que a pesar de que las medidas clínicas proporcionan un buen indicador de control de la enfermedad, el objetivo final de la atención de la diabetes es mejorar la calidad de vida del paciente, y no simplemente consiste en hacer un cambio en marcadores clínicos como la HbA1c (2012).

A nivel mundial la DM2 es un problema de salud pública. Y para fines de este trabajo, es muy importante destacar que en México esta es la primera causa de morbilidad-mortalidad. Es una enfermedad de alto costo para los sistemas de salud, cuya cantidad fluctúa alrededor de los 370 billones de dólares al año, el cual se estima alcanzará los 490 billones de dólares para el 2030. El gasto de cada paciente con DM2 se encuentra controlado al día con la cantidad de 47.5 pesos en promedio, y en los pacientes que no están controlados, su gasto es de 57.8 pesos, sin embargo, si el paciente además presenta hipercolesterolemia (colesterol elevado en sangre), se incrementa un poco más.

Si bien la diabetes per se, es una enfermedad, esta se asocia frecuentemente con otras enfermedades, como la hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias entre otros. Si tomamos en cuenta que el gasto promedio es de aproximadamente 53 pesos, representaría un gasto de 1600 pesos mensuales. Cuando se realizó el estudio, el salario mínimo diario era de 62.33 pesos diarios, por lo tanto, este gasto, representa el 84% del salario mínimo, sin contar los demás gastos relacionados con la atención, lo que dificulta el apego del paciente al tratamiento (Ramírez-Hinojosa, 2017).

4.3 Relación entre diabetes y calidad de vida

La salud es la capacidad de adaptación y autogestión ante los retos y necesidades sociales, físicos y emocionales. Al partir de este concepto, es posible también comprender la importancia de la autorregulación y la resiliencia. Ambas tienen en común el control de la mente y por lo tanto de la voluntad, los dos elementos son piezas fundamentales para la formación exitosa de un nuevo comportamiento. Es de vital importancia que se razone y comprenda el propósito de lo que se hace y el sentido del para qué se hace ya que eso le permite al individuo tener claridad en sus propósitos y a su vez estar motivado para lograr un cambio positivo de salud que le hace sentirse autosuficiente para con ello lograr el propósito de manera óptima. “Estos se hacen efectivos cuando el comportamiento es altamente valorado y en línea con el propósito de vida del individuo. Los programas y servicios de intervención deben considerarse que incluyan los componentes en el valor –cognición – emoción” (Chew, Aaron, & Sazlina, 2018).

Sin embargo, cabe señalar que, para una persona que tiene diabetes, el término calidad de vida, pudiera parecer un tanto relativo ya que es importante comprender, lo que para alguien con este padecimiento implica estar y sentirse bien. Para Fernández-López, la calidad de vida se define como “la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo de un grupo de población determinado y su correspondiente valoración subjetiva de satisfacción y bienestar” (2010, p.170). También indican que comprende los siguientes aspectos; “estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad” (2010, p.170). Esto se relaciona con la pirámide de necesidades de Maslow, en donde la felicidad podría equipararse a la autorrealización, la que define como “la realización de las potencialidades de la persona, llegar a ser plenamente humano, llegar a ser todo lo que la persona puede ser; contempla el logro de una identidad e individualidad plena” (Maslow, 1975, p.78).

Es evidente que la salud es una de las principales preocupaciones de la población, razón por la cual, es una de las áreas que más se atiende en los programas de asistencia social. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía, realizó la “Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares” indicándose que la principal causa de muerte de este segmento de la población es la Diabetes Mellitus que afecta al 16.9% de la población. Lo que es preocupante es que nuestro país se encuentra entre los primeros lugares en esta afección a nivel mundial, según la Organización de la Salud (OMS) en 2015. Más del 80% de las muertes por esta situación, se registran en países de ingresos bajos y medios, en donde México está incluido. La OMS, recomienda una dieta saludable, actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal adecuado y evitar el tabaco y el azúcar.

Si bien, cada vez es más posible lograr el control metabólico del paciente, aún se puede mejorar, por lo tanto, mientras más pronto se inicie con el tratamiento recomendado, se logrará con mayor efectividad el control, disminuyendo el riesgo de hipoglucemias y retrasando la necesidad de utilizar insulina. Lo que mejoraría de manera sustancial la calidad de vida y la satisfacción con el tratamiento instaurado. (DePablos-Velasco, 2014)

Si no es posible entonces, tener un estado de salud óptimo, la calidad de vida es muy relativa ya que también se relaciona con el estado emocional negativo de quien se ve afectado por esta enfermedad. De acuerdo con el estudio realizado por Rivera (2012), afirma que la calidad de vida se relaciona con la ansiedad, la desesperanza, la soledad, la incomprensión y como consecuencia un estado depresivo. “La soledad e ideación suicida están asociadas a un estilo de afrontamiento emotivo-agresivo; la capacidad percibida de dar y la espiritualidad basada en la vida están asociadas a un estilo de afrontamiento cognitivo-positivo” (p. 330). Por lo tanto, es de suma importancia considerar el estado de ánimo del paciente, sus necesidades tanto personales como las de su familia y contexto, lo que le ocupa y teme, y, por lo tanto, la manera en como este vive o sobrevive a lo largo de sus días. Queda entonces claro que, el estar y sentirse bien es

primordial y a la par, que sea atendido desde el enfoque tanto médico como psicológico, temas que a continuación presento.

4.4 Relación entre diabetes y la adherencia a recomendaciones médico-nutricionales

Uno de los motores principales para quienes padecen de esta enfermedad son aquellas personas preparadas para brindar apoyo mediante recomendaciones médico-nutricionales. La finalidad de las recomendaciones es lograr que el paciente tenga claridad en la importancia de la modificación de sus hábitos alimenticios para que logre tener un adecuado control del peso, glucosa, grasas, y presión arterial (Hermeza Arámbulo, 2017).

Para lograr la adherencia es de vital importancia informar al individuo acerca de los beneficios de los cambios que puede lograr, y las ventajas que puede tener la persona para que se sienta motivada, además de que continúe con claridad y firmeza su propósito y sobretodo evite entonces recaídas o que suspenda su proceso de cambio para lograr tener una disciplina que idealmente se convierta en un estilo de vida. Sin embargo, en muchas ocasiones las recomendaciones no se llevan a cabo debido a la falta de apoyo de familiares cercanos, falta de voluntad, creencias, comorbilidades, bajo nivel educativo, el tiempo de enfermedad prolongado, el desempleo y la falta de programas de educación en diabetes y lo que genera más angustia, problemas económicos (Ganiyu, 2013). Por lo tanto, es muy importante considerar los diferentes contextos en donde se desenvuelven los individuos para que sean tomadas en cuenta sus actividades, costumbres, niveles sociales y estratos económicos para de esta manera tener un panorama más amplio de la situación que está viviendo el individuo, y así reducir el fracaso en las recomendaciones que se le sugieren (Hernández-Ronquillo, 2003). No obstante, la adherencia a la terapia farmacológica suele ser mayor en la mayoría de los casos, incluso la actividad física, sin embargo, la adherencia a las recomendaciones nutricionales suele ser baja aún cuando la mayoría de los pacientes diabéticos reconocen

la importancia de la adecuada alimentación para tener una mejor calidad de vida y así evitar complicaciones (Gimenes-Faria, 2014). La percepción del paciente sobre su propio bienestar es lo que en la última instancia determina la real CVRS experimentada, pero este hecho a menudo se descuida en la evaluación de resultados de la salud. Es por ello por lo que es determinante integrar un enfoque centrado en el paciente quien de manera voluntaria y consciente decide junto con el médico, adoptar y adaptar los regímenes del tratamiento para satisfacer sus necesidades (Shim, 2012).

Por lo tanto, es importante que el individuo experimente una etapa de sensibilización y asimilación haciendo conciencia de lo que ha vivido de manera consciente durante el proceso de terapia. El individuo puede presentar recaídas, decepciones, pérdida del ánimo y motivación, estadios de tristeza, desesperación entre otros estados de ánimo, por ello, es fundamental el acompañamiento por parte de un terapeuta preparado en este ámbito. Para ello, hay que considerar la relación entre la diabetes y la depresión como elementos sobre los cuales trataré en el siguiente apartado.

4.5 Relación entre diabetes y depresión

Según la Organización mundial de la salud (OMS), la depresión será la causa número uno de discapacidad en el mundo para el año 2020. Además, el estudio de su relación con la DM ha aumentado significativamente. Entre otras cosas debido a que es la principal causa de retiro prematuro, ceguera e insuficiencia renal según la encuesta nacional de salud del 2006.

Como menciona en la 5^a edición, American Psychiatric Association (APA), 2013, el rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. (p, 155). Además, Heredia y Pinto (2008) afirman que la depresión se caracteriza por la dificultad de concentración, de memoria, e incapacidad para la toma de decisiones, además de presentar un punto de vista negativo y persistente.

Los criterios diagnósticos que debe reunir un paciente para que se considere que está pasando por una depresión según (APA, 2013) son:

A. Un periodo importante y persistente del estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (p. 180). La presencia de depresión en diabetes dificulta la adherencia a las recomendaciones médico-nutricionales y, por lo tanto, como menciona Ruiz Flores “El autocuidado es el factor más importante en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2” (Ruiz-Flores, 2013). Por ello, es fundamental para el control de la DM2, la aceptación y motivación por parte del paciente y de las personas cercanas a él. Asociada a la diabetes mellitus, además de la depresión que presentan el 10% de los diagnosticados con diabetes mellitus, se encuentra también la angustia en 18.8% y la ansiedad en 20.2%, mientras que el promedio de la población general el 7.8% presenta depresión, el 3.4% al 12% presenta ansiedad y el 14.3% presenta angustia (Martínez-Vega, 2017).

Según el estudio de Castro Aké, se demostró que la depresión se asocia con el descontrol glucémico, principalmente en el sexo femenino, y en adultos de entre 30 y 45 años, llama la atención que se encontró mayor trastorno depresivo en los pacientes que se conocían diabéticos con más de cinco años de evolución (Castro-Aké, 2009). Por lo tanto, debemos hacer hincapié en la importancia de realizar un diagnóstico preventivo, e

instaurar el tratamiento a tiempo para preservar la calidad de vida, y facilitar la adherencia a las recomendaciones médico-nutricionales.

Este diagnóstico que puede ser preventivo o en su caso, hacer más llevadero el proceso del padecimiento de la diabetes. Y, por lo tanto, el trabajo psicoterapéutico puede aportarle herramientas a la persona para que pueda encausar sus energías para que visualice un nuevo rumbo y entonces se propicien situaciones, pensamientos y actitudes más positivas conducidas a mayores niveles de satisfacción. Y como consecuencia el ser humano viva más pleno gracias al acompañamiento integral que se le brinde por medio de la psicoterapia, de la cual es cada vez más indispensable considerar en nuestros tiempos actuales.

4.6 Relación entre diabetes y la psicoterapia

La relación que existe entre la diabetes y la psicoterapia es la conducta. La conducta entonces es lo que el ser humano manifiesta a partir de su estado mental y emocional. Si la conducta es el resultado de los pensamientos y emociones de la persona, entonces es de suma importancia saber qué creencias son las que dirigen sus acciones las cuales le benefician o afectan de manera negativa en su vida. Cuando una persona, en este caso paciente, padece de diabetes, es primordial considerar todo aquello que siente y piensa que le permitan vivir en óptimas condiciones y no todo lo contrario, estar sobreviviendo. Justo en este proceso, la conducta de la salud es un elemento vital para el paciente, ya que es el motor principal que le permite estar en óptimas condiciones de vida. “La conducta de la salud está regulada tanto por la educación sanitaria que una persona recibe, como por su situación vital concreta e inmediata. Las conductas de salud incluyen todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general, como, por ejemplo, seguir una dieta equilibrada o hacer ejercicio físico” (Beneit, 1994, p.29).

Sin la adherencia del paciente a las terapias efectivas, el control de las enfermedades sería deficiente con el riesgo del incremento en las complicaciones relacionadas con la diabetes, tendría mayor daño en la calidad de vida, y por lo tanto un aumento en la necesidad de la asistencia sanitaria. Es por eso por lo que es de imperiosa necesidad el apoyo psicosocial ya que el actual requiere de una atención mucho mayor para cubrir a toda la población ya que requiere atención integral y para ello es un área de oportunidad muy importante.

Los temas claves para brindar apoyo son: la emoción en relación con otras teorías psicológicas, dominios como la cognición, la autorregulación, autoeficacia y el comportamiento. Por lo tanto, los temas importantes para dialogar son: la fuerza de voluntad, resiliencia, percepción de la enfermedad y afrontamiento proactivo en la ejecución de nuevos comportamientos necesarios para hacer frente al pensamiento orientado hacia el futuro y las influencias de percepción de la enfermedad sobre conductas relacionadas con la salud (Chew, 2014).

Tener una dieta equilibrada durante el desarrollo, así como hacer ejercicio son los beneficios de los buenos hábitos que desde edad temprana es posible inculcar, se le llaman conductas reductoras de riesgo y son las que ayudan a reducir las contingencias que se asocian con algunos trastornos o enfermedades.

Además, tanto las conductas de salud como las conductas reductoras de riesgos son importantes ya que ambas, si son adquiridas desde la edad temprana, estas se convierten en hábitos de salud que ya forman parte del individuo de una manera inconsciente. “Una característica crucial de los hábitos de salud es que son conductas aprendidas y, por consiguiente, se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje” (Beneit, 1994, p. 29). En cambio, si estas conductas de salud no son aprendidas desde la edad temprana lo más probable es que la persona tenga muy malos hábitos y por ende su salud esté continuamente en riesgo. Como consecuencia entonces, es el mal hábito de consumir alimentos y medicamentos sin una supervisión y por ende contraer una o varias enfermedades como lo es la diabetes Mellitus tipo 2.

Es por eso, que ahora es tan importante hacer conciencia de los buenos hábitos que nos previenen de situaciones de riesgo. Para ello, el tratamiento óptimo de la DM2 se centra en la administración de medicamentos, en incentivar al paciente a practicar actividad física con regularidad y modificar los hábitos alimenticios que no fueron inculcados en otra etapa de su vida. Sin embargo, se ha dejado de lado el área psicosocial, y de esta manera la responsabilidad cae en el médico, y, por lo tanto, el paciente recibe un tratamiento parcial y unidimensional. Por lo que, en este trabajo de grado, se propone realizar una visión más integral donde se logre dar la oportunidad al paciente se vuelva consciente y responsable de su enfermedad. Si bien, varios modelos han hecho su aportación a la clínica, estudios publicados por Camic y Knight (1998), han demostrado que la técnica más eficaz para problemas psicológicos en enfermedades crónicas son los modelos cognitivo-comportamentales, tal es el caso de la diabetes mellitus.

La motivación que se les da a los pacientes suele ser una de las mejores estrategias para lograr modificar las conductas de la salud, es por ello por lo que se debe hacer énfasis en que se establezca una óptima relación entre psicoterapeuta y paciente, donde exista una mutua comunicación para lograr una adecuada toma de decisiones, y así lograr la adherencia.

Sin duda, “si un paciente no comprende las recomendaciones que se le dan, puede interpretar inadecuadamente las cosas que debe hacer” (Latorre-Postigo, 1994, p. 159). Esta situación trae como consecuencia que el paciente considere que el médico no sea “atinado” o que esa receta “no le sirva” y finalmente desista de su propósito inicial que es estar sano o saludable y su situación se agrave, además de sentirse decepcionado y finalmente sin motivación alguna para recuperarse. Es por ello por lo que es tan importante darle continuidad a lo que el paciente comprende y lo que hace con lo que se le recomienda tanto en el campo de la medicina como en el de la psicoterapia.

Para favorecer esta se utiliza la terapia cognitivo conductual (TCC), que tiene como finalidad “modificar sus emociones y mejorar el comportamiento de afrontamiento, ayudándoles a identificar sus creencias disfuncionales para contrastarlas con la realidad, de esta manera podrán ser reemplazadas por creencias más apropiadas o realistas” (Montes-Delgado, 2013). Tal como lo dice Beck, esta se basa en el supuesto teórico de que los afectos y la conducta de una persona están determinados en gran medida por el modo que ésta tiene de estructurar el mundo en su mente (Beck, 1967, citado por Beck, 1984).

Por medio de la TCC se observa el comportamiento y las emociones que presenta el paciente y que pueden ser equivocadas, y, por lo tanto, provoca reacciones desmesuradas que dan como resultado una mala elección para enfrentar el problema, como afirma Riveros (2005) que, desde la óptica de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud, la calidad de vida denota la forma de responder del individuo ante las situaciones cotidianas. El objetivo de la TCC es favorecer el desarrollo de habilidades del paciente diabético para el afrontamiento de la enfermedad, ayudándoles a identificar sus creencias distorsionadas, a contrastar dichas creencias con la realidad y a reemplazarlas por creencias más apropiadas o realistas.

Para eso es importante identificar la tríada cognitiva, la que consiste en tres patrones principales que inducen al consultante a considerarse a si mismo, a su futuro y a sus experiencias de un modo particular.

El primer componente de esta tríada se centra en la visión negativa el consultante tiene de si mismo. En ocasiones el consultante piensa que es inútil y carece de valor porque tiende a sentirse defectuoso psíquica, moral o físicamente. Y por esto al sentirse defectuoso cree que por ello le suceden cosas desagradables. Esto hace que el consultante se critique mucho a sí mismo y cree que carece de los atributos que el considera esenciales para lograr la felicidad y las metas que se plantea.

El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. El consultante claramente interpreta sus

interacciones con el mundo externo y con su mundo interno en términos de derrota o frustración.

Y el tercer componente se centra en la visión negativa del futuro. El consultante espera del futuro frustraciones, privaciones y penas interminables. Sus expectativas son de fracaso ante alguna tarea planteada para el futuro inmediato, o lejano (Beck, 1979).

Por lo tanto, el psicoterapeuta ayuda al consultante a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. Lo anterior se lleva a cabo a través de varias de técnicas cognitivas y conductuales con las cuales se delimitan y se ponen a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. Estas técnicas son muy específicas y están diseñadas para enseñar las siguientes operaciones al paciente: controlar los pensamientos es decir las cogniciones automáticas negativas, identificar las relaciones entre cognición el afecto y la conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar las experiencias.

Debido a que la calidad de vida y la adherencia terapéutica difícilmente se pueden mejorar si se ignoran sus componentes, un objetivo básico en estudios de este tipo ha constituido en analizarlos, examinando su contribución relativa al bienestar del paciente. Se busca que este conocimiento permita diseñar y, en su caso, instrumentar intervenciones que restauren o mejoren la calidad de vida y la adherencia terapéutica de esa población. Para someter a prueba la eficacia de estas intervenciones se requieren sistemas de registro y observación adecuados, sensibles, válidos y confiables desde la óptica del comportamiento, y por lo tanto se genera una tendencia a aumentar la adherencia en los pacientes debido a que logran según Candelaria, García y Estrada (2016), una mayor una implicación personal y percepción de apoyo social. Por lo tanto, como lo mencionan Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) estas variables, en conjunto con el

apoyo psicológico, favorecen la adherencia terapéutica por medio del apoyo de las técnicas que a continuación se mencionan:

La Desensibilización sistemática y técnicas de relajación

Esta técnica es utilizada para reducir la ansiedad y las conductas evasivas suscitadas ante ciertos estímulos. El uso de esta técnica consiste esencialmente en inducir en el consultante una respuesta de relajación mientras se le hacen suposiciones para que con su imaginación pueda lograr afrontar el problema a través de estímulos que gradualmente la intensidad de una situación a la cual el consultante teme afrontar. Al mantener al individuo en ese estado de relajación, se logra controlar en gran medida las respuestas de ansiedad.

Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales

Esta técnica consiste en generar cambios de comportamiento a través del aprendizaje de nuevas formas para resolver o afrontar alguna situación. El proceso del aprendizaje puede ser por medio de la observación o sustitución una acción por otra que puede ser mucho más benéfica para el consultante. Es entonces cuando por imitación de una conducta de un modelo, aprende también las consecuencias de la acción y con ello también es importante considerar los efectos de la acción incluyendo la extinción o reforzamiento de la acción o hábito que se pretende lograr para obtener buenos resultados.

Los cuatro procesos básicos del aprendizaje que se obtiene por medio de la observación son: a) atención, b) retención, c) reproducción y d) motivación. Si el consultante no logra imitar o realizar correctamente el proceso es debido a su falta de atención o distracción al estar observando las actividades relevantes, una inadecuada comprensión de las conductas modeladas y a su vez la falta de retención precisa en su memoria, un reforzamiento inadecuado o deficiencias motoras.

Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas

El objetivo principal de la Terapia Racional Emotiva Conductual y la Terapia Cognitiva es eliminar los pensamientos negativos, sesgos cognitivos y creencias inadecuadas que generan y mantienen comportamientos desadaptados o que provocan un malestar emocional. Este tipo de terapias se les nombran: Terapias de Reestructuración Cognitiva. Existen algunos procesos y meta procesos cognitivos básicos que requieren de supervisión para evitar que se incrementen los problemas psicológicos y de relación social. Para ello es importante tener en cuenta los procesos de autorregulación emocional, así como de reflexión, análisis y toma de decisiones que son habilidades cognitivas que permiten afrontar con éxito una situación o reducir el malestar que es el resultado de la presencia de acontecimientos vitales que pueden ser negativos y por ello la importancia de conocer estas habilidades y técnicas.

Conclusión: Después del planteamiento actual en el que se vive inmerso el ser humano tanto en países desarrollados como en países como México, es inminente proponer un cambio frente a las exigencias para dar respuestas inmediatas en el ámbito social, cultural y laboral que la sociedad se ha visto cada vez más sometida, donde la calidad de vida es menor y como consecuencia la cultura del consumo inmediato aleja al individuo de su bienestar, lo confunde o lo pierde y finalmente la salud corporal y emocional son las facturas que de manera inconsciente se tienen que pagar a un precio muy elevado y esto afecta no sólo al individuo sino a todo un núcleo familiar. Una de las enfermedades que ahora se están presentando a edades mucho más tempranas es la diabetes mellitus tipo dos. Las estadísticas muestran el alto índice de propensión a la diabetes y a la muerte silenciosa. Es por ello por lo que el propósito de este trabajo de grado pretende lograr que a través de la terapia cognitivo conductual, el paciente se apegue a las recomendaciones médico-nutricionales para que pueda tener claridad y determinación durante su autogestión la cual le implica hacer la rutina con dieta, ejercicio y tener actitudes más positivas conducidas a mayores niveles de satisfacción en su calidad de vida como paciente con diabetes mellitus tipo dos (DM2).

Debido al contexto actual que enfrentan los pacientes con diabetes mellitus (DM) necesitan tratamiento psicológico de apoyo a lo largo de su vida útil desde el momento del diagnóstico. La composición psicológica de los pacientes con DM juega un papel central en los comportamientos de autogestión. La autogestión es el sentido de responsabilidad del ser humano.

5. Marco metodológico

Diseño de la investigación

Se llevó a cabo mediante una visión fenomenológica, estudio de caso, cualitativo y cuantitativo. Considero que para el tipo de investigación que se va a llevar a cabo, el método fenomenológico es el más adecuado. Debido a que, este método permite, comprender y abordar la experiencia y la subjetividad de cada persona. La fenomenología es la ciencia que estudia los fenómenos, y consiste en permitir que sea posible ver lo que se muestra tal como se está mostrando (Mártinez, 1996). Se identificó que la fenomenología y su método facilitan el acceso a las realidades que por su naturaleza solo pueden ser estudiadas, captadas y comprendidas, partiendo de lo que surge del marco interno de lo que el individuo vive y experimenta, pues se trata de una realidad interna y única. Dicho método permite que los fenómenos que se manifiestan por sí mismos, respetando las formas de expresión y lo que se desea expresar desde su propia realidad y perspectiva, tal y como se están viviendo. La fenomenología trata más bien con significados que con hechos y describe lo que está sucediendo, cómo es que sucede, lo que le permite finalmente hacer reflexiones en base a lo descrito y poder descubrir la parte esencial de la descripción, que pudiera aproximarse más a los significados.

Otro método con el que trabajaremos es el estudio de caso, es la investigación de un fenómeno actual en un contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno contemporáneo de su contexto de la vida real no son evidenciables como lo afirma Yin (1994) en Yacuzzi (2005), una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distinta en la cual hay muchas más variables que generan interés que datos observacionales, es por eso que como resultado, se basa en varias fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación, que generan como resultado, un desarrollo previo de proposiciones teóricas que en conjunto se obtiene la recolección y análisis de datos. (Yacuzzi, 2005)

También se utilizará una metodología mixta es decir tanto cualitativa como cuantitativa, con la finalidad de poder responder de manera simultanea a las preguntas explicativas y confirmativas, como lo menciona Kathryn Pole (2009), por lo tanto, cuando se decide triangular estamos buscando responder nuestra interrogante desde las dos aproximaciones que parten de premisas distintas, mientras que desde la aproximación cuantitativa, se habla de variables, en el sentido que éstas pueden cambiar, situación que estaría supeditada al nivel de medición que puede ser nominal, ordinal, intervalar o de razón. Por otro lado, la perspectiva cualitativa habla de dominios, dimensiones y categorías a estudiar. Es común en como lo mencionan (Vera & Villalon, 2005) “los métodos cualitativos el hecho de que durante el proceso de investigación “afloran” las dimensiones y realidades que son relevantes para el tema que se investiga, y no es posible “fijar” tales dimensiones antes de la ejecución de la investigación misma, al modo como se hace con las variables en la investigación cuantitativa” (p. 87). La investigación cualitativa, lo que se busca es reconocer dimensiones del problema que se investiga, dimensiones que posteriormente serán investigadas con mayor profundidad.

Sin embargo, en ambas aproximaciones cuantitativa y cualitativa, podemos utilizar diversos tipos de instrumentos. Desde una perspectiva cuantitativa, los datos a obtener ya estarían delimitados a priori a partir de las variables definidas y su operacionalización. En cambio, desde una perspectiva cualitativa, los datos que se obtienen podrían dar cabida a otros datos y sus relaciones, distintos a los concebidos inicialmente en nuestra pregunta de investigación. Por lo tanto, “Al triangular, entonces, estamos respondiendo con distintos alcances y niveles de profundidad a nuestra pregunta, tarea no simple, pero tampoco imposible” (Vera & Villalón, 2005, p. 87).

Participantes

Se llevó acabo el estudio de los resultados del control de glucosa en sangre y calidad de vida de un consultante adulto, con diagnóstico de diabetes tipo 2, a dos consultantes uno a quién además del tratamiento médico y las recomendaciones nutricionales se

acompañó con psicoterapia de tipo Cognitivo Conductual, y se compararon los resultados entre ellos para identificar si con la psicoterapia pudo lograr mayor apego del consultante a las recomendaciones nutricionales.

Criterios de inclusión

Los individuos de la muestra fueron adultos entre 30 y 65 años, diagnosticados previamente con DM2 y bajo tratamiento médico, que no hayan recibido terapia psicológica relacionada con dicha enfermedad, que acudan a consulta nutricional y psicoterapéutica una vez por semana y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos del estudio los consultantes que no cumplieron los requisitos anteriores, quienes abandonaron o no asistan a las citas, no llenen las pruebas solicitadas y no firmen el consentimiento informado.

Instrumentos

Como se advirtió en el diseño de la intervención, esta es de metodología mixta con el método de triangulación de datos cuantitativos y cualitativos, por tal motivo, en este apartado se describen los instrumentos de recolección de datos mixto.

Instrumentos cuantitativos:

1. El instrumento Diabetes 39

En su versión en idioma español hablado en España, fue proporcionado por G. Boyer,¹⁵ uno de los autores de su versión original en inglés, mediante comunicación personal. Esta versión en español, que no contaba con validación previa, fue adaptada

al español hablado en México mediante modificaciones mínimas en la redacción de algunos ítems, por consenso de un panel de cinco investigadores con experiencia en la construcción y validación de cuestionarios, con el fin de facilitar su comprensión en los pacientes mexicanos con DM-2.

El cuestionario contiene 39 ítems cerrados que se agrupan en cinco secciones: Energía-Movilidad (15 ítems: 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36), Control de la diabetes (12 ítems: 1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31 y 39); Ansiedad-preocupación (cuatro ítems: 2, 6, 8 y 22), Carga social (cinco ítems: 19, 20, 26, 37 y 38) y Funcionamiento sexual (tres ítems: 21, 23 y 30) (véase el anexo). Los pacientes responden qué tanto está afectada su calidad de vida durante el último mes por la acción o actividad que expresa cada ítem, colocando una X en una escala de tipo análoga visual modificada, que en su versión original se presenta como una línea horizontal continua con marcas verticales que delimitan espacios donde se ubican los números 1 al 7, cuya escala de valores es el número 1 para nada afectado en lo absoluto y el 7 a sumamente afectado en la calidad de vida. Cuando la X toca alguna marca vertical, la calificación debe redondearse en 0.5 puntos por arriba o por debajo de la puntuación contenida entre las dos marcas próximas al número elegido, por lo que las puntuaciones mínima y máxima para cada respuesta van de 0.5 a 7.5. A continuación, las puntuaciones de cada sección se transforman a una escala de 0 a 100 mediante una fórmula para su conversión lineal. Contiene dos ítems finales que califican la percepción del paciente acerca de su calidad de vida de manera global, con un rango del 1 (mínima) al 7 (máxima), y la severidad de la diabetes con un rango del 1 (ninguna severidad) al 7 (extremadamente grave).

El primer ítem permite medir la percepción que el paciente tiene de su calidad de vida como un todo y determinar si existe correlación entre ésta y la calificación global de la calidad de vida obtenida con el instrumento. El instrumento no contiene una definición de calidad de vida, por lo que el paciente contesta de acuerdo con lo que significa este concepto en su percepción individual. El segundo ítem mide la percepción que el paciente

tiene sobre la severidad de su diabetes y permite identificar si hay congruencia de este valor con la calificación de su calidad de vida.

Para el presente estudio, una barra horizontal dividida en celdas que contienen en su interior los números del 1 al 7 sustituyó a la línea, y se asignó la puntuación de la celda donde se ubicó la X sin hacer aproximaciones de 0.5 puntos para simplificar su calificación.

La suma de las puntuaciones obtenidas en cada sección, la puntuación total y las calificaciones de autopercepción de la calidad de vida y de la gravedad de la diabetes fueron transformadas a una escala de 0 a 100 con el auxilio de las siguientes fórmulas para su transformación lineal:

- Energía y movilidad: $[(\text{calificación cruda} - 15) / (105-15)] \times 100$
- Control de la diabetes: $[(\text{calificación cruda} - 12) / (84-12)] \times 100$
- Ansiedad-preocupación: $[(\text{calificación cruda} - 4) / (28-4)] \times 100$
- Carga social: $[(\text{calificación cruda} - 5) / (35-5)] \times 100$
- Funcionamiento sexual: $[(\text{calificación cruda} - 3) / (21-3)] \times 100$
- Calificación total: $[(\text{calificación cruda} - 39) / (273-39)] \times 100$
- Calidad de vida: $[(\text{calificación cruda} - 1) / (7-1)] \times 100$
- Severidad de la diabetes: $[(\text{calificación cruda} - 1) / (7-1)] \times 100$

No se contempla una ponderación especial para la calificación de cada sección en la calificación global más allá de la que representa el número de ítems de cada una de las mismas, y la puntuación total refleja la afectación en el concepto calidad de vida como un todo.

2. Escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Se utilizó un diseño de prueba diagnóstica, en el cual se seleccionó como estándar de oro la Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, 1.1), que es una entrevista altamente estructurada, y se basa en los criterios diagnósticos de investigación de la CIE–10. La CIDI en su apartado de depresión consta de 78 preguntas dicotómicas e identifica la presencia y los grados de depresión. Esta cédula se ha utilizado en México, por diversos autores, en estudios clínico-epidemiológicos para diagnosticar trastornos depresivos.

Se obtuvo información de variables independientes: edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad y comorbilidad –que incluyó hipertensión arterial y antecedente de enfermedad vascular cerebral, complicaciones de la diabetes (retinopatía y nefropatía diabética) y antecedentes heredofamiliares de DM2.

Este estudio indica que la ECDD puede considerarse como un instrumento válido para identificar depresión en pacientes con diabetes mellitus, en atención primaria, ya que mostró una alta capacidad para:

- a) Diagnosticar la depresión cuando ésta se encuentra presente.
- b) Identificar correctamente la ausencia de depresión.
- c) Predecir depresión en los pacientes que tuvieron resultados positivos durante la prueba.
- d) Predecir que los pacientes no tuvieran depresión en aquellos en quienes la prueba fue negativa.

El mejor punto de corte obtenido en la ECDD fue de 6, ya que con éste se logró el mejor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad, lo que nos permitió identificar a los deprimidos leves, moderados y graves, a diferencia de los puntos de corte 8 y 11 con los que únicamente se identificó a los moderados y graves, respectivamente.

- Es de fácil aplicación –debido a que sólo consta de 13 reactivos–, así como de fácil comprensión –al usar respuestas dicotómicas–, lo que permite su utilización en un tiempo corto para sospechar o descartar depresión y para confirmarla.

- Permite la clasificación de los diferentes niveles de depresión y tener un filtro para sospechar o descartar la enfermedad con la utilización de las tres primeras preguntas.

Por otra parte, algunas de las limitaciones encontradas en nuestro estudio fueron:

- De la muestra, 68.6% lo constituyeron mujeres; esta situación pudo influir para que la depresión en este grupo haya sido más frecuente; sin embargo, es consistente con lo que se informa en otros estudios, en los cuales las mujeres presentan depresión en mayor porcentaje con relación a los hombres.

- La validación efectuada sólo permitió hacer estimaciones para depresión leve y moderada, ya que el poder del estudio no fue suficiente para identificar depresión grave, la cual presenta una baja prevalencia (menos de 2%).

Instrucciones de aplicación

Al finalizar esta entrevista, por favor clasifique el nivel de depresión que presenta el paciente de acuerdo con los siguientes criterios y coloque una X en el paréntesis en el diagnóstico que corresponda en el recuadro final de esta sección.

DEPRESIÓN LEVE

- Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas del Criterio B (preguntas 1 a la 3) del anexo A, más la presencia de al menos cuatro respuestas positivas de los síntomas del Criterio C (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

DEPRESIÓN MODERADA

- Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas del Criterio B (preguntas 1 a la 3) del anexo A, más la presencia de al menos seis respuestas positivas de los síntomas del Criterio C (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

DEPRESIÓN GRAVE

- Presencia de respuestas positivas de los tres síntomas del Criterio B (preguntas 1 a la 3) del anexo A más la presencia de al menos ocho respuestas positivas de los síntomas del Criterio C (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

AUSENCIA DE DEPRESIÓN

- No reúne ninguno de los criterios anteriores.

1. DEPRESIÓN LEVE ()
2. DEPRESIÓN MODERADA()
3. DEPRESIÓN GRAVE ()

AUSENCIA DE DEPRESIÓN

Sin embargo, esta escala permite al médico familiar identificar a pacientes diabéticos con depresión leve y moderada, en quienes los síntomas de ésta son menos aparentes y pueden ser atribuidos al padecimiento de base DM2; estos dos niveles de depresión representan el mayor porcentaje de casos que hay en atención primaria (27%), a diferencia de la depresión grave cuya prevalencia es mínima (1.7%), y los síntomas que se presentan en esta etapa son más claros, por lo cual es posible detectarla aun sin la aplicación de una escala clinimétrica.

3. Control diario de Glucemia

Para el control diario de la glucemia, se realizó exprofeso un instrumento (apéndice 4) en el cual el paciente realizó el registro, en el primer apartado se llevó el control de los niveles de glucosa capilar antes y después de cada alimento, aunque no era necesario hacerlo en cada comida, donde se reportó el resultado expresado que mostró el glucómetro en mg/dl.

En el apartado de Seguimiento de la recomendación nutricional, se reportaron como consideró el paciente que logró el apego a las recomendaciones nutricionales, utilizando las opciones, A) Excelente, B) Bien, C) Regular, D) Mal y E) Pésimo.

El tercero se refiere a las situaciones que el paciente diabético consideró que pudieron modificar en alguna manera la manera en que el pudo seguir las recomendaciones alimenticias exclusivamente. Es decir, buscar la manera de que el consultante descubra que situaciones favorecen para la mejor adherencia a las recomendaciones alimenticias.

En el último apartado, el paciente registró las emociones experimentadas durante las 5 diferentes comidas ya que estas son la evidencia de que somos seres en expresión y por lo tanto, a través de este apartado se incentivó al consultante a explorar las mayor variedad de emociones que se están sintiendo.

Estos formatos se revisaron durante la sesión de psicoterapia para hacer los ajustes pertinentes que arrojen cada uno de los rubros.

4. Audio grabaciones

Cada una de las sesiones semanales de psicoterapia, se audio grabó, y transcribió en su totalidad, para hacer un análisis de la narrativa y las experiencias que el consultante compartió en cada sesión. Para posteriormente realizar un análisis que cuente con las suficientes evidencias de las emociones, pensamientos y reacciones expresadas por el consultante que tienen cabida a lo largo de cada sesión realizada, como parte fundamental del trabajo de grado.

5. Diario de campo

Se realizó un diario de campo que es un instrumento donde se registrarán los hechos que son susceptibles de ser interpretados. Esta que es una herramienta que permitió sistematizar las experiencias para luego analizar los resultados. En este se llevó a cabo una observación general, se registraro todo lo que se vea en ese primer contacto (olores,

sonidos, clima, acciones) y se describieron las sensaciones e impresiones que le causan aquellos elementos al científico que está realizando ese citado diario. Este documento debe incluir conclusiones, diferenciar lo que son los elementos generales de los elementos propios del estudio o anotar los periodos de observación de una manera cronológica.

Definición de variables

Para la presente investigación se establecieron como **variables independientes** la calidad de vida y la depresión, como variable dependiente de la adherencia a las recomendaciones nutricionales. Como variables de control se contempló las variables sociodemográficas. En la tabla 1 se presenta la definición conceptual y operacional.

Tabla 1. *Definición conceptual y operacional.*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Calidad de vida	La calidad de vida es muy relativa ya que también se relaciona con el estado emocional negativo de quien se ve afectado por esta enfermedad. De acuerdo con el estudio realizado por Rivera (2012), afirma que la calidad de vida se relaciona con la ansiedad, la desesperanza, la soledad, la incomprensión y como consecuencia un estado	El instrumento Diabetes 39, contiene 39 ítems cerrados que se agrupan en cinco secciones: Energía-Movilidad (15 ítems: 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36), Control de la diabetes (12 ítems: 1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31 y 39); Ansiedad-preocupación (cuatro ítems: 2, 6, 8 y 22), Carga social (cinco ítems: 19, 20, 26, 37 y 38) y Funcionamiento sexual (tres ítems: 21, 23 y 30).

	<p>depresivo. “La soledad e ideación suicida están asociadas a un estilo de afrontamiento emotivo-agresivo; la capacidad percibida de dar y la espiritualidad basada en la vida están asociadas a un estilo de afrontamiento cognitivo-positivo” (Rivera-Ledesma, 2012)</p>	<p>Las puntuaciones de cada sección se transforman a una escala de 0 a 100 mediante una fórmula para su conversión lineal. Contiene dos ítems finales que califican la percepción del paciente acerca de su calidad de vida de manera global, con un rango del 1 (mínima) al 7 (máxima), y la severidad de la diabetes con un rango del 1 (ninguna severidad) al 7 (extremadamente grave).</p>
<p>Depresión</p>	<p>La presencia de depresión en diabetes dificulta la adherencia a las recomendaciones médico-nutricionales y, por lo tanto, como menciona Ruiz Flores “El autocuidado es el factor más importante en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2” (Ruiz-Flores, 2013). Por ello es fundamental para el control de la DM2, la aceptación y motivación por parte del paciente y de las personas cercanas a él.</p>	<p>La CIDI en su apartado de depresión consta de 78 preguntas dicotómicas e identifica la presencia y los grados de depresión. Esta cédula se ha utilizado en México, por diversos autores, en estudios clínico-epidemiológicos para diagnosticar trastornos depresivos. Se obtuvo información de variables independientes: edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad y comorbilidad –que incluyó hipertensión arterial y antecedente de enfermedad</p>

Asociada a la diabetes vascular cerebral, mellitus, además de la complicaciones de la diabetes depresión que presentan el (retinopatía y nefropatía 10% de los diagnosticados diabética) y antecedentes con diabetes mellitus, se heredofamiliares de DM2. encuentra también la angustia en 18.8% y la ansiedad en 20.2%, mientras que el promedio de la población general el 7.8% presenta depresión, el 3.4% al 12% presenta ansiedad y el 14.3% presenta angustia (Martínez-Vega, 2017).

Procedimiento

El proceso terapéutico mediante la Terapia Cognitivo Conductual requiere seguir algunos pasos que para el terapeuta es importante considerar en el momento mismo en el que sea implementado durante la intervención. Para llevarlo a cabo, es necesario que inicialmente el terapeuta identifique el motivo de la consulta al identificar las quejas y demandas que el paciente manifieste (Gavino, 2002).

Durante el tratamiento, se emplearon las técnicas más propicias para que ya no existan quejas y alcanzar las demandas, es decir, se deberán eligieron aquellas que facilitaron la erradicación de comportamientos inadecuados; y también aquellas que retroalimentaban las conductas establecidas como metas a conseguir. Para ello, fue

necesario identificar aquellas por procesar y el orden en el que se efectuará la intervención de estas.

En el trascurso del tratamiento, el psicoterapeuta recolectó resultados de la intervención, justo con la finalidad de observar si los objetivos se fueron logrando conforme avanzó la terapia, es decir, si se encontraron indicios de evolución del tratamiento.

Ya que se entendió la forma como se trabajará por medio de este modelo terapéutico, se continúa justo con la intención de implementar algún programa de intervención de acuerdo con las condiciones particulares que se presenten. Es necesario establecer una agenda al comienzo de cada sesión, la cual deberá contemplar los temas determinados tanto por el consultante como por el terapeuta, los cuales son de relevancia para la persona y para el proceso del tratamiento. Así también contempló un orden, que comienza por incluir aquellas experiencias que el consultante tiene desde la última sesión a la actual, tomando en cuenta los sucesos que presenta y expresa, así como también, las tareas de la terapia que elabora en casa. Ésta también incluye los registros diarios de pensamientos y conductas, los cuales permiten al terapeuta analizar el impacto de la terapia durante las sesiones.

Así pues, durante la intervención se deben de atender las necesidades que el consultante va manifestando tanto al inicio como al final de la sesión. De esta manera, se cumple con el objetivo terapéutico propuesto, a través del empleo de las estrategias y técnicas planeadas por el terapeuta.

Este estudio se llevó a cabo en 11 citas, una vez por semana, en la primera cita se aplicaron los instrumentos y se explicó la manera como trabajamos durante este proyecto.

Durante las siguientes 3 citas se pretendió conocer al consultante y se trabajo en establecer confianza, buen entendimiento y alianza terapéutica.

En las siguientes semanas se creó un objetivo semanal que se dividió en tareas diarias como lo recomienda Judith Beck (2009)

Semana 5	Sentar las bases	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escribe las ventajas de seguir una alimentación saludable 2. Come sentado 3. Reconoce tus logros 4. Come despacio y conscientemente 5. Busca un socio de dieta 6. Prepara tu entorno
Semana 6	Iniciar con los preparativos para iniciar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saca tiempo y energía 2. Elige un plan de ejercicio 3. Márcate un objetivo que puedas alcanzar 4. Distingue el hambre de las ganas de comer y el deseo compulsivo de comer 5. Supera el deseo compulsivo de comer 6. Planifica tu día de dieta
Semana 7	Comenzamos con la dieta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registra lo que comes 2. Evita comer lo que no tienes planeado 3. Deja de comer más de la cuenta 4. Cambia la idea de lo que es estar lleno 5. Deja de engañarte a ti mismo 6. Retoma el buen camino 7. Prepárate para subirte a la báscula
Semana 8	Controla los pensamientos sabotadores	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué le vamos a hacer? 2. El síndrome de la injusticia 3. No te desanimes 4. Identifica los pensamientos sabotadores 5. Reconoce tus errores de pensamiento

		<ol style="list-style-type: none"> 6. Domina la técnica de las siete preguntas 7. Prepárate para subirte a la báscula
Semana 9	Supera las dificultades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resiste los ofrecimientos de comida 2. No pierdas el control cuando comas fuera 3. Toma una decisión acerca del alcohol 4. prepárate para viajar 5. La comida y las emociones 6. Resuelve los problemas 7. Prepárate para subirte a la báscula
Semana 10	Consolida tus nuevas habilidades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Créetelo 2. Reduce el estrés 3. Períodos de estancamiento 4. Siga haciendo ejercicio 5. Enriquezca su vida 6. Elabore una lista de tareas 7. Practica todo lo que puedas
Semana 11	Cierre	Se realizan por tercera vez los instrumentos Diabetes 39 y de la Escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión.

Consideraciones éticas

En la presente investigación, el foco central de estudio es personas que padecen diabetes mellitus tipo 2. Es de suma relevancia considerar el aspecto ético de este trabajo ya que los participantes comparten información que puede colocarlos en un estado de vulnerabilidad en la que es importante respetar su vida personal y por ello procurar que la información que se confíe sea privada.

En primera instancia, se llega al acuerdo con el participante, para ajustar detalles como la hora, el lugar y la duración de las entrevistas necesarias para el trabajo de grado. Es necesario explicarle claramente en qué consiste y si está dispuesto a que la sesión sea audio grabada e incluso video grabada. Antes del inicio de la entrevista se les entregó un documento donde con su firma avalan su consentimiento, así como la opción de que, si decidiera cambiar de opinión, en cualquier momento, pueda sentirse en la libertad de solicitar que no se utilice la información para los términos en que fue descrita y se cancele entonces su participación sin ninguna consecuencia.

El resguardo de los aspectos personales y su garantía fueron indispensables para la generación de la confianza entre el investigador y el participante.

El consentimiento firmado, para tal efecto, se relaciona con el respeto a las personas y a su libertad de decisión. En este sentido, se especificó la información al participante en cuanto al propósito, procedimiento, garantía de confidencialidad y se corrobora que cada uno de los participantes comprendan dicha información para evitar confusiones y consecuencias no deseadas.

Una vez que quedó aclarado que, tanto su nombre, como su identidad no es revelada sino con sobrenombres esto le permitió al participante sentirse seguro para tener la garantía de la confidencialidad de su información.

Análisis de datos

Para comprobar si los resultados son significativos se llevó a cabo el procedimiento Prueba *T de student* para muestras independientes debe utilizarse para comparar las medias de dos grupos de casos, es decir, cuando la comparación se realice entre las medias de dos poblaciones independientes. Como lo menciona Sánchez (2015), lo ideal es que para esta prueba los sujetos se asignen aleatoriamente a dos grupos, de forma

que cualquier diferencia en la respuesta sea debida al tratamiento o falta de tratamiento y no a otros factores.

Diabetes 39.

Este cuestionario de evaluación de la calidad de vida en pacientes diabéticos de 39 reactivos se divide en las siguientes 5 secciones, energía y movilidad, control de la diabetes, ansiedad y preocupación, carga social y funcionamiento sexual.

El paciente responde que tan afectado se siente en relación con su calidad de vida durante el ultimo mes en escala de 1 al 7 donde 1 es nada afectado y 7 sumamente afectado. A continuación, las puntuaciones de cada sección se transforman a una escala de 0 a 100 mediante una fórmula para su conversión lineal.

El instrumento no contiene una definición de calidad de vida, por lo que el paciente contesta de acuerdo con lo que significa este concepto en su percepción individual. El segundo ítem mide la percepción que el paciente tiene sobre la severidad de su diabetes y permite identificar si hay congruencia de este valor con la calificación de su calidad de vida.

Escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión

Este estudio indica que la ECDD puede considerarse como un instrumento válido para identificar depresión en pacientes con diabetes mellitus, en atención primaria, ya que mostró una alta capacidad para:

- a) Diagnosticar la depresión cuando ésta se encuentra presente.
- b) Identificar correctamente la ausencia de depresión.
- c) Predecir depresión en los pacientes que tuvieron resultados positivos durante la prueba.

d) Predecir que los pacientes no tuvieran depresión en aquellos en quienes la prueba fue negativa.

En este estudio se seleccionan las opciones de cada reactivo con los que el paciente se sienta más identificado, posteriormente se realiza la sumatorias que nos arrojan como resultado el grado de depresión en el que se encuentra el paciente, esta escala permite al médico familiar identificar a pacientes diabéticos con depresión leve y moderada, en quienes los síntomas de ésta son menos aparentes y pueden ser atribuidos al padecimiento de base DM2, este procedimiento se describió más ampliamente en el apartado de instrumentos.

Control diario de Glucemia

Como previamente se mencionó este instrumento fue diseñado para recabar la información diaria y se divide en cuatro rubros. En el primer apartado se registra el resultado de cada una de las tomas de la glucosa capilar. En el siguiente apartado el paciente registra de acuerdo con su percepción el inciso (A) Excelente, B) Bien, C) Regular, D) Mal y E) Pésimo), con el que se considere más identificado, este se relaciona con el siguiente punto donde se registran las **situaciones** que favorecieron para considerar el resultado del apego a las recomendaciones alimenticias. Y por último se registran las **emociones** experimentadas en las diferentes etapas del día.

Participantes en el estudio

El estudio se llevó a cabo con dos consultantes con diagnóstico de diabetes tipo 2, y ya cuentan con tratamiento médico, ambos iniciaron con IMC superior a 30 y glucemia capilar superior a 220 mg/dl. Al “Consultante A” además del tratamiento médico y las recomendaciones nutricionales se le acompañó con psicoterapia de tipo Cognitivo Conductual, y “Consultante B” se le dio consulta nutricional tradicional a lo largo de este estudio.

A continuación, presento la conceptualización del caso del Consultante A

Descripción y conceptualización del caso del “Consultante A”

1. DATOS BIOGRÁFICOS

- **Nombre y apellidos:** Consultante A
- **Edad:** 51 años
- **Estado civil:** Casado con dos hijos
- **Nivel de estudios:** Publicista con Maestría en manejo estratégico de medios

2. PROBLEMAS Y OBJETIVOS

2.1. Motivo de consulta.

El consultante tiene diabetes tipo 2 y acude a consulta debido a que le cuesta trabajo seguir una dieta y por lo mismo se le dificulta mantener los niveles adecuados de glucosa en sangre.

El se da cuenta que últimamente la glucemia ha aumentado ya que cuando esto pasa disminuye su agudeza visual. Esto lo hace sentir, incómodo, molesto, y preocupado.

Se presenta a consulta esperando mejorar sus hábitos alimenticios para lograr un mejor control de la glucosa y disminuir en mayor medida la aparición de enfermedades colaterales relacionadas con el mal control de la glucemia.

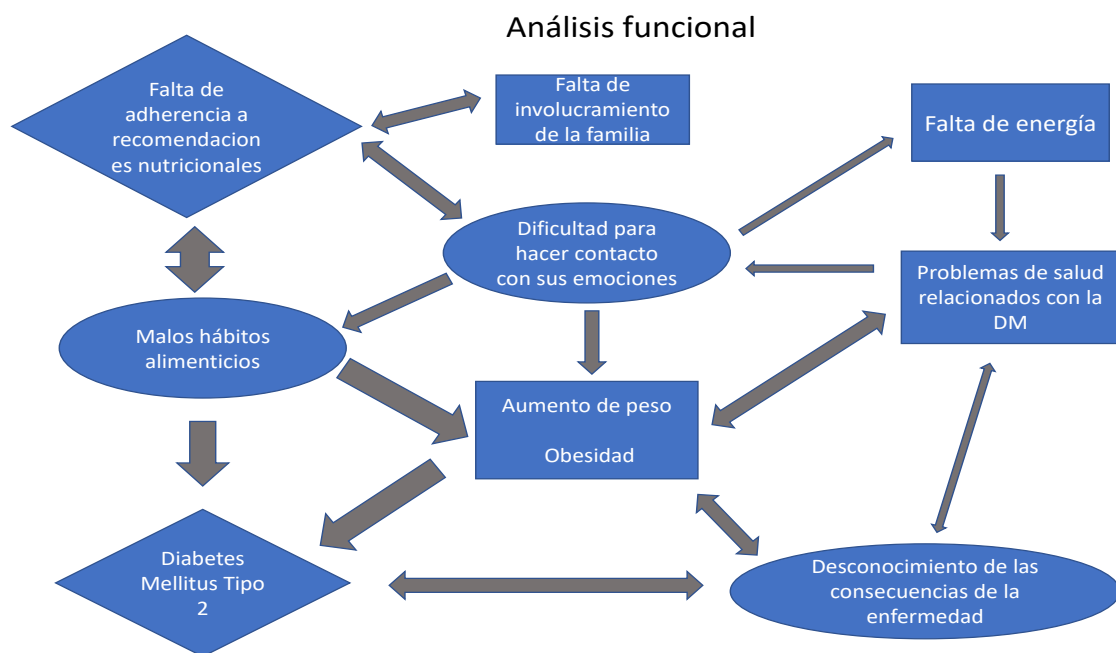
2.2. Objetivos del consultante

- Mejorar sus hábitos alimenticios
- Iniciar un estilo de vida mas saludable
- Mejorar su estado de ánimo
- Mantener la glucemia en rangos adecuados

2.3. Delimitación inicial de los problemas del consultante

- Desconocimiento de la seriedad de la enfermedad
- La familia no está involucrada con el apoyo al consultante
- Dificultad de hacer contacto con sus emociones

3. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS



4. EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA

4.1 Factores predisponentes o de vulnerabilidad

El consultante trabaja desde su oficina donde normalmente se encuentra desde las 9 a 10 de la mañana hasta las 6 de la tarde y por lo tanto come en la oficina, y cuando tiene tiempo, generalmente alimentos de fácil preparación, y posteriormente durante la cena es el momento que se reúne la familia para ponerse al día, y por lo tanto esa suele ser la comida fuerte, y esta, en general no es una alimentación bien equilibrada para una persona con diabetes. Los fines de semana usualmente comen en familia y en restaurantes donde se selecciona por mayoría de votos, lo que dificulta la selección de los menús adecuados para el.

Actualmente practica artes marciales al menos dos veces a la semana desde hace años, es esta una actividad que le apasiona, pero por otro lado prefiere evitar realizar actividades físicas aeróbicas.

4.2 Aparición del problema

Hace 10 años el consultante se sintió mal, de manera súbita empezó a sentir mucho calor y necesidad de agua y perdió la fuerza de sus piernas, motivo por el cual acudió al hospital donde se le realizaron estudios los cuales confirmaban el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, algo que llamó la atención y no presentó los signos y síntomas clásicos de la diabetes tales como poliuria, polifagia, y polidipsia, que suelen ser las señales de alerta para sospechar de diabetes mellitus.

4.3 Curso del problema

El consultante en cuanto fue informado de su diagnóstico, desconocía completamente sobre los cuidados de la diabetes, solo sabía que a los diabéticos les amputaban las piernas y se perdían la vista. Su médico tratante le indicó tratamiento médico y una dieta muy rigurosa la cual pudo seguir durante diez meses por el miedo a

las posibles enfermedades concomitantes, tiempo en el que logró bajar algunos kilos, y disminuir la glucemia. Después de estos meses dejó de seguir las recomendaciones alimenticias con la tranquilidad de poderse inyectar insulina en caso de que la glucosa subiera, por lo tanto, recuperó el peso y sus niveles de glucosa se descontrolaron. Posterior a esto surgieron las creencias de que es muy difícil mantener el cambio de alimentación y que en caso de que se complique el control de la glucemia puede aplicarse insulina para controlarla.

4.4 Recursos del consultante para hacer frente al problema

El consultante es un profesionalista que, al ser diagnosticado con diabetes, siguió al pie de la letra el tratamiento y las recomendaciones del médico, y por su parte se informó dónde encontrar los equipos para transportar las ampollas y mantenerlas frías como una manera de facilitar su tratamiento. Él sabe que cuando se propone algo lo cumple a cabalidad, ya que es muy constante cuando se lo propone, como es su práctica por más de 7 años de artes marciales a las que prácticamente no falla. Sabe que al seguir las recomendaciones nutricionales obtendrá muchos beneficios en su calidad de vida y de esta manera minimizará las enfermedades secundarias a las complicaciones que se presentan con el mal control de esta enfermedad.

4.5 Recursos personales

El consultante se encuentra motivado para iniciar el tratamiento y, puede identificar los errores que tuvo en los intentos previos para reducción de peso, y por lo tanto la importancia de seguir las indicaciones recibidas.

Reconoce los cambios importantes con los que se beneficiará con el cambio de hábitos, no solo en el control de glucosa y el peso, sino también al generarlos en otros aspectos de su vida.

Sabe que esta en sus manos modificar tanto el tipo de alimentos como los horarios para hacerlo.

4.6 Apoyo social

El consultante es el menor de tres hermanos quienes viven en la ciudad de México y ni sus padres ni sus hermanos han padecido diabetes, está casado desde hace 23 años y tiene dos hijos, la mayor de sexo femenino de 21 años estudiante de licenciatura y el menor, varón de 18 años quien cursa la preparatoria, existe armonía y buena comunicación con todos los miembros de la familia.

El consultante es parte de una familia muy unida, su esposa quién es contadora de tiempo parcial y trabaja desde su casa, por las mañanas se lleva a su hija a la universidad y posterior es esto se va a trabajar y regresa hasta la noche a la hora de la cena, y es en ese momento donde conviven en familia además del fin de semana.

No suele salir muy seguido con amigos, sin embargo, es muy sociable y cuenta con grupos de amistades con los que se reúne en parejas.

En la oficina, no tiene compañeros es solo el y por lo tanto el solo toma todas las decisiones.

4.7 Situación vital y estilo de vida

El consultante vive con su familia en una colonia de clase media alta, se levanta temprano para llevar a su hija a la universidad y posteriormente regresa a casa a dormir 20 minutos mas para bajar a desayunar y posteriormente se dirige a su oficina donde atiende clientes como vendedor de artículos industriales y también como fotógrafo profesional especializado en platillos de comida para menús de restaurante y en arquitectura, en ocasiones sale hacer trabajos para una empresa de fotografía, por las tardes al menos dos veces por semana acude a practica Tai Chi, y después para por sus hijos a una clase particular y juntos regresan a casa, donde cenan juntos, los sábados son muy variados, aunque suele descansar en ocasiones tiene sesiones fotográficas, pero, los domingos se levanta mas tarde y realizan actividades en familia, una actividad que disfrutan, es ir al cine.

Él considera que está solo la mayoría del tiempo y es por eso por lo que cuando se propone algo lo puede lograr.

5. FORMULACIÓN DEL CASO

ANTECEDENTES	REACCIONES	CONSECUENTES
<p>Remotos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Refugio de sus emociones en la comida- Aumento de peso	<p>Cognitivo:</p> <p>Pensamientos negativos: "Si sube mi glucosa solo me tomo mas medicamento" "no pasa nada"</p>	<p>C.C.P.</p> <ul style="list-style-type: none">● Dificultad para lograr metas● Falta de energía
<p>Próximos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico de diabetes- Evita tener contacto con sus emociones	<p>Pensamientos de culpa: "yo tengo la culpa por no haber cuidado mi forma de comer y no hacer ejercicio"</p> <p>Emocional:</p> <p>Pena, coraje, desesperación, tristeza, molestia, impotencia</p> <p>Conductual:</p> <p>Bromea para evitar hablar de sentimientos.</p> <p>Evita hacer cita con el endocrinólogo</p> <p>Culpa a otros de sus actos</p> <p>Come alimentos chatarra para saciar su ansiedad</p>	<p>C.L.P.</p> <ul style="list-style-type: none">● Complicaciones de salud relacionada con la diabetes● Depresión

5.1 Hipótesis de origen

El consultante a lo largo de su vida se ha refugiado en la comida haciendo relación de la buena cocina al prepararla, así como degustarla al grado de llegar a ser uno de sus trabajos, que es quizá el que más disfruta. Puede apreciarse que en el manejo de sus emociones ha estado presente la comida. Al momento de que se le diagnosticó la diabetes mellitus su peso era mayor a los 110 kilos aproximadamente.

5.2 Hipótesis de mantenimiento

Suele ser que las personas, se refugien en la comida para calmar emociones desagradables. Sin embargo, esto puede llegar a convertirse en un hábito, hasta el punto de depender totalmente de la comida para llenar vacíos o evitar sentir emociones, puede volverse en nuestra su contra. Y entonces lo que en un momento resultó adaptativo en un momento muy determinado de nuestras vidas, ahora puede traernos muchas consecuencias negativas como, por ejemplo, diabetes, aumento de peso, colesterol, culpa, obsesiones y sentimientos negativos, entre otros.

Entonces la comida, pasa a ser un refuerzo de corto plazo con el fin de dejar de sentir estrés, ansiedad, miedo, entre otros y esto suele estar generado por las emociones, y posteriormente van a presentarse sensaciones negativas como culpa, malestar, tristeza etc. Y de esta forma el consultante vuelve a recurrir a la comida para sentirse mejor. Y así se crea un círculo vicioso que llevara una y otra vez a gestionar las emociones de la misma manera, sin tener la oportunidad de construir estrategias propias.

Presentación del “Consultante B”

El Consultante B es un adulto de 48 años profesionalista quien labora en una empresa desde hace 17 años, se diagnosticó la diabetes mellitus hace 7 años, desde entonces ha sido tratado con el mismo endocrinólogo, ha realizado varias dietas recomendadas por familiares, sin embargo, nunca había acudido con un especialista, el consultante refirió que nunca ha logrado tener su glucosa en rangos normales, e identifica a la comida como su “fuga” y recurre a ella tanto cuando se encuentra, bajo presión como cuando quiere festejar algo, es decir, en “las buenas y en las malas”. No practica ningún deporte aun que le gustaría hacerlo, sin embargo, mencionó que tiene tiempo libre y cuando lo tiene prefiere disfrutarlo con su familia.

6. Resultados

El presente trabajo tuvo como propósito determinar que el uso de la psicoterapia mejora la adherencia a las recomendaciones nutricionales en los consultantes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, para esto se tomó como muestra, dos masculinos conocidos como diabéticos y en tratamiento de más de 7 años, uno de ellos 51 años (consultante A) y el otro de 48 (consultante B). Para facilitar la presentación y comprensión de los resultados, primero se describen los resultados de los instrumentos cuantitativos, en segundo lugar, los resultados cualitativos, para finalmente realizar una triangulación de resultados.

6.1 De los pretextos al logro de nuevos hábitos (Resultados cuantitativos)

Ambos individuos, continuaron con el tratamiento con hipoglucemiantes orales que les indicó su médico y a ambos se les dio seguimiento con consultas de nutrición semanales durante 11 semanas, así como también se llevó a cabo el Control diario de Glucemia, sin embargo, al individuo A, se le introdujo psicoterapia en las consultas nutricionales, en las cuales se utilizaron los instrumentos conocidos como la escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el instrumento Diabetes 39 para calidad de vida.

Al consultante A, le fueron practicados el instrumento diabetes 39 y la escala clinimétrica en la semana 5 y al cierre de este trabajo. Cabe señalar que en las tres aplicaciones de la escala clinimétrica resultó negativa para depresión, sin embargo, el resultado de la aplicación inicial demostró que al consultante A, le afecta muy poco la diabetes en su calidad de vida, sin embargo, para la aplicación intermedia de este instrumento, se demuestra que existe mayor concientización respecto a la importancia del control adecuado de la glucemia, y al trabajar en esto, es notoria la disminución de la ansiedad generada por el desconocimiento de la enfermedad y sus consecuencias. En el resultado de la aplicación al término de la sesión número once, se puede notar mayor

control de la enfermedad y sus consecuencias sin perder de vista la importancia de conocer la enfermedad y los cuidados que se requieren para evitar las complicaciones y enfermedades asociadas.

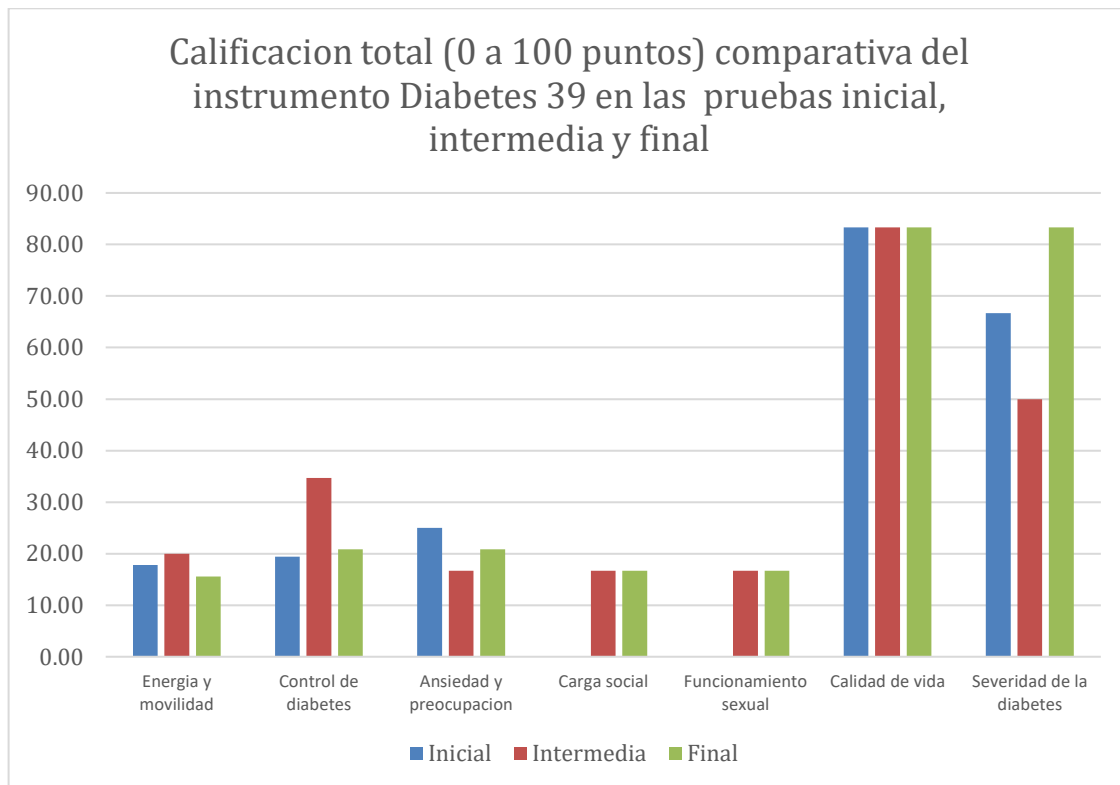


Figura 1 Resultados comparativos por rubro respecto a la apreciación de las limitaciones y como considera el consultante su calidad de vida y el control de la diabetes

Durante las primeras cinco semanas los dos consultantes se mostraron entusiasmados, conscientes y con buena actitud además de que se obtuvo una buena adherencia a las recomendaciones nutricionales, de manera que fue posible disminuir la glucemia capilar, y como consecuencia, también hubo un descenso de peso similar, sin embargo, en la sexta semana el consultante B, no se presentó a consulta, contrario al consultante A, quién para la sexta cita, ya no lograba identificar la relación que existe entre las emociones y la alimentación. El consultante A, identificó los alimentos que se le recomiendan a un paciente diabético, sin embargo, este consultante tuvo una elevación en el resultado de la glucosa capilar con algunos alimentos, esto lo detectó, debido a que

se realizó la prueba 2 veces al día, la primera en ayuno y la segunda dos horas después de la comida de medio día. De esta manera le fue posible limitar o suprimir los alimentos que le afectaban en nivel de glucosa, logrando de esta manera, que el consultante de cuenta que su alimentación no sólo depende de las recomendaciones del profesional de la salud, sino, también de sus resultados, vivencias y sensaciones, es decir se hace responsable y consciente de sus acciones.

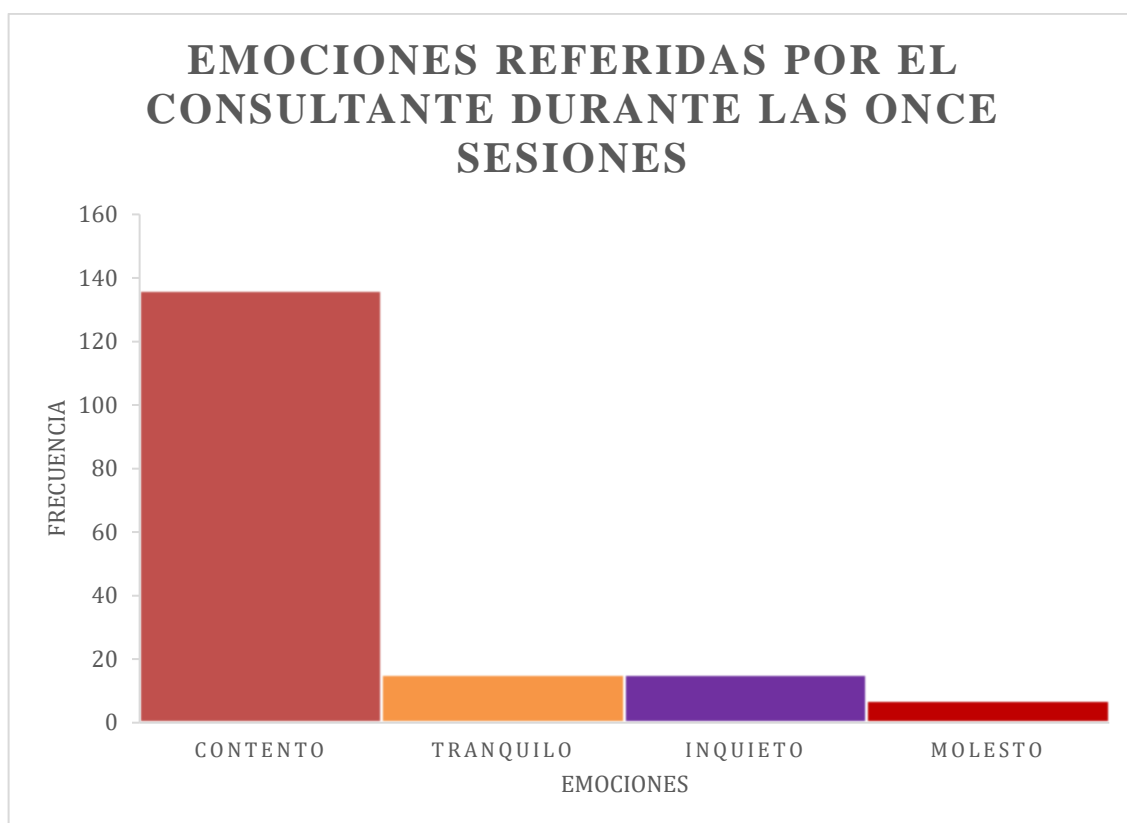


Figura 2 Frecuencia de las emociones referidas en el registro diario de glucosa, llama la atención como el consultante se refirió contento la mayoría de las veces, cuando se mencionó inquieto principalmente fue cuando no encontró los resultados que esperaba con ciertos alimentos y molesto, con una guía de alimentación recomendada semanal.

De esta manera, después de la sexta semana, fue más notoria la adherencia a las recomendaciones por parte del consultante A, quien estaba logrando un cambio de hábitos, contrario al consultante B, en las citas posteriores refirió que le estaba costando mucho trabajo ya que una de las razones por las que se encontraba en esta situación

(ser diabético) era por que no tenía fuerza de voluntad, sin embargo, se sentía bien por haber bajado de peso y por notar mejor control de la glucosa.

Fue en esta semana donde los resultados de ambos consultantes se direccionaron de manera distinta, el consultante A, registró por primera vez su glucosa por debajo de 110 mg/dl, es decir dentro de los valores normales, mientras que el consultante B, en esa semana no se presentó a la consulta.

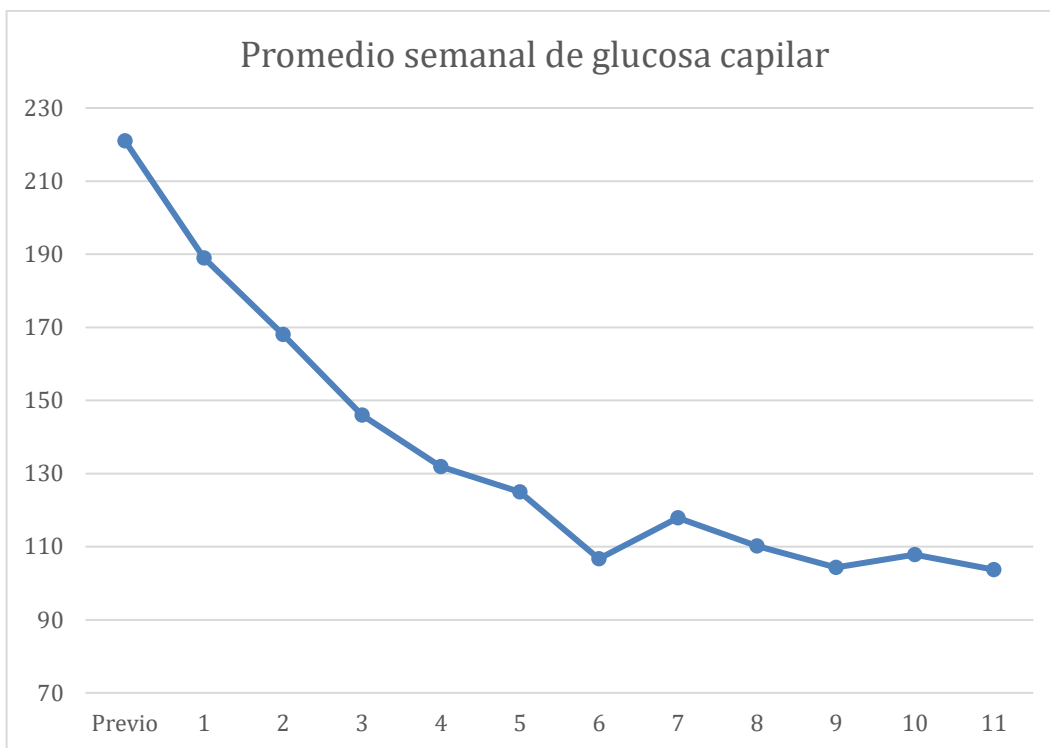


Figura 3 El consultante A, Previo al estudio presentaba en promedio glucosa capilar de 221 mm/dl, misma que desde el inicio de este trabajo fue disminuyendo, en la semana 6 la glucosa ya se encontraba dentro de los límites normales y en ese rango se mantuvo hasta el termino de este estudio.

A partir de esta semana el consultante A, mostró mayor comprensión de las indicaciones y por lo tanto mayor adherencia, misma que se evidenció con mejores resultados tanto en la pérdida de peso como en el porcentaje de grasa corporal, dando como resultado mayor energía y capacidad durante el día, motivo por el cual hubo un incremento tanto en la cantidad de días de práctica como en la intensidad del ejercicio realizado. Y finalmente, la evidencia más notable, la disminución en las tallas de ropa,

que trajo consigo que el consultante pudiera verse y sentirse mejor en su estado de ánimo y a su vez esto le motivara a reforzar su adherencia a las recomendaciones, tanto médicas como nutricionales.

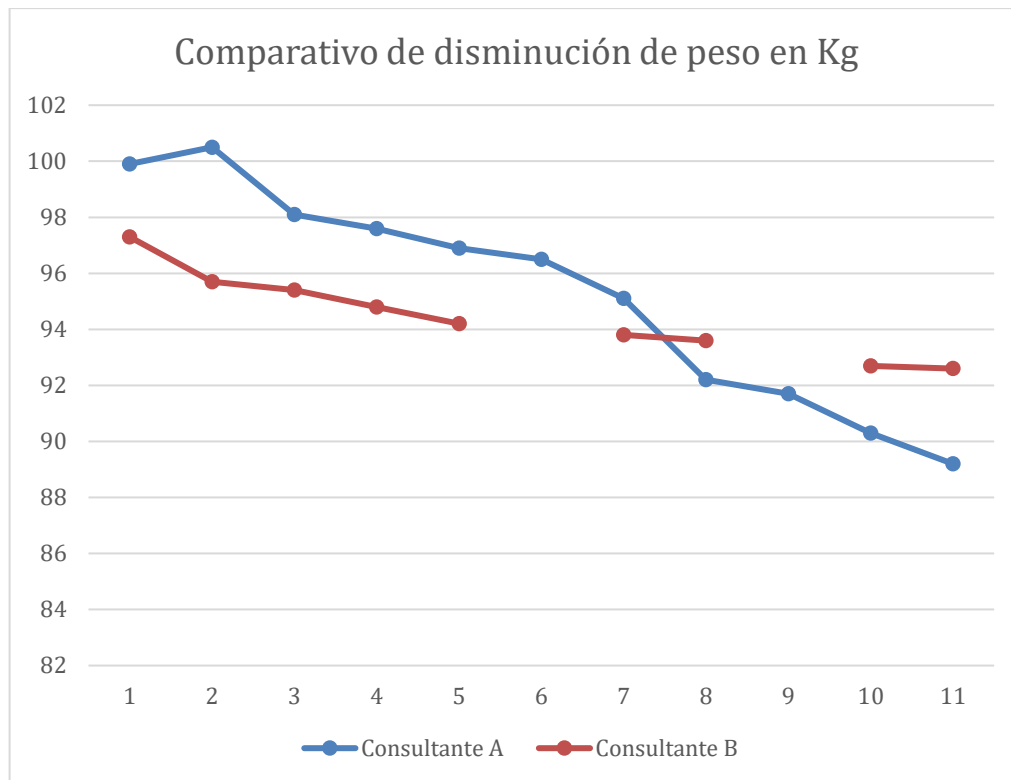


Figura 4 Las primeras semanas de este trabajo los resultados fueron similares, sin embargo, la adherencia del consultante A cada vez era mas fuerte, mientras que en el consultante B ya habia disminuido el entusiasmo que presento al inicio, e inicio con faltas y y retardos a las consultas.

En conclusión, al inicio ambos consultantes mostraron cambios favorables debido al buen ánimo de inicio y el deseo genuino de poder lograr adherirse a las recomendaciones alimenticias que a la postre redituarian en la disminución de los niveles de glucosa en sangre, y por lo tanto, de esta manera lograr una mejor calidad de vida, evitando la aparición de enfermedades relacionadas con la diabetes, además de la reducción de peso, y grasa corporal los cuales tienen relación directa con el estado de animo y en la auto estima. Fue notorio cómo el consultante A con el paso de las semanas se “adueñó” de la responsabilidad de su alimentación debido a que cada vez fue más consciente de la relación que existe entre las emociones con la manera en que se

alimenta, y de esta manera el consultante logró un cambio tanto en sus hábitos alimenticios, como de actividad física, y de esta manera logro cambiar el pensamiento de “algún día me gustaría” por el “lo logré” y de esta manera conseguir cada día un logro y la suma de estos hacen una mentalidad ganadora.

6.2 Experiencias significativas para la promoción del cambio de hábitos (Resultados cualitativos)

Para este trabajo de grado, se realizó un análisis cualitativo del discurso que pudiese identificar la narrativa del consultante en donde se identifican los siguientes objetivos: el camino de lo racional a la emoción, de la negación a la apropiación de los hábitos saludables y el acompañamiento psicoterapéutico, proceso crucial para lograr una buena calidad de vida.

El camino de lo racional a la emoción: que nos dice que la diabetes es una enfermedad crónica, de la cual aún no se logra una cura completa debido a que la medicación implica un compromiso de continuidad que estos determinan tener un estilo de vida saludable mediante ajustes de manera progresiva, con frecuencia, afectan la calidad de vida del consultante por el resto de su vida.

Por lo tanto, mientras más pronto se inicie con el tratamiento recomendado, se logrará, con mayor efectividad el control, que podrá reducir el riesgo de hipoglucemias y entonces retrasará la necesidad de utilizar insulina. Lo que puede entonces mejorar de manera sustancial la calidad de vida y la satisfacción con el tratamiento instaurado (De Pablos-Velasco, 2014).

Rivera (2012), en un estudio realizado, afirma que la calidad de vida se relaciona con estados de ánimo como la ansiedad, la desesperanza, la soledad, la incomprensión teniendo como consecuencia un estado depresivo. Y por ello, es necesario hacer énfasis en el diagnóstico y acompañamiento psicoterapéutico de estos consultantes teniendo en

cuenta su posible vulnerabilidad por el estado de ánimo que este perfil de consultante puede presentar, así como sus necesidades tanto personales como las de su núcleo familiar, además de comprender su contexto, aquello que le preocupa, lo que teme y, por lo tanto, la manera en como este vive a lo largo de cada uno de sus días.

Por lo tanto, es de suma importancia considerar los diferentes contextos en donde el consultante que padece Diabetes Mellitus tipo 2 se desenvuelve, para que se consideren sus actividades, sus costumbres y el estrato económico en el que se encuentra, para tener un panorama más amplio de la situación que vive y enfrenta, para entonces prevenir y reducir el fracaso en las recomendaciones que se le sugieren (Hernández-Ronquillo, 2003).

El siguiente tema que surge de este estudio se le titula: De la negación, a la apropiación de los hábitos saludables, en el cual se reconoce que, para el control de esta enfermedad crónica, es vital importancia darle continuidad y seguimiento al tratamiento establecido ya que se necesita lograr el cambio de hábitos. Para ello, el paciente diabético debe seguir las indicaciones de su tratamiento, que le permita entonces lograr tener la calidad de vida óptima en forma integral. Es decir, obtener un equilibrio a nivel emocional, psicológico y físico que le permitan vivir como el mismo individuo decida hacerlo de manera más consciente, responsable y finalmente libre.

Para lograr la adherencia es de vital importancia informar al individuo acerca de los beneficios de los cambios que puede lograr, y las ventajas que puede tener para que se sienta motivado, además de que continúe con claridad y firmeza su propósito y sobretodo evite cualquier tipo de pretexto, evasión o recaída y lo que menos se pretende es que suspenda su proceso de cambio ya que el propósito es lograr el consultante obtenga una disciplina que finalmente se convierta en su propio estilo de vida. No obstante, como menciona Ganiyu, en múltiples ocasiones, las recomendaciones no se llevan a cabo debido a las siguientes razones: a) la falta de acompañamiento de familiares cercanos, b) falta de voluntad, c) creencias, d) comorbilidades, e) bajo nivel educativo, f)

el tiempo de enfermedad prolongado, g) el desempleo, h) la falta de programas de educación en diabetes, i) problemas económicos (2013).

Cabe aclarar, que la adherencia a la terapia farmacológica suele ser mayor en la mayoría de los casos, incluso la actividad física, sin embargo, desafortunadamente, la adherencia a las recomendaciones nutricionales, suele ser baja aún cuando la mayoría de los consultantes diabéticos reconocen que es muy importante integrar de manera continua la adecuada alimentación para que entonces estos tres puntos le permitan llegar a tener una mejor calidad de vida que le permita evitar complicaciones futuras. Por último, el que titulamos: El acompañamiento psicoterapéutico, proceso crucial para lograr una buena calidad de vida, donde se define que la clave principal para que el ser humano logre sus metas es la motivación continua, y en este caso, la calidad de vida es el tema de este trabajo, ya que es lo que el consultante que padece la enfermedad crónica llamada diabetes Mellitus tipo 2 requiere para tener claridad durante el proceso que lo lleve a lograr sus metas. Una estrategia entonces para lograr modificar los hábitos alimenticios que requiere para gozar de plena salud es la de tener un acompañamiento psicoterapéutico donde exista una buena relación entre el psicoterapeuta y el consultante. Si existe una mutua comunicación es muy probable que el consultante se sienta en confianza y encuentre las herramientas necesarias para tener una adecuada toma de decisiones, y esto traerá como consecuencia la motivación y determinación que le permitan cambiar sus hábitos alimenticios y como consecuencia una buena salud.

En este proceso, no hay que olvidar que los elementos que además de necesarios son claves para brindar apoyo son: la emoción en relación con otras psicológicas, dominios como la cognición, la autorregulación, autoeficacia y el comportamiento. Por lo tanto, los temas importantes para dialogar son: la fuerza de voluntad, la resiliencia, la manera de percibir la enfermedad y el afrontamiento proactivo en la ejecución de nuevos comportamientos necesarios para hacer frente al pensamiento orientado hacia el futuro y las influencias de percepción de la enfermedad sobre conductas relacionadas con la salud (Chew, 2014).

Por ello, es fundamental que el psicoterapeuta sea muy claro en la manera de expresar las recomendaciones y cerciorarse de que su consultante interprete adecuadamente las indicaciones de lo que debe hacer. (Latorre-Postigo, 1994, p. 159). Esta situación evita que el consultante piense que el médico no es “atinado” o que esa receta “no le sirve” y finalmente se confunda, se desmotive y finalmente desista de su propósito inicial que es estar sano o saludable y como consecuencia, su situación se agrave. Es por ello por lo que es tan importante corroborar de manera constante lo que el consultante comprende y lo que hace con lo que se le recomienda tanto en el campo de la medicina como en el de la psicoterapia.

Le llamamos proceso al acompañamiento psicoterapéutico ya que el consultante con sus pensamientos, emociones y comportamientos no puede cambiar de un día para otro, esto lleva una ruta sugerida que tiene un seguimiento preciso y que la terapia cognitivo conductual (TCC), de acuerdo con Montes-Delgado, tiene como finalidad en los consultantes de “modificar sus emociones y mejorar el comportamiento de afrontamiento, ayudándoles a identificar sus creencias disfuncionales para contrastarlas con la realidad, de esta manera podrán ser reemplazadas por creencias más apropiadas o realistas” (2013). Y, por lo tanto, este proceso requiere de tiempo, motivación y esfuerzo. En este caso, a través de medio de la TCC se observa el comportamiento y las emociones que presenta el consultante, quizá pueden ser equivocadas, y, por lo tanto, provocar reacciones desmesuradas que dan como resultado una mala elección para enfrentar el problema. Como bien afirma Riveros (2005) que, desde la óptica de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud, la calidad de vida se hace evidente en la forma de responder del individuo ante las situaciones cotidianas. Por ello, el objetivo de la TCC es favorecer el desarrollo de habilidades del consultante diabético para el afrontamiento de la enfermedad, ayudándoles a identificar sus creencias distorsionadas, a contrastar dichas creencias con la realidad y a reemplazarlas por creencias más apropiadas o realistas.

6.3 El camino de lo racional a la emoción

A lo largo de las diferentes etapas que el ser humano vive, existe un elemento que lo hace no quedarse pasivo, a este elemento se le llama motivación, con ella, todo aquello que resulte atractivo para la persona, se puede tornar en acción. El motor para lograrlo tiene que ver con los pensamientos y con lo que le lleve a crecer, a aprender y por consiguiente a ser mejor. Entre el pensamiento y la acción existe algo que nos mueve al inicio y esto tiene que ver con las emociones que se experimentan durante el proceso del cambio. Cuando entonces la persona utiliza su pensamiento como motor que lo lleva a una experiencia positiva es por que está abierto a las posibilidades. Por lo tanto, si hablamos de pensamientos, de emociones y de motivaciones, un propósito claro puede transformarse en un hábito que por lo tanto propicie el cambio. Ante una situación inesperada lo que una persona piense y cómo actúe será entonces la base primordial del resultado que se obtenga, es decir cómo solucionar aquello que quizá no es de primera instancia positivo.

Lo importante aquí es cómo se atiende entonces aquello que se presenta, tal es el caso de las personas que sin esperarlo se enfrentan a una enfermedad que resulta crónico degenerativa e irreversible como lo es la Diabetes Mellitus tipo 2.

Tal es el caso del consultante del que hablaremos a continuación, el cual, enfrentó de primera mano la noticia de saberse diagnosticado como una persona que padece esta enfermedad. Los mensajes que recibió en un inicio no fueron nada alentadores ya que contaba con muy poca información sobre esta enfermedad. Mensajes como: “te van a cortar las piernas y te vas a, o sea, te vas a quedar ciego, te vas a morir” (s1-8 de marzo del 2019-r84). Este tipo de mensaje llevan a la persona a tener pensamientos erróneos y en muchas ocasiones catastróficos que pueden favorecer la aparición de depresión.

Enseguida, los pensamientos automáticos que el consultante compartió en la primera entrevista fueron: “o sea yo dije, ya me cargó la bruja por algo, este bueno me voy a tratar de cuidar para que no me vaya tan mal” (s1-8 de marzo del 20019-r84). El trayecto entre pensar en la posible muerte y luego experimentar miedo ante el

desconocimiento de esta enfermedad, es muy corto. Por eso es tan importante entonces el acompañamiento, ya que lejos de que esto pueda resultar amenazante, la forma en cómo enfrenta la noticia, puede ser crucial para el resto del proceso del consultante.

Lo más importante de este proceso de aceptación de la noticia, es la comprensión de lo que sucede de acuerdo como se interpreten los mensajes dirigidos al consultante ya que la información ayuda a ampliar su conocimiento y entonces comprender lo que le sucede en esos momentos y saber todo aquello de lo que realmente le podrá ocurrir más adelante. Esto entonces, le implica un compromiso de continuidad que además de la constancia en el seguimiento del tratamiento medicamentoso, es de vital importancia, tener un estilo de vida saludable mediante ajustes de manera progresiva, que, con frecuencia, afectan la calidad de vida del consultante por el resto de su vida.

Por lo tanto, mientras más pronto se inicie con el tratamiento recomendado, se logrará, con mayor efectividad el control, que podrá reducir el riesgo de hipoglucemias y entonces es muy posible que se retrase la necesidad de utilizar insulina. Lo que puede entonces mejorar de manera sustancial la calidad de vida y la satisfacción con el tratamiento instaurado (De Pablos-Velasco, 2014) .

Justo es el caso del consultante que se presenta en este trabajo, quien poco a poco va asimilando la situación de su estado de salud:

“bueno pues tu ya tienes diabetes 2, ósea, no es normal que este subido así el azúcar, y bueno ahí ya fue cuando empecé a entender que tenía que comprar lo del glucómetro, todas estas cosas, y bueno en ese momento para bajarme también el azúcar, me estuvieron inyectando” (s1-8 de marzo del 2019-r68).

Es como de esta manera empieza a buscar las posibilidades a su alcance para facilitar el seguimiento del tratamiento.

En su caso, su proceso de aceptación de su enfermedad fue positiva ya que no se paralizó, sino que buscó la manera de informarse y de obtener las herramientas necesarias que le permitieron ir dando pasos que pudieran ayudarle a enfrentar su

situación. “yo investigué y empecé a importar cosas para la diabetes y se las vendía a la federación mexicana de diabetes en México” (s1-8 de marzo del 2019-r72). Y de esta manera de acuerdo a su área de desarrollo buscó la manera de asegurarse un transporte mejor y mas seguro para su tratamiento inicial, y además apoyar a las personas en su misma condición.

Rivera (2012), por su parte afirma que, en un estudio realizado sobre la calidad de vida, existen elementos importantes que determinan que esta calidad de vida va totalmente ligada con los estados de ánimo que el consultante experimenta durante este proceso como son, por ejemplo: la ansiedad, la desesperanza, la soledad, la incomprensión teniendo como consecuencia un estado depresivo. Y por ello, es necesario hacer énfasis en el diagnóstico y acompañamiento psicoterapéutico de estos consultantes teniendo en cuenta su posible vulnerabilidad por el estado de ánimo que este perfil de consultante puede presentar. También es importante considerar sus necesidades tanto personales como las de su núcleo familiar, además de comprender su contexto, aquello que le preocupa, lo que teme y, por lo tanto, la manera en como este vive a lo largo de cada uno de sus días.

Por lo tanto, no se debe perder de vista el tomar en cuenta los diferentes contextos en donde el consultante que padece Diabetes Mellitus tipo 2 se desenvuelve, para que se incluyan sus actividades, sus costumbres y el estrato económico en el que se encuentra, para tener un panorama más amplio de la situación que vive y enfrenta, para prevenir y reducir el fracaso en las recomendaciones que se le sugieren (Hernández-Ronquillo, 2003).

Bien me siento a gusto me siento contento y te voy a ser muy honesto ósea, me siento contento por lo que me está pasando, me da gusto que estés tú ayudándome (s4-29 de marzo del 2019-r160). El consultante entonces manifiesta su disminución y regulación de la ansiedad sentida previamente gracias al acompañamiento nutricional y psicoterapéutico que está experimentando a lo largo de las sesiones terapéuticas.

Por lo tanto, el propósito de este trabajo muestra lo que Hermoza puntualiza: “La finalidad de las recomendaciones es lograr que el consultante consiga la modificación de sus hábitos alimenticios y a la par, crear conciencia en el consultante de tal manera que pueda tener un adecuado control del peso, glucosa, grasas, y presión arterial” (Hermoza Arámbulo, 2017). Con esto se evidencia que el acompañamiento terapéutico facilita la posibilidad de que el consultante encuentre la relación de las acciones con las emociones.

6.4 De la negación, a la apropiación de los hábitos saludables

Es muy común que, ante lo desconocido, las personas manifiesten rechazo y poca apertura al cambio, sin embargo, cuando se tiene una guía clara o un proceso de sensibilización ante algunos temas, que de inicio pueden parecer difíciles de abordar, el proceso entonces es más completo y, por consiguiente, más inspirador y atractivo. El proceso de acompañamiento es de vital importancia para que el consultante razone y comprenda la finalidad de lo que se hace y el sentido del para qué se hace ya que eso le ayuda a tener claridad en sus propósitos y a su vez estar motivado para lograr un cambio positivo de salud que con el que se sienta autosuficiente y como resultado es más posible obtener las evidencias de los propósitos de manera óptima. “Estos se hacen efectivos cuando el comportamiento de la persona es altamente valorado y en línea con el propósito de vida del individuo. Los programas y servicios de intervención deben considerar que incluyan los componentes en el valor –cognición – emoción” (Chew, Aaron, & Sazlina, 2018). Cabe mencionar que existen programas y procesos basados en la terapia cognitiva ya que esta integra justo el valor, la cognición y la emoción.

Este tipo de terapia es con la que se ha trabajado a lo largo de estos últimos meses en este trabajo de grado, en el cual ha sido la base del proceso de acompañamiento del terapeuta con consultantes que padecen diabetes Mellitus ya que como Beck afirma: “la terapia cognitiva se fundamenta en la idea de que la manera de pensar de las personas afecta a lo que sienten y a lo que hacen” (Beck, 2009, pág. 29). Un consultante diabético sabe que para mantener una buena calidad de vida debe llevar una alimentación

equilibrada, actividad física regular y el seguimiento de las recomendaciones de tratamiento farmacológico. Para ello entonces el rol que desempeña el terapeuta es fundamental ya que es quien puede facilitar y evidenciar lo que el consultante va logrando a lo largo de su proceso desde el mismo momento que este decide hacerse cargo de su situación y actuar al respecto.

Tal es el caso del consultante que es parte de este trabajo de grado, ya que durante su proceso se le ha pedido que lleve un registro diario de cómo se vive emocionalmente y esto lo ha ido registrando por escrito a lo largo de cada día y los niveles de glucosa capilar que presenta, el cual lo registra dos veces al día. Al realizar esto, el consultante lo que va haciendo es ser más consciente de lo que hace entonces es un proceso que le permite estar y actuar de manera más consciente y finalmente pueda darse cuenta de cómo se vive, qué experimenta y finalmente cómo lo interpreta. En este proceso en un inicio lo que comenta es que se siente: “Presionado no me gusta llenar la hoja” (s3-22 de marzo del 2019-r143). Es entonces donde el trabajo como terapeuta implica generar motivación, propiciar la escucha y darle continuidad al proceso como si fueran un buen equipo. Y es ahí donde la terapia cognitiva permite “identificar “pensamientos saboteadores y a neutralizarlos, con el fin de sentirse mejor y comportarse de una manera favorable” (Beck, 2009). Durante este seguimiento el consultante después de las primeras 4 semanas manifiesta su progreso y comenta: “la verdad me he sentido bien, ahorita estaba viendo cuánto tiempo llevo, pues llevamos un mes nada mas, acabamos marzo, iniciamos el primero de marzo, ósea, poco tiempo, digo si he cambiado mucho los hábitos de comer (s4-29 de marzo del 2019-r34). Esta terapia contribuye a trabajar en equipo siendo el terapeuta un aliado del consultante.

Así como lo afirma Judith Beck (2009)

“La terapia cognitiva le ayuda a resolver tanto los problemas prácticos como los psicológicos, a aprender a pensar de otro modo y a adquirir habilidades de conducta de las que se beneficiará el resto de su vida. No sólo superará sus problemas actuales, sino que también aprenderá a usar esas nuevas habilidades para superar los venideros”.

Por ejemplo, en el caso del consultante, adaptarse a un proceso e ir de manera gradual aprendiendo una nueva forma de entender cómo planear y prevenir sus horarios de alimentación y la calidad, además de la cantidad de los productos que consume puede ser todo un reto o una manera de hacer disfrutable y posible, la dieta que lejos de ser rigurosa puede ser una nueva manera de administrar no solo su alimentación sino la regulación de su hambre con su estado de ánimo. No se trata de tener fuerza de voluntad, sino de cambiar los hábitos y para que este pensamiento llegue a comprenderse plenamente no hay otra forma mas que experimentado una nueva manera de vivirlo ya que esto es una forma de vida y no algo temporal.

La adherencia a la terapia farmacológica suele incrementarse en múltiples casos, incluso la actividad física, sin embargo, la adherencia a las recomendaciones nutricionales suele ser baja aún cuando la mayoría de los pacientes diabéticos reconocen la importancia de la adecuada alimentación para tener una mejor calidad de vida y así evitar complicaciones (Gimenes-Faria, 2014). La dieta se entiende como que es algo restrictivo cuando lo ideal es lograr adecuar el contexto del consultante con las necesidades particulares que vive a lo largo de su vida ya como un hábito cotidiano y no como algo forzado y restringido tanto en un tiempo como en una sola forma de hacerlo. Por ello es importante que el consultante vaya conociendo más como es, cómo se siente y cómo enfrenta estados emocionales relacionados con la comida, para que esto lejos de que le resulten un obstáculo sean una herramienta que le permitan identificar sus necesidades a tiempo y no tener que atenerse a un castigo o consecuencia.

En el caso del consultante, después de tres sesiones en donde su trabajo es aprender a visualizarse comiendo lo que requiere y no lo que su emoción, su antojo o el momento entendido como un arranque, le haga consumir productos no recomendables para el y esto lejos de ayudarlo a la larga lo aleja de su meta. Lo positivo entonces de esta secuencialidad de encuentros es que le permiten entonces planear con antelación para que la ansiedad u otros estados de ánimo no sean sus aliados, sino que al identificarlos pueda separarlos y optar por una acción que le ayude a la larga. El consultante entonces comparte este paso de su proceso que de inicio resultó difícil pero

no inalcanzable ya que comparte: “Si, como que vas poniendo todo, entonces el que yo te ponga así de que voy a comprar, no me cuesta trabajo, o sea yo digo: ok, ¿qué tengo que comer? Y compro lo necesario (s7-22 de abril del 2019-r82). El adquirir entonces los productos e irse visualizando en qué momento los requerirá ya es un proceso importante y a su vez trascendente al ser parte del aprendizaje para adquirir nuevos hábitos.

Por lo tanto, es muy importante considerar los diferentes contextos en donde se desenvuelven los individuos para que sean tomadas en cuenta sus actividades, costumbres, niveles sociales y estratos económicos para de esta manera se precise un panorama más amplio de la situación que está viviendo el individuo, y así reducir el fracaso en las recomendaciones que se le sugieren (Hernández-Ronquillo, 2003). Una vez que el consultante logra ir adecuando los nuevos hábitos a su vida cotidiana le será más fácil ir sumando nuevas actividades positivas que le favorezcan a el logro de una mejor calidad de vida. Como lo menciona a continuación el consultante:

Si así es, entonces te digo, si pensara de que quiero bajar mas a la mejor si me saliera a andar en bicicleta o correr posiblemente bajara mas kilos o no se, o medida, yo eso... digo también, lo que yo me pongo a pensar es que realmente para poderlo hacer, tendría que ser igual como lo que estamos haciendo que de que empecé en 100 kilos y ahorita ya voy en 95. (s4-29 de marzo del 2019-r90)

Es importante hacer notar al consultante que cada uno de los pequeños cambios que agrega a su forma de vida propician un cambio, muchas veces tan sutil, que el mismo consultante no alcanza a percatarse de los beneficios que le están generando y es justo donde la psicoterapia le permite al consultante reconocerse durante ese proceso de cambio en el que es capaz de consolidar y mantener sus nuevos hábitos no solo nutricionales sino también emocionales.

6.5 El acompañamiento psicoterapéutico, como proceso crucial para lograr una buena calidad de vida

Si el propósito tanto de este trabajo, como lo es el de el consultante tiene que ver con tener una calidad de vida óptima, entonces es importante comprender que el acompañamiento psicoterapéutico es un gran aliado ya que además de las exigencias que el consultante enfrenta en su vida cotidiana para manejar la diabetes esto le implica hacer ajustes y adaptaciones en su dieta. Por ello esto es un proceso crucial, ya que, durante este mismo, la farmacoterapia es parte de esta afectación de su funcionamiento social habitual y con ello no dejar de lado la ansiedad y el estrés cuando se asocian con el manejo de la enfermedad es entonces donde la psicoterapia puede prevenir, aclarar, orientar y atender las necesidades de bienestar psicológico de los consultantes.

Tal es el caso concreto del consultante que hemos mencionado a lo largo de este trabajo de grado quien a lo largo de las primeras sesiones reconoce que es importante modificar tanto creencias como actitudes. “JA: Y esto es parte de lo que hay que modificar (s5-5 de abril del 2019-r281).

Justo luego, con una actitud de apertura y en busca de apoyo comenta: “A: Entonces eso es donde yo si te diría que yo no sé cómo carambas vamos a hacerle para tratar de cambiar ese hábito, porque ese si me cuesta mucho trabajo (s5-5 de abril del 2019-r282). Una vez que el consultante está abierto al cambio es cuando inicia su proceso, es entonces cuando se establece la meta para lograr la adherencia y por ello, es de vital importancia informar al individuo acerca de los beneficios de los cambios que puede lograr, y las ventajas que puede tener la persona para que se sienta motivada, para que continúe con claridad y firmeza su propósito y sobretodo, evite entonces recaídas o que suspenda su proceso de cambio para lograr tener una disciplina que idealmente se convierta en un estilo de vida. Sin embargo, en muchas ocasiones las recomendaciones no se llevan a cabo debido a la falta de apoyo de familiares cercanos, falta de voluntad, creencias, comorbilidades, bajo nivel educativo, el tiempo de enfermedad prolongado, el desempleo y la falta de programas de educación en diabetes y lo que genera más angustia, problemas económicos (Ganiyu, 2013). Si entonces, esta

situación es atendida a tiempo es muy probable que los cambios en el consultante resulten favorables, tal es el caso de quien participa en este plan de trabajo y sigue las recomendaciones:

Si los cambios que estamos buscando es justo eso, es modificar un poquito las costumbres, estos hábitos que llevamos por mucho tiempo, es modificarlos, ojalá que todo se tratara justo de tener un horario para si comer, ¿no?, ... ¿Por qué nos sirven las comidas cada tres horas? Es justo para evitar estos descensos de glucosa y que después no hagan comer con mas apetito y de pronto lo más común es que el cerebro nos dice, necesito energía ya, por favor que no sea una mandarina que tengas que pelar, por favor un gansito, nada más le quitas el celofán y ni tanto le apachurras así para que salga. (s2-15 de marzo del 2019-r239)

Si entonces se considera todo lo anterior, es importante que el individuo tenga una etapa de sensibilización y asimilación de lo vivido de manera consciente durante el proceso de terapia. Si bien, el individuo puede experimentar recaídas, decepciones, pérdida del ánimo y motivación, estadios de tristeza, desesperación entre otros estados de ánimo, es fundamental el acompañamiento por parte de un terapeuta preparado en este ámbito. Como afirma Beneit, “La conducta de la salud está regulada tanto por la educación sanitaria que una persona recibe, como por su situación vital concreta e inmediata. Las conductas de salud incluyen todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general, como, por ejemplo, seguir una dieta equilibrada o hacer ejercicio físico” (Beneit, 1994, p.29).

El seguimiento del consultante es fundamental, hacerle saber al consultante que durante el proceso y no hay que dejar pasar por alto aquellos momentos en donde el consultante recae, o no sigue las recomendaciones: “Y como te comentaba me llama la atención justo esto que digo fue de una forma, así como abrupta, ahora que me comentas esta parte este a la mejor fueron los primeros avisitos de este, pero obviamente no tenemos la obligación de saber todo ¿no? (s1-8 de marzo del 2019 r155) en otra ocasión cuando el terapeuta cuestiona al consultante, ¿Como crees que pudiéramos, que podrías hacer en esta ocasión para que no nos pasara eso? (s4-29 de marzo del 2019-r175) El acompañamiento, sin duda es primordial y hay que realizarlo con cuidado, como alguien

que tiene mucha apertura y paciencia sin figurar como alguien sumamente estricto sino mostrarse como alguien amable y sin dejar de ser determinado, es una clave muy importante para mantener distancia y hacer que el consultante también lo haga para que se de cuenta de las interrupciones manifestadas durante su proceso y sobre todo ayudarlo a ver que es posible retomar el proceso.

Enseguida se presenta un ejemplo del consultante:

A-Pues yo creo que la verdad es realmente, uno sabe qué puede comer y qué no debe de comer, pero a veces este, pues no se el mismo subconsciente o el hambre como dije hace ratito, pues tienes hambre llegas y en lugar de agarrar y pelar un pepino, pelar una jícama pues esta mas rápido agarrar, un pan y comerte una salchicha y así algo mas rápido. Es simplemente el estar mas consciente y tratar de alimentarte sano yo siento que es mas esa parte, no el pensarle por que al final, no me cuesta trabajo hacerlo, no estoy ay no es que me quiero comer unos tacos ahorita y no me estoy muriendo de hacerlo o a lo mejor el día de mañana me voy a ir a cenar tacos, cuatro días voy a comer algo muy sano que se que me va a bajar rápido el azúcar o que no me va a engordar y ya. Es no prohibirte todo, por que no puedes vivir prohibiéndote todo. (s4-29 de marzo del 2019-r176)

Ciertamente, los temas claves para brindar apoyo son: la emoción en relación con otras áreas como, dominios como la cognición, la autorregulación, autoeficacia y el comportamiento. Por lo tanto, los temas importantes para dialogar son: la fuerza de voluntad, resiliencia, percepción de la enfermedad y afrontamiento proactivo en la ejecución de nuevos comportamientos necesarios para hacer frente al pensamiento orientado hacia el futuro y las influencias de percepción de la enfermedad sobre conductas relacionadas con la salud (Chew, 2014). El motor principal para que estos temas puedan operar de manera óptima sin duda ese motor es la motivación que se les da a los consultantes ya que es la mejor estrategia para lograr modificar las conductas de la salud, es por ello, que hay que hacer énfasis en que se establezca una óptima relación entre psicoterapeuta y consultante, donde exista una mutua comunicación para lograr una adecuada toma de decisiones, y así lograr la adherencia. Ya entonces después de varias sesiones, en el caso del consultante, es posible distinguir su motivación y su apertura para continuar con su proceso: A: Pues no, porque también como que me estás

cambiando mi forma de pensar y eso ya no me está gustando (risas), no, no es cierto (s6-12 de abril del 2019-r56). Sin duda, también hay que tener cuidado y por eso la importancia del seguimiento, al que le nombramos “proceso de cambio” en el que se corrobore la información, su comprensión sobre las indicaciones y su situación emocional, ya que “si un paciente no comprende las recomendaciones que se le dan, puede interpretar inadecuadamente las cosas que debe hacer” (Latorre-Postigo, 1994, p. 159). Esta situación trae como consecuencia que el consultante considere que el médico no sea “atinado” o que esa receta “no le sirva” y finalmente desista de su propósito inicial que es estar sano o saludable y su situación se agrave, además de sentirse decepcionado y finalmente sin motivación alguna para recuperarse.

Tal es el caso cuando el psicoterapeuta dice:

Pero excelente es que hay una relación estrechísima de las emociones con una, con la alimentación, y otra con el proyecto que estas haciendo, por que, a fin de cuentas, es un cambio en tu vida, entonces perfecto, hasta donde vamos solo he visto emociones buenas aquí ya tuvimos un molesto (s4-29 de marzo del 2019-r127).

Es por ello por lo que es tan importante darle continuidad y mantener la continua comunicación con él, saber bien lo que el consultante comprende y lo que hace con lo que se le recomienda tanto en el campo de la medicina como en el de la psicoterapia.

Para favorecer la comunicación, la motivación y favorecer entonces el apego a las indicaciones que se le ofrecen al consultante, se utiliza la terapia cognitivo conductual (TCC), que tiene como finalidad según afirma, Montes-Delgado: “modificar sus emociones y mejorar el comportamiento de afrontamiento, ayudándoles a identificar sus creencias disfuncionales para contrastarlas con la realidad, de esta manera podrán ser reemplazadas por creencias más apropiadas o realistas” (Montes-Delgado, 2013). De manera muy agradable y con toda una actitud proactiva del consultante es posible reconocer que el está muy orgulloso del trabajo en equipo que están desempeñando juntos, tanto el consultante como psicoterapeuta, lo hacen notar cuando el consultante menciona: “Pues que bueno, es gracias a ti también, a los dos, tu conejillo de indias ahí

va funcionando bien” (s6-12 de abril del 2019-r360), a lo que el psicoterapeuta contesta “¡Verdad! (risas) No, excelente A, de verdad es que este trabajo no es más que tuyo, ... esto solamente se puede hacer cuando tú compras las ganas de hacer este cambio, de lograrlo” (s6-12 de abril del 2019-r361). Por lo tanto, es posible afirmar que la clave del seguimiento y el logro del apego a las recomendaciones sugeridas por el Psicoterapeuta es sin duda la terapia cognitiva conductual? ya que a través de esta terapia se observan tanto el comportamiento como las emociones que presenta el consultante y que pueden ser equivocadas, y, por lo tanto, provoca reacciones desmesuradas que pueden dar como resultado, una mala elección para enfrentar el problema, como afirma Riveros (2005) que desde la óptica de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud, la calidad de vida denota la forma de responder del individuo ante las situaciones cotidianas.

Por ello no hay que perder de vista que el objetivo de la TCC es favorecer el desarrollo de habilidades del consultante diabético para el afrontamiento de la enfermedad, ayudándoles a identificar sus creencias distorsionadas, a contrastar dichas creencias con la realidad y a reemplazarlas por creencias más apropiadas o realistas que van muy acompañadas por supuesto de estar consciente de lo que se siente y piensa.

7. Conclusiones y propuestas

El propósito de este trabajo de investigación consistió en lograr que las personas que padecen de diabetes mellitus tipo 2 asumieran la responsabilidad compartida de cuidar la salud y que a su vez aceptaran las consecuencias de dejar de hacerlo. Este propósito fue logrado, ya que con la aplicación de psicoterapia los resultados del estudio mostraron que cuando el consultante cuenta con la actitud de apertura para la comprensión de las indicaciones esto trae como resultado una mayor adherencia, la cual se evidenció con mejores resultados tanto en la pérdida de peso como en el porcentaje de grasa corporal, dando como resultado mayor energía y capacidad durante el día. Y con esto, el siguiente resultado es el incremento tanto en la cantidad de días de práctica como en la intensidad del ejercicio realizado. Esta situación trae consigo otra consecuencia que resulta muy motivante para quien asume la responsabilidad de cuidar su salud al contar con la evidencia más notable, la cual es la disminución en las tallas de ropa. Esto trajo consigo que el consultante pudiera verse y sentirse mejor en su estado de ánimo y a su vez esto permita reforzar su adherencia a las recomendaciones, tanto médicas, como nutricionales.

Este estudio también demuestra que cuando el consultante disfruta los beneficios de los cambios, logra mayor facilidad para la adherencia, es decir, que cada cambio por pequeño que sea, da como resultado una experiencia gratificante y diferente, y, por lo tanto, esos pequeños cambios se van dando de manera paulatina, y al lograr estos, se amplía la posibilidad de que el consultante se viva con mayor seguridad y confianza, cuestión que resulta muy motivadora para seguir adelante. Esto entonces nos permite también concluir que cuando los cambios se van dando en la misma dirección los resultados serán mejores, ya que el consultante es capaz de sentirse motivado para mantener los cambios y esto entonces se torna en un estilo de vida de calidad de manera permanente y no de forma temporal.

Una de las piezas fundamentales de este proceso de cambio de actitud, de hábitos y de logro de propósitos para este trabajo, es el tema de la motivación tanto la que el

profesional de la salud evoca en su consultante como la que el consultante logra distinguir a lo largo de su trabajo integral para que logre tener éxito en el cuidado de la calidad de su vida. Por ello, es preciso distinguir que si esperamos resultados diferentes debemos de hacer las cosas de diferente manera y es importante hacer notar al consultante cuándo y cómo su esfuerzo ha redituado, y por lo tanto hacerle notar que el logro es suyo, ya que es quien merece felicitarse y quien debe ser reconocido no sólo por el profesional de la salud sino saberse importante, reconocido y felicitado por él mismo.

Cuando un consultante ya no continúa asistiendo a las citas o abandona la consulta de manera definitiva, cabe entonces la pregunta que este trabajo ha podido responder, cómo lograr que el consultante no desista y pueda comprometerse consigo mismo a darle seguimiento a las recomendaciones que el profesional propone.

Este trabajo ha contribuido a darle sentido y respuesta a esta continuidad y mantenimiento ya que, en la mayoría de los casos, los consultantes muestran buena adherencia las primeras 2 o 3 semanas por el entusiasmo, por la presión familiar, o del médico que lo refiere. Sin embargo, no siempre se mantiene el entusiasmo cuando no están del todo comprometidos en hacer un cambio en los hábitos con los que han vivido antes de la consulta. Por lo tanto, otro de los elementos claves que se detectan en este trabajo se le llaman los buenos hábitos. Y entonces además de identificar el motor llamado motivación, los buenos hábitos son el para qué y por qué del día a día. Y estos son los que concluimos que son indispensables para lograr el cambio ya que se deben modificar, para lograr mayor conciencia y por lo tanto sentido en la acción que dan respuesta al para qué de que cada alimento que comemos, además de contar y reconocer, y junto con ello, tener presente el lograr identificar las emociones que se generan durante el día y la relación que tienen estas con la comida.

Para obtener resultados óptimos en el propósito del paciente que decide apegarse a las indicaciones alimenticias para el control de la diabetes, observamos que es crucial el utilizar como herramienta principal la Psicoterapia Cognitivo conductual ya que es posible implementar un esquema a seguir con actividades programadas por cita, la cual

favoreció a que el consultante, a medida que realizaba una tarea, se sentía acompañado, atendido y escuchado a lo largo de las sesiones y esto en gran medida influye en el proceso del cambio. Mismo que permitió que se diera cuenta de la relación de los cambios con las emociones y los sentimientos que emergían y por ende fue más consciente de sus actos y las consecuencias de estos mismos. A lo largo de este proceso fue notorio que, en la sexta semana, hubo un parteaguas, mientras que en el consultante A, se notó mayor adherencia y mejores resultados, el consultante B, fue perdiendo interés refiriendo hastío y desesperación para ver los cambios.

Encuentro de suma importancia el acompañamiento psicoterapéutico para el tratamiento del paciente diabético, el cual encuentra en la psicoterapia una herramienta que le facilite la comprensión y la aceptación de su enfermedad para hacerse responsable de la misma de manera gradual además de ir incorporando nuevas maneras de entenderse y de organizarse al crear nuevos hábitos alimenticios que son más estables y duraderos. Ya que esto le aporta mayor claridad a su vida y por lo tanto más certezas que le hacen sentir más contento y satisfecho cada que va logrando sus cambios, tal es el caso del consultante que nos confirma lo siguiente: “ahora entiendo mejor la alimentación, la parte del apoyo que me brindas en cuestión de poder entender mis pensamientos sabotadores eso ha sido algo muy valioso” (s11-24 de mayo del 2019-r224).

Me parece que el abordaje interdisciplinar donde se incluya el área médico, nutricional y psicoterapeuta el consultante puede ser atendido de una manera más complementaria, ya que por mucho tiempo esta enfermedad se trató únicamente con medicamentos y ahora ha sido abordada de manera distinta cuando se asoció la calidad de vida con la calidad de la alimentación siendo esta última más difícil de seguir. Ahora con la incorporación de la psicoterapia para facilitar la adherencia, puedo vislumbrar un panorama más favorecedor para el tratamiento del creciente número de pacientes diabéticos y como consecuencia una mejor calidad de vida.

A mi en lo personal me brinda la oportunidad de acompañar al paciente en su proceso de una manera más integral en donde las alternativas de solución que le puedo brindar a los consultantes me han resultado más solida, consistente, innovadora y por lo tanto a para mi más gratificante y satisfactoria.

8. Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Los trastornos depresivos*. En Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5^a ed.). doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.807874
- Beck, Aaron T.; Rush, A. John; Shaw, Brian F.; Emery, Gary (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press. ISBN 0-89862-919-5. Consultado el 2 de abril de 2017.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised beck depression inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40(6), 1365–1367. doi:10.1002/1097-4679(198411)40:6<1365::aid-jclp2270400615>3.0.co;2-d
- Beck, J. S. (2009). *El método Beck para adelgazar*. Barcelona : Gedisa.
- Beneit, P. J. (1994). *Conductas de salud*. En J. M. Latorre Postigo, & P. J.-M., *Psicología de la salud* (págs. 27-39). Buenos Aires: Lumen.
- Cabrera, C. (1991). Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas con pacientes con Diabetes mellitus II. *Salud Pública de México*, 33(2), 166-172.
- Camic, P., & Knight, S. (Eds.). (1998). *Clinical handbook of healthpsychology: A practical guide to effective interventions*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Candelaria, M., García, I. & Estrada, B.D. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 32-39. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.002>
- Castro-Aké, G. A. (2009). Trastorno depresivo y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(4), 377-382.
- Chew B. H, S. G. S. (2014). Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *World Journal of Diabetes*. 2014 Dec 15;5(6):796-808., 5(6), 769-808.
- Chew, B. H, A. F., & S. S. (2018). Psychological interventions for behavioral adjustments in diabetes care - a value-based approach to disease control. *Psychology Research and Behavior Management eCollection* 2018., 4(11), 145-155.

Clemente, A. (30 de Agosto de 2018). 30% de niños con obesidad, en estado prediabético: UNAM. *El financiero*.

Colunga-Rodríguez, C., Alba, J. E., Ángel-González, M. & Salazar-Estrada, J. G. (Oct-Dic de 2008). Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Revista cubana de salud pública*, 34(4). Recuperado el 9 de marzo de 2018, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400005&lng=es&ting=es.

Diabetes Care, *Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus*, vol. 20, suplemento 1, enero 1997

DePablos-Velasco, P. (2014). Calidad de vida y satisfacción con el tratamiento de sujetos con diabetes tipo 2: resultados en España del estudio PANORAMA. *Endocrinología y Nutrición*, 61(1), 18-26.

Federación mexicana de diabetes. (2 de 10 de 2014). *Federación mexicana de diabetes*. Recuperado el 8 de 02 de 2018, de <http://fmdiabetes.org/>: <http://fmdiabetes.org/diabetes-en-mexico/>

Fernández-López, J., M. F.-F., & A. C. (mar-abr de 2010). *Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento*. CIF. *Revista Española de Salud Pública*, 84(2).

Gabino, A. (s.f.). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. 2da Ed. (Vol. 2002). Madrid, España: Ediciones Piramide.

Ganiyu, A.B., Mabuza, L. H., Malete, N. H., Govender, I., & Ogunbanjo, G. A. (2013). Non-adherence to diet and exercise recommendations amongst patients with type 2 diabetes mellitus attending Extension II Clinic in Botswana. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 5(1), 457. doi:10.4102/phcfm.v5i1.457

Faria, Heloisa Turcatto Gimenes, Santos, Manoel Antônio dos, Arrelias, Clarissa Cordeiro Alves, Rodrigues, Flávia Fernanda Luchetti, Gonela, Jefferson Thiago, Teixeira, Carla Regina de Souza & Zanetti, Maria Lúcia. (2014). Adherence To Diabetes Mellitus Treatments In Family Health Strategy Units. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 257-263. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000200009>

Heredia, Juan Pablo, Pinto, Bismarck, (2008). *Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico*. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo" [en línea] 2008, 6 [Fecha de consulta: 31 de octubre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545469002>> ISSN

Hermeza, R. D. (julio-septiembre de 2017). Adherencia a terapia médica nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de un hospital nacional de nivel III en Lima, Perú. *Revista Médica Herediana*, 28(3), 150-156.

Hernández-Ronquillo, L. E. (2003). Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud pública de México*, 45(3), 191-197.

Latorre-Postigo, J. M., & P. J.-M. (1994). Comprensión y recuerdo de las recomendaciones de salud. En J. M. Latorre-Postigo, & P. J.-M., *Psicología de la salud* (págs. 157-176). Buenos Aires, Argentina: Lumen.

Martínez-Vega, I. P. (marzo-abril de 2017). Distress and its association with self-care in people with type 2 diabetes. *Salud Mental*, 40(2), 47-55.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.007>

Martínez, M. (1996). *Comportamiento humano, nuevos metodos de investigación*. México: Trillas.

Maslow, A. (1975). *Motivación y Personalidad*. Barcelona: Sagitario.

Montes Delgado, Roberto, Oropeza Tena, Roberto, Pedroza Cabrera, Francisco Javier, Verdugo Lucero, Julio César, & Enríquez Bielma, José Filiberto. (2013). Manejo del estrés para el control metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enclaves del pensamiento*, 7(13), 67-87. Recuperado en 31 de octubre de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2013000100004&lng=es&tlng=es.

Peyrot, M. & Rubin, R. R. (octubre de 2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes. *Diabetes Care*, 30(10), 2433-2440. DOI: 10.2337/dc07-1222

Pole, K. (Marzo-Agosto de 2009). Diseño de metodologías mixtas. Una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas. *Renglones, Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*(60), 37-42.

- Ramírez-Hinojosa, J. P., Zacarías-Castillo, R., Torres-Tamayo, M., Tenorio-Aguirre, E. K., & Torres-Viloria, A. (Enero-Febrero de 2017). Costos económicos en el tratamiento farmacológico del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Estudio de pacientes en consulta externa de medicina interna de un hospital de segundo nivel de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 59(1), 6-7.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López Lena, M., & Sandoval-Ávila, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*, 35 (4), 329-337.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar L., F & Sánchez-Sosa J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Rodríguez-Morán, M. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Supl 1*, S68-S73.
- Rojas, E., Molina, R. & Rodríguez. (2012). C. (1991). Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus, *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10(1), 7-12.
- Ruiz-Flores, L. G. (2013). Depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En S. A. Islas-Andrade, *Diabetes mellitus: Actualizaciones* (págs. 357-376). Ciudad de México: Editorial Alfil S.A. de C.V.
- Ruiz M^a Ángeles, D. M. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. España: Desclée De Brouwer.
- Sánchez, R.A. (2015). t-Student: Usos y abusos. *Revista mexicana de cardiología*, 26(1), 59-61. Recuperado en 31 de octubre de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-21982015000100009&lng=es&tlng=es.
- Shim YT, L. J. (Agosto de 2012). Health-related quality of life and glycaemic control in patients with Type 2 diabetes mellitus in Singapore. *Diabetic Medicine*, 29(8), e241-e248.
- Vera, A., & Villalon, M. (2005). La Triangulación entre Métodos Cuantitativos y Cualitativos en el Proceso de Investigación. *Ciencia & Trabajo*. Abr-Jun; 7 (16):85-87

Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación. *Serie de documentos de trabajo Universidad del CEMA: Area:negocios*(296).

Zijian Li, H. J. (2017). Influencing Factors of Knowledge, Attitude, and Practice regarding Medical Nutrition Therapy in Patients with Diabetes: A National Cross-Sectional Study in Urban China. *Journal of Diabetes Research* , 2017, 1-10.

Apéndices

Apéndice 1. Carta de consentimiento

AVISO DE PRIVACIDAD-PSICOTERAPIA PROYECTO PRESENCIA

Tlaquepaque, Jal. a 8 de 3 de 19

JOSE ANTONIO VICENTE GARCIA
Presenta

Por medio de la presente expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las sesiones de psicoterapia y que esta información sea vista, escuchada y comentada con los maestros y sus compañeros de clases de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Entiendo que el propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que usted pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación; y que tanto sus maestros como los compañeros de clase asumen también este compromiso.

Estoy informado(a) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, usted dejaría de audio/video grabar y comentar con sus maestros y compañeros lo platicado en mis sesiones de psicoterapia.

Atentamente

Jose Antonio Vicente Garcia
Nombre y firma de la persona consultante

AVISO DE PRIVACIDAD

ITESO, a través del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia recabó tus datos personales y personales sensibles como consultante del servicio de psicoterapia proporcionado por los alumnos de este programa educativo, con el fin de abrir un expediente de tu caso para llevar un adecuado seguimiento del proceso de psicoterapia; grabar mediante audio y video las conversaciones de las sesiones de psicoterapia en las que se participa, ver, escuchar y comentar la información audio-video grabada con los alumnos compañeros y los profesores de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Estos datos personales y personales sensibles serán resguardados en los archivos (físicos y electrónicos) que se encuentran en el Departamento de Salud, Psicología y Comunidad del ITESO. La información que se utilice para la supervisión de los casos será tratada en forma confidencial y anónima.

Derechos ARCO:

El ITESO te informa que tienes el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de tus datos personales y personales sensibles que resguarda el ITESO y en caso que desees ejercerlos, serás atendido en la oficina del Director de Administración y Finanzas por MARTHA ÁLVAREZ CASTAÑEDA en horas hábiles y conforme a las prevenciones y requisitos establecidos en el Capítulo IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en vigor. (Edificio central, teléfono 3669-3570).

Apéndice 2. Cuestionario Diabetes 39

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39

La calidad de vida de las personas está afectada por muchas causas. Estas causas pueden incluir el estado de salud, la oportunidad para vacacionar o divertirse, los amigos, la familia o el trabajo. El siguiente cuestionario se diseñó para ayudar a conocer lo que afecta la calidad de vida en las personas con diabetes.

Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida durante el último mes. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz (X) en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema. Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

Se le suplica responder todas las preguntas.

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

1. El horario de los medicamentos para su diabetes
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
2. Preocupaciones por problemas económicos
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
3. Limitación en su nivel de energía
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
6. Estar preocupado(a) por su futuro
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
8. Tensiones opresiones en su vida
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
9. Sensación de debilidad
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
12. Visión borrosa o pérdida de la visión
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
13. No poder hacer lo que quisiera
 Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

14. Tener diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
15. El descontrol de su azúcar en sangre
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
16. Otras enfermedades aparte de la diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
18. El tiempo requerido para controlar su diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
20. La vergüenza producida por tener diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
22. Sentirse triste o deprimido
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
23. Problemas con respecto a su capacidad sexual
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
24. Tener bien controlada su diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
25. Complicaciones debidas a su diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
30. Menor interés en su vida sexual
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

32. Tener que descansar a menudo

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

33. Problemas al subir escaleras

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

35. Tener el sueño intranquilo

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

36. Andar más despacio que otras personas

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

37. Ser identificado como diabético

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

39. La diabetes en general

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

Calificación global

1. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida

Mínima calidad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Máxima calidad

2. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes

Ninguna gravedad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Extremadamente grave

Gracias por sus respuestas

Apéndice 3. Escala clinimétrica para depresión

Anexo
ESCALA CLINIMÉTRICA PARA DIAGNOSTICAR

DEPRESIÓN

SÍNTOMAS PARA SOSPECHAR DEPRESIÓN

Entrevista clínica al paciente

Criterio B (Preguntas 1 a la 3)

ENUNCIADO GENERAL QUE DEBE REALIZARSE PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES TRES PREGUNTAS
¿EN ESTE ÚLTIMO MES DURANTE DOS SEMANAS O MÁS, CASI TODOS LOS DÍAS?

- | | SÍ | NO |
|--|-----|-----|
| 1. ¿Se ha sentido triste, desanimado o deprimido? | () | () |
| 2. ¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer, como el trabajo o sus pasatiempos? | () | () |
| 3. ¿Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aun cuando no haya trabajado todo el tiempo? | () | () |

• Si dos de las tres preguntas anteriores son positivas, pase a las preguntas 4 a la 13a para confirmar depresión.

• Si en las tres preguntas anteriores solamente hay una respuesta positiva o ninguna, no continuar

con la entrevista. SÍNTOMAS PARA CONFIRMAR DEPRESIÓN

Criterio C (Preguntas 4 a la 13a)

ENUNCIADO GENERAL PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS
¿EN ESTE ÚLTIMO MES DURANTE DOS SEMANAS O MÁS CASI TODOS LOS DÍAS?

- | | SÍ | NO |
|--|-----|-----|
| 4. ¿Ha tenido menos ganas de comer o más ganas de comer que lo habitual ? | () | () |
| 5. ¿Ha perdido peso, por lo menos un kilo por semana o más sin utilizar dieta alguna o ha aumentado más de un kilo por semana? | () | () |
| 6. ¿Ha presentado dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse ? | () | () |
| 6a. ¿Ha presentado dificultad para poder permanecer dormido? | () | () |
| 6b. ¿Se ha despertado más temprano de lo habitual? | () | () |
| 7. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo, a un grado que no se atreve a opinar acerca de nada? | () | () |
| 8. ¿Se ha sentido inferior a otras personas? | () | () |
| 9. ¿Se ha sentido culpable por todo lo que le pasa o por todo lo que le pasa a su alrededor? | () | () |
| 10. ¿Ha presentado dificultad para concentrarse en cosas como leer o ver televisión? | () | () |
| 11. ¿Ha presentado dificultad para tomar sus propias decisiones sobre las cosas que antes no le costaban trabajo? | () | () |
| 12. ¿Ha pensado usted en querer matarse? | () | () |
| 13. ¿Ha notado que se encuentre intranquilo o inquieto? | () | () |
| 13a. ¿Ha notado usted que habla o se mueve más lento? | () | () |

Al finalizar esta entrevista, por favor clasifique el nivel de depresión que presenta el paciente de acuerdo con los siguientes criterios y coloque una X en el paréntesis en el diagnóstico que corresponda en el recuadro final de esta sección.

DEPRESIÓN LEVE

• Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas del **Criterio B** (preguntas 1 a la 3) del anexo A, más la presencia de al menos cuatro respuestas positivas de los síntomas del **Criterio C** (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

DEPRESIÓN MODERADA

• Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas del **Criterio B** (preguntas 1 a la 3) del anexo A, más la presencia de al menos seis respuestas positivas de los síntomas del **Criterio C** (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

DEPRESIÓN GRAVE

• Presencia de respuestas positivas de los tres síntomas del **Criterio B** (preguntas 1 a la 3) del anexo A más la presencia de al menos ocho respuestas positivas de los síntomas del **Criterio C** (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

AUSENCIA DE DEPRESIÓN

Apéndice 4. Control diario de Glucemia

Fecha		Glucosa capilar	Seguimiento de la recomendación nutricional	Situaciones	Emociones
Día de la semana			Excelente, bien, regular, mal, pésimo.		
	Desayuno	Antes			
		2 hrs después			
	Comida	Antes			
		2 hrs después			
	Cena	Antes			
		2 hrs después			
	Noche				