

UNIVERSIDAD DE MONTERREY
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Este trabajo ha sido aprobado en cuanto a contenido, forma y ejecución mecánica. se considera como base de réplica en el examen profesional del autor (a) . Las firmas a continuación testimonian la aprobación.

ASESOR (A) : Beatriz Martínez Cerda 

COORDINADORA CURRICULAR Alicia Gpe. Varela De la Cruz

Título del trabajo Alternativas de Tratamiento de la depresión en pacientes diabéticos: un enfoque conductual

Nombre y firma del autor (a) Roquel Regina Espinosa Garza

Roquel R. Espinosa Garza

Garza García N.L., a ----- De 3 ----- De Agosto ----- 19998.

Universidad de Monterrey
División de Ciencias de la Salud
Departamento de Psicología

040.15
E77a
1998

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES
DIABÉTICOS: UN ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL**

Propuesta realizada
para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
presenta
RAQUEL REGINA ESPINOSA GARZA

Monterrey, Nuevo León

Julio de 1998.

903380

**BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE MONTERREY**

DEDICATORIAS

A **mis padres** gracias por todo el amor y confianza que me han brindado hasta ahora. Y por ser siempre ejemplo de lucha en esta vida. Los quiero mucho.

A **José Luis, Daniel, Laura, Jorge, Deyanira, Miguel, Francisco, Rosario, Roberto y Roble** gracias por su apoyo para la realización de este trabajo.

A **Sergio** gracias por brindarme tu amistad y por enseñarme a ver el cielo. Te extraño.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora **Lic. Beatriz Martínez**, gracias por el apoyo, dedicación y comprensión que me brindaste a lo largo de este sueño.

A **mis queridas maestras y amigas Lic. Evangelina Reyes y Lic. Hermelinda Leal**, gracias por todos sus consejos y por apoyarme a lo largo de toda la carrera.

A **mis amigas** gracias por apoyarme durante los momentos difíciles.

Al **Dr. Eduardo Garza** gracias por el apoyo brindado para la realización de este trabajo.

INDICE

DEDICATORIAS

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1

GENERALIDADES DE LA DIABETES.....	5
1.1 Definición.....	5
1.2 Clasificación.....	6
1.3 Etiología.....	7
1.4 Sintomatología.....	7
1.5 Tratamiento.....	9
1.6 Prevención.....	12

CAPITULO 2

PSICOLOGÍA DEL PACIENTE DIABÉTICO.....	14
---	-----------

CAPITULO 3

DEPRESIÓN.....	18
3.1 Definición.....	18
3.2 Factores de riesgo.....	18
3.3 Clasificación.....	19
3.4 Depresión y Diabetes.....	22

CAPITULO 4

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	24
4.1 Definición.....	24

4.2 Antecedentes.....	24
4.3 Tratamiento.....	28

CAPITULO 5

APOYO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES DIABÉTICOS CON DEPRESIÓN.....	31
---	-----------

CONCLUSIONES.....	38
--------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
--	-----------

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es un grupo de “enfermedades metabólicas, que se caracterizan por hiperglucemia -nivel alto de azúcar - que resulta de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas” (García, 1998:1). El problema de la diabetes presenta un incremento notable entre las enfermedades físicas que aquejan no sólo a la población nacional sino mundial. En nuestro país tenemos que un 7.2% de la población adulta padece esta enfermedad mientras que en la zona norte , donde esta incluido Nuevo León aumenta el porcentaje a 7.8% (Quibriera, 1997:160)

La diabetes no respeta edades y generalmente se manifiesta con los mismos síntomas, casi no existen variantes. Los síntomas más comunes son, por ejemplo, el deseo de orinar frecuentemente, sed y apetito intenso y una pérdida rápida de peso, entre otras (Ruiz, 1996:6).

Por ejemplo, en la diabetes tipo 2 el paciente, presenta alteraciones en las células beta debido a la secreción de insulina y a que la acción de la misma es deficiente. Según Mbanya (1997) algunos factores de riesgo son la obesidad , el sedentarismo, y un historial familiar de diabetes, entre otras. Aunado a sus trastornos físicos el paciente diabético experimenta algunos otros trastornos en su vida personal tales como periodos de depresión, dificultades en el trabajo, con la pareja, o disminución de sus vínculos afectivos (Treysac, 1994:714).

Los pacientes con este tipo de enfermedades comúnmente pasan periodos de depresión, ya que enfrentan una pérdida de salud y tienen que estar en constante revisión médica. Según investigaciones (Griffith, 1997:216) hay mayor prevalencia de depresión en pacientes diabéticos que en la población en general. Se ha establecido según estudios que

existe una relación entre la depresión y un pobre control glicémico. La depresión afecta las conductas de salud necesarias para un buen control de la diabetes.

El tema de la depresión ha sido abordado ampliamente por autores como Beck (citado en Shaw, 1990:12), quien desde la teoría cognitiva señaló que el individuo con depresión es propenso a tener esquemas cognitivos desadaptados, los cuales contienen actitudes negativas sobre sí mismo y sobre el mundo que los rodea.

Los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva son tres. El primero, es el asumir el efecto real de un cambio en las funciones psicológicas o cognitivas, el individuo debe modificar la manera en que procesa la información. Segundo, el procesamiento erróneo, desadaptado de la información y operación, son parte integral de una sintomatología de los trastornos psicológicos de la psique. Y el tercero, la terapia cognitiva es aplicable a una gran variedad de trastornos psicológicos y tiene un perfil cognitivo para cada uno de ellos.

La terapia cognitiva se enfoca al alivio sintomático llevando al paciente a que identifique y evalúe las cogniciones negativas y los pensamientos automáticos. El terapeuta ayuda a que el paciente identifique en sus pensamientos las inferencias erróneas derivadas de los procesos cognitivos. Esto lleva a plantear el problema de: Representa la terapia cognitiva una opción en el tratamiento psicológico de la depresión en pacientes diabéticos adultos.

En nuestro país la atención que se brinda al enfermo diabético es solo de tipo médico y son los doctores o enfermeras quienes hasta la fecha, han llevado a cabo la ayuda de tipo psicológico que el paciente ha requerido. Dentro de la Psicología existe un área específica que aborda la problemática de estos pacientes y es la Psicología de la Salud, que promueve la salud por medio de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. La Psicología de la Salud “ es el campo de las ciencias del comportamiento, conocimientos y técnicas

relevantes que sirven para comprender la salud física y la enfermedad, la aplicación de estos conocimientos y de estas técnicas para la prevención , diagnóstico , tratamiento y rehabilitación de la persona” (Kaplan, 1993:11).

Cuando el paciente es diagnosticado con esta enfermedad pasa por una etapa crítica. En una persona adulta pueden aflorar algunos miedos, por ejemplo, tiene miedo de casarse porque piensa que su matrimonio puede verse interrumpido por la enfermedad, o bien, la persona que esta gozando a nivel óptimo sus potencialidades puede pensar que ya no será capaz de realizar todas las actividades a las que estaba acostumbrada (Andreozzi, 1994:725).

Esta monografía pretende hacer conciencia en los psicólogos (as) en general, pero especialmente en los que trabajan en el área de salud, así como el resto de los profesionistas de esta área, de las necesidades emocionales que tienen los adultos diabéticos y de la demanda de psicólogos capacitados para atender estas necesidades.

Al parecer el trabajo del psicólogo dentro del área de la salud todavía no tiene el reconocimiento necesario, ya que solamente cuando la situación del paciente es crítica sugieren a éste que busque apoyo psicológico . Es necesario que los médicos realmente comprendan que si desde el inicio de cualquier enfermedad crónica se trabaja en equipo el paciente tendrá una mejor calidad de vida y una disminución en la sintomatología física.

A continuación se presentan los conceptos básicos para la realización de este trabajo.
Diabetes : es un conjunto de enfermedades metabólicas caracterizadas por hipoglucemia, que resulta de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas. En el desarrollo de esta enfermedad actúan diversos procesos patogénicos, como la destrucción de la célula del páncreas, con la consecuente deficiencia de insulina y resistencia a la acción de la misma. Puede presentarse por cuestiones hereditarias o por la participación

de factores ambientales que pueden afectar el metabolismo. Se puede asociar con lesiones características de la microcirculación (Comité experto en el diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus, 1997: 1183; Gulias, 1997:191).

Depresión: se emplea para hacer referencia a un estado de ánimo deprimido en relación con algunos aspectos del entorno o con algunos síntomas físicos leves. Se utiliza para referirse a sentimientos normales que se experimentan después de una pérdida significativa (Saranson, 1996:323).

Terapia cognitiva: La Terapia Cognitiva es una psicoterapia de tipo estructurado, es decir el terapeuta guía el curso del tratamiento del paciente, tiene corta duración (15 a 20 sesiones) y está encaminada a modificar la información errónea que esta provocando un disturbio psicológico en la persona. Para que estas modificaciones se lleven a cabo, la Terapia cognitiva utiliza dos procedimientos: la técnica verbal y la conductual (Beck, 1990:158).

El objetivo general de esta propuesta es: Exponer una alternativa de tratamiento psicológico para la depresión en pacientes diabéticos desde el enfoque cognitivo conductual. Se proponen como objetivos específicos.

Describir la sintomatología física y psicológica de la diabetes mellitus

Exponer la teoría de Áaron Beck de la depresión como una alternativa en el tratamiento psicológico de esta enfermedad.

Adoptar las técnicas terapéuticas de la Terapia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión en pacientes diabéticos.

Es una propuesta teórica, a nivel propositivo que no ha sido aplicada. Se adaptaran las técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la depresión en pacientes diabéticos.

CAPITULO I

GENERALIDADES DE LA DIABETES

La diabetes mellitus es una de las enfermedades físicas que ha ido incrementándose en los últimos años. Por esto , considero importante conocer su definición, su clasificación, sintomatología más común, algunas recomendaciones que se han dado para su tratamiento y sugerencias para su prevención. Considerando que como psicólogos debemos tener una visión general de ésta problemática que modifica notablemente la vida diaria del paciente diagnosticado diabético.

1.1 Definición

La **diabetes mellitus** es un conjunto de enfermedades metabólicas caracterizadas por hipoglucemia, que resulta de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas. En el desarrollo de esta enfermedad actúan diversos procesos patogénicos, como la destrucción de la célula del páncreas, con la consecuente deficiencia de insulina y resistencia a la acción de la misma. Puede presentarse por cuestiones hereditarias o por la participación de factores ambientales que pueden afectar el metabolismo. Se puede asociar con lesiones características de la microcirculación (Comité experto en el diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus, 1997: 1183; Gulias, 1997:191).

El páncreas se encuentra situado por debajo y atrás del estómago, dentro de éste se encuentran pequeñas piezas llamadas Islotes de langerhans, los cuales contienen células beta que secretan insulina. Un páncreas normal tiene alrededor de 100, 000 islotes de langerhans y cada uno de ellos contiene aproximadamente entre 80 y 100 células beta. Pueden registrar el nivel de glucosa sanguínea cada 10 segundos a una aproximación de

2mg por 100. En un lapso de 60 a 90 segundos las células beta pueden organizarse para liberar la insulina necesaria (Krall,1981:15,18).

Lo primero que producen las células beta es proinsulina la cual esta formada por una cadena de 81 aminoácidos que es una proteína básica. Esta cadena se transfiere al aparato de golgi, donde la proinsulina se desdobra en dos unidades. 51 de los aminoácidos permanecen y esta cadena se transforma en insulina. Los 30 aminoácidos restantes son conocidos como péptido C o de unión.

Cuando la célula beta es estimulada por glucosa, además de otro tipo de alimentos, libera insulina en dos pasos. El primer paso consiste en liberar la insulina que se encuentra almacenada en las células beta. El segundo paso es más complicado. Al aumentar el nivel de glucosa en la sangre se envía una señal a los núcleos de la célula beta, la cual retransmite la información al área de producción y se forma más insulina, aunque la formación de insulina se inicia antes de que el nivel de glucosa en la sangre aumente. La producción y la liberación de la insulina depende de la cantidad y del tipo de alimentos que el individuo ingiere (Krall, 1981:19).

1.2 Clasificación

La clasificación de la diabetes mellitus es más amplia pero los dos grupos más frecuentes a nivel estadístico son la diabetes mellitus tipo 1, dependiente de insulina, y la diabetes tipo 2, no dependiente de insulina.

Diabetes mellitus tipo 1 o Dependiente de insulina: Son los casos que presentan destrucción de células beta y que son proclives a desarrollar cetoacidosis. Es característico de este tipo de diabetes el mostrar autoinmunidad en los mecanismos de destrucción de las células beta y por consiguiente una baja producción de insulina (García, 1998:2).

Diabetes mellitus tipo 2 o no dependiente de insulina: resulta de una resistencia de insulina con un defecto en la secreción de la misma. Puede presentarse en personas con o sin obesidad (Rull, 1997:181).

1.3 Etiología

Gulias (1997, 191-196) expone los factores genéticos y ambientales que pueden tener relación con el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 o no requiriente de insulina.

Según investigaciones se ha encontrado que el principal factor es la susceptibilidad genética. En un estudio con gemelos idénticos se encontró que cuando uno de ellos es diagnosticado diabético existe entre un 41 a 94% de probabilidad de que el otro padezca del mismo problema, dándose a conocer tasas hasta del 100% en algunos casos. Esto disminuye notablemente en gemelos dicigotos del 3 al 21%. Historiales familiares de pacientes con diabetes mellitus, no requiriente de insulina, muestran que puede heredarse la enfermedad entre el 25 y 50% cuando sus antecesores han padecido este mal.

Por otro lado, se han encontrado varias alteraciones genéticas asociadas a la diabetes mellitus tipo 2, sin embargo no se ha comprobado que éstas sean las causantes de este padecimiento.

1.4 Sintomatología

Según Krall (1981:31) y Ruiz (1997:6) los síntomas más frecuentes en la diabetes mellitus tipo 2 son:

Poliuria: es el deseo de orinar frecuentemente y en grandes cantidades por medio de la cual se elimina el exceso de glucosa , ya que el riñón no puede absorber tal cantidad de ésta.

Polidipsia: sed intensa debida a la pérdida de agua por la orina, el individuo necesita tomar grandes cantidades de agua para reponerse de la deshidratación.

Polifagia: apetito intenso debido a que las células del cuerpo al no recibir glucosa y otros nutrientes por falta de insulina responden estimulando el apetito.

Pérdida rápida de peso: a consecuencia de la pérdida de agua y sales, de la degradación de grasas , proteínas musculares y a la falta de formación de músculos y grasas.

También se pueden presentar, **visión borrosa, náuseas, vómitos, algunos dolores y cansancio de las piernas, sensación de hormigueos, calambres, ardores y entumecimiento de las piernas.**

Una vez que la persona esta enterada del diagnóstico positivo de la enfermedad, conviene que tenga un conocimiento básico sobre dicho padecimiento es necesario darle información sobre algunos aspectos importantes como por ejemplo, la dieta, el ejercicio, los tratamientos, el cuidado de los pies y la elección de un calzado adecuado y como pueden los descendientes evitar este tipo de enfermedad.

La información da mayor resultado cuando ésta es brindada en pequeños trozos dentro de cierto periodo de tiempo; así como hojas con información breve y conciso siempre con el apoyo de las personas capacitadas para dar este tipo de ayuda (Croxon, 1997:26). Este tipo de estrategias ayudan a que el paciente diabético se independice de alguna forma y no necesite de otra persona para sus cuidados diarios, con esto no quiero decir que los

familiares o personas responsables del cuidado del enfermo se desentiendan de él por completo.

1.5 Tratamiento

La meta del tratamiento del paciente con diabetes es llevarlo a su peso ideal, mantener la glucosa en un nivel adecuado, educar y brindar información continúa al enfermo donde se incluya un programa acorde de vigilancia y control del nivel de azúcar en la sangre de cada persona. Además de permitir hacer los ajustes necesarios con base en las necesidades de cada paciente (Gómez,1997:378).

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 frecuentemente necesitan tratamiento dietético solo o con hipoglucemiantes orales . Cuando no existen infecciones u otro tipo de alteraciones los hipoglucemiantes orales son mínimos y con el tiempo pueden reducirse la dosis o hasta suspenderla. En casos de larga evolución la dosis va aumentando hasta que aparece alguna necesidad para combinar los hipoglucemiantes con algún otro medicamento como la sulfoniluria y la biguanida (Gómez, 1997:376).

Las pastillas pueden hacer bajar el nivel de azúcar en la sangre, siempre y cuando el organismo todavía produzca un poco de insulina. Como ya se mencionó anteriormente, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no producen la insulina necesaria para nivelar el nivel de azúcar y este tipo de medicamento puede ayudarles en la producción de insulina para controlar la diabetes.

Es necesario que quienes padecen esta enfermedad regularmente se realicen la prueba de azúcar en la sangre. Es conveniente tener un control de los resultados, pues esto da la pauta para la dieta que necesitan llevar y los ejercicios que pueden realizar. La prueba

es muy sencilla sólo se necesita una gota de sangre, la cual se puede obtener pinchándose un dedo con un pequeño dispositivo.

Hay dos formas de obtener los resultados una es la prueba visual, se tiene que aplicar una gota de sangre en el cojincillo de la cinta, hay que esperar el tiempo que se indica, de acuerdo a las instrucciones se debe de secar la sangre y esperar nuevamente, por último se comparan los colores del cojincillo con los colores del frasco de cintas. En la actualidad esta prueba ya no se utiliza pues no es exacta en el resultado.

La otra forma es la prueba con medidor, se lleva a cabo el mismo procedimiento la diferencia es que ésta puede determinar con mayor exactitud el nivel de azúcar en la sangre. Se coloca la gota de sangre en el aparato y éste te da a conocer el nivel exacto de azúcar en la sangre. Cuando la persona escoge el medidor debe preguntar si éste es fácil de usar, si se consiguen repuestos fácilmente, si el tamaño es correcto, si los números son del tamaño adecuado, si emite algún sonido para indicar cuándo debe pasar al siguiente paso o si tiene alguna memoria para mantenerlo al día de los resultados de las pruebas (Elly Lily, 1994:15-16)

En cuanto el aspecto nutricional este juega un papel importante en el cuidado del paciente con diabetes. Según Gómez (1997:377) es necesario incluir mayor cantidad de fibra soluble y limitar el consumo de colesterol y grasas saturadas. Lo más importante, en un paciente obeso con diabetes no insulino dependiente es la disminución de peso y que tenga el nivel de glicemia adecuado, así como un control de lípidos y de presión arterial estable. Al bajar de peso la persona reduce la resistencia a la insulina y con esto puede reducir la dosis de los hipoglucemiantes o en un momento dado hasta suspenderlos. Éste debe de recibir un plan de alimentación acorde a las necesidades individuales.

Para el paciente diabético, el llevar una dieta es combinar y balancear aquellos alimentos que son necesarios para satisfacer sus necesidades. Una persona adulta con diabetes tiene una producción limitada de insulina por lo que una dieta adecuada le permite estar en buenas condiciones de salud. Krall (1981:58-59) menciona cuatro principios para llevar una dieta adecuada.

1. Repartir la ingestión de alimentos durante todo el día. La dieta se divide en fracciones, las cuales se dividen de la siguiente manera: una porción durante el desayuno, para la comida y la cena son dos porciones respectivamente, sin contar que entre cada comida puede haber algún tipo de refrigerio.
2. Proporcionar cantidades balanceadas de carbohidratos, proteínas y grasas.
3. Proveer todos los elementos necesarios para una buena nutrición.
4. Consumir la misma cantidad de alimentos diariamente para mantener una estabilidad.

Es necesario que el paciente mejore sus hábitos de alimentación y su actividad física y esto se logra con la participación de un grupo interdisciplinario de dietistas, médicos y especialistas en ejercicios. La familia juega un papel importante pues si ésta se adhiere al programa nutricional dará un soporte al paciente y a la vez se verán beneficiados, pues el plan alimenticio es similar al que se sugiere para un estado óptimo de salud para la población en general (Arredondo, 1997:417).

Una de las restricciones que presenta el yo son en cuestión de alimentos. Es importante como se dan las instrucciones de la nueva dieta alimenticia pues de esto va a depender que el paciente acepte o rechace dicho tratamiento. Aquí es donde el paciente se da cuenta del estilo de vida que llevaba anteriormente y el que debe de adoptar desde ese momento

El ejercicio físico es también un factor importante para bajar de peso y sus efectos sobre el metabolismo son bastante favorables, pues aumenta la sensibilidad a la insulina y mejora la función cardiovascular , entre otras (Arredondo, 1997:426). El ejercicio ayuda a mejorar los niveles sanguíneos de glucosa. Este deberá programarse de acuerdo a las necesidades de cada persona, comprendiendo su salud física, el estado de su corazón y cualquier otro factor que deba tomarse en cuenta para decidir la cantidad de ejercicio que la persona debe realizar.

1.6 Prevención

Actualmente, la diabetes forma parte de la lista de enfermedades no transmisibles más comunes en nuestro país y en nuestro estado. Según Quibriera (1997:160) un 7.8% de la población en el estado de Nuevo León padece esta enfermedad. La diabetes y las enfermedades cardiovasculares, junto con el cáncer, son las responsables de dos terceras partes de muertes en países desarrollados. Algunos de los factores que han favorecido el desarrollo de esta enfermedad son que las personas han cambiado su estilo de vida, se han vuelto más sedentarias, buscan menor actividad física, su alimentación no es adecuada y existe cierto porcentaje de obesidad. Estos factores aumentan en gran medida el riesgo de padecer este tipo de enfermedad.

Para prevenir este tipo de padecimiento se puede realizar lo siguiente:

- ⇒ realizarse regularmente exámenes de sangre .
- ⇒ llevar una dieta balanceada
- ⇒ revisar el historial familiar para tener conocimiento si alguien de la familia ha padecido de esta enfermedad.
- ⇒ ejecutar algún tipo de ejercicio adecuado a la persona

Una estrategia general para la prevención de la diabetes sería identificar los grupos de alto riesgo para realizar medidas preventivas. Se podría fomentar que las personas propiciarán algunos cambios en sus estilos de vida y en las determinantes ambientales, tales como el llevar a cabo un régimen alimenticio adecuado, los chequeos frecuentes con el médico encargado, entre otros.(Mbanya, 1997: 6).

La meta principal de este tipo de estrategias es que a largo plazo las personas tenga menos complicaciones clínicas, disminuya el número de muertes, al igual que el número de ingresos a hospitales con este tipo de enfermedad (Woodcock, 1997: 28).

Podemos concluir que el paciente diabético necesita mucha atención médica y cuidados de parte de las personas que están a cargo de él. Además de los síntomas físicos que mencionamos con anterioridad , la persona diabética puede presentar algunas alteraciones en su estado emocional, mismas que deberán ser identificadas y encauzadas de manera adecuada. Como profesionales del área de la salud debemos crear consciencia en la población de la importancia que tiene nuestro bienestar integral y establecer estrategias de tratamiento psicológico que ayuden a disminuir los trastornos emocionales y de comportamiento que acompañan algunos de los cuadros patológicos médicos.

CAPITULO 2

PSICOLOGÍA DEL PACIENTE DIABÉTICO

→ Una persona enferma de diabetes cambia su estilo de vida y las expectativas que tiene de ella. Toda enfermedad tiene elementos psicológicos que causan algún efecto negativo en el cuerpo físico, también dejan huellas muy importantes dentro de la personalidad, lo cual puede causar que la enfermedad se prolongue o se agudice. La forma en la que cada persona reacciona a la enfermedad está determinada por el nivel de ansiedad previo, los vínculos emocionales y el grado de madurez que tenga la persona (Gutiérrez, 1994:162-163)

Mazze (1984 citado en Lerman, 1994:161) demostró que existe una relación entre desarrollo psicológico y control metabólico, es decir, si el paciente diabético tiene un buen control de la enfermedad, por medio del conocimiento de la enfermedad y de todas las posibles complicaciones que ésta puede traer; esto puede llevarlo a que disminuya la sensación de ansiedad y de depresión.

Cuando una persona es diagnosticada diabética sus reacciones van a depender de factores como la edad, la personalidad, la autoestima, las creencias que tenga sobre la salud, el ambiente social donde se desarrolla y el nivel económico al que pertenece. Las reacciones más comunes que se dan ante el conocimiento del diagnóstico son la negación, el enojo, la hostilidad y la depresión, éstas se presentan antes de que la persona acepte la enfermedad e inicie el tratamiento (Zorrilla, 1994:167).

Después del impacto inicial por el conocimiento del diagnóstico la persona vive un periodo de negación “no es posible que a mi...” cuando reconoce su realidad, tiene

sentimientos de enojo y rabia contra los demás. Después viene un periodo de negociación donde la persona cumple “al pie de la letra” las indicaciones establecidas por el médico con la condición de que éste le asegure que no sufrirá ninguna complicación. Le sigue una etapa de depresión donde siente una tristeza profunda por su estado deficiente de salud, aquí la persona se resigna a vivir con la enfermedad. Finalmente se da la aceptación de su estado de salud y empieza “una nueva vida” con su enfermedad (Andreozzi, 1994:726-727).

Como se señaló el paciente diabético tiene ciertas características psicológicas. Una de ellas es la depresión, la persona ve a la diabetes como una enfermedad incurable y que en un momento dado puede incapacitarla para realizar algunas actividades debido a sus complicaciones. La depresión va a permanecer hasta que la persona tome el control de la enfermedad, esto le va a ayudar al paciente a llevar una vida similar a la que llevaba con anterioridad y disminuirán las posibles complicaciones. (Treysac, 1994:713-715)

En los adultos la diabetes coincidía con algunos factores de índole emocional, tales como el inicio de la pérdida del potencial para seguir realizando sus actividades cotidianas, la toma de decisiones, problemas en el trabajo o con la pareja. Durante la enfermedad si al paciente no se le atiende a nivel integral muestra algunas limitaciones en sus proyectos de vida. Limita sus vínculos sociales, tiende a presentar actitudes de dependencia y de retraimiento y a actuar de manera pasiva.

Se puede generar también una disminución de autoestima , es decir, la imagen que tiene de él mismo frente al mundo externo, la disminución de sus funciones yóicas como la voluntad, el razonamiento, el equilibrio emocional, pueden presentarse conductas agresivas, hiperactivas, entre otras.

El médico va a ser el depositario de todas las fantasías del paciente, pues él es el único que “puede salvarlo”. Por lo que es necesario que el doctor hable con la verdad al

paciente y utilice todos los recursos necesarios para que el paciente sea parte responsable de su enfermedad. Este sería un buen momento para que el psicólogo iniciará su trabajo con el paciente

Existen algunos factores psicosociales que pueden ser problemáticos para el paciente o para el tratamiento. Hasta ahora ha sido el médico quien platica con el paciente para poder identificar esos elementos. Esta tarea es parte del trabajo que debe realizar el psicólogo en conjunto con el paciente, lamentablemente el trabajo del psicólogo en enfermedades crónicas es escaso, y en los contados casos cuando se remite un paciente, se encuentra en un estado bastante lamentable. Algunos puntos importantes que deben tratarse son los siguientes:

Es trabajo del psicólogo:

Preguntar al paciente sobre lo que piensa del control glicémico; sobre la posibilidad de llevar una dieta adecuada, la efectividad de los tratamientos que se están llevando en la actualidad para prevenir todo tipo de complicaciones, la importancia de llevar a cabo todas las recomendaciones que el médico disponga.

Se debe lograr que el diabético describa cualquier situación que le provoque estrés, como los cambios de trabajo, de residencia, así como a nivel familiar por ejemplo, muerte de algún ser querido, alguna situación de divorcio. Es conveniente saber si el paciente cuenta con el apoyo familiar y social necesario

Cuestionar al paciente sobre los problemas relacionados con el estado de ánimo, ansiedad, y sensación de bienestar general. Sobre alguna duda específica, sobre algún tema en especial.

→ La persona experimenta diversas emociones al enterarse de que ha sido diagnosticado diabético. Es necesario que este tipo de personas reciban una ayuda especial

para que puedan asimilar su enfermedad y así evitar que puedan caer en un estado depresivo grave que pudiera ocasionar que su enfermedad se agudizara y sobrevinieran una serie de complicaciones físicas

CAPITULO 3

DEPRESIÓN

El término de depresión es muy difícil de definir pues se habla en la vida cotidiana como un síntoma, como un estado de ánimo , para describir un sentimiento de tristeza por la pérdida de un ser querido, por la ruptura de un vínculo afectivo importante para la persona o como un trastorno de la personalidad.

3.1 Definición

Áaron Beck define a la depresión en base a las características en cinco áreas:

1. Emocional: Incluye el estado emocional de rechazo, tristeza, ansiedad, culpa y coraje.
2. Cognitivo: La persona tiene una visión negativa de sí mismo , hacia el mundo que lo rodea y hacia el futuro.
3. Motivacional: No tiene incentivos para hacer planes y emprender alguna actividad.
4. Vegetativa: problemas gastrointestinales, taquicardias, tensión muscular, insomnio y problemas sexuales.
5. Motora: Presenta una lentitud corporal, motora y verbal (Segovia, 1990:8).

3.2 Factores de riesgo

La depresión es uno de los problemas de salud mental más graves que enfrenta la población americana. Los doctores reportan que hasta un 48% de sus pacientes no hospitalizados sufren de depresión.

Saranson (1996:289) menciona algunos factores de riesgo para caer en un estado depresivo. Se dice que la mujer es dos veces más propensa a experimentar estados depresivos que el hombre. Otro factor es la edad. Entre los 20 y 29 años de edad la mujer

esta más expuesta a sufrir algún episodio depresivo, se puede especular, en este rango la mujer está en edad casadera y piensa que al casarse se van a resolver sus problemas como sucede en el cuento de la cenicienta "...y fueron felices por siempre" al enfrentar la realidad la mujer se da cuenta de que debe enfrentar ciertas responsabilidades a las que tal vez no esta preparada y es ahí donde pudiera darse algún episodio depresivo. En el hombre es entre los 40 y 49 años de edad. Por otra parte Alloy (1996:235) menciona que la edad pico para el comienzo de un episodio depresivo es entre los 15 y 19 años para las mujeres, a esta edad la mujer deja de ser una niña y enfrenta otro tipo de responsabilidades, además se encuentra en la adolescencia y podría experimentar alguna crisis; en el caso del hombre se da entre los 25 y 29 años, en esta etapa la sociedad espera de él que tenga cierta estabilidad económica para que pueda formar una familia o bien para ser responsable de ella. Por último el experimentar una serie de eventos estresantes como el cambio de una ciudad a otra, el cambio de empleo o la pérdida de éste entre otras (Saranson ,1996:289).

El curso de la depresión puede variar considerablemente. En algunos casos, los episodios depresivos pueden llegar en grupo, mientras que para otros estos episodios pueden llegar separados por años de funcionamiento "normal" por parte de la persona. Algunas personas regresan al **premorbid adjustment** que es el nivel anterior al periodo depresivo. En un estudio realizado se encontró que personas que habían "estado libres de síntomas" por dos años, todavía tenían serios daños en el trabajo, ajustes en su matrimonio, en sus relaciones sociales y en actividades recreativas (Alloy,1996:236).

3.3 Clasificación

La Depresión esta catalogada dentro de los trastornos del estado de ánimo . La clasificación que brinda el DSM IV es la siguiente.



Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM IV) (1995:333, Nezu,1980:5-6, Alloy,1996:233) la sintomatología de un estado depresivo son las que se mencionan a continuación.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
2. Pérdida de interés o capacidad para realizar las actividades.
3. Pérdida de peso sin tener un régimen alimenticio o un aumento de peso.
4. Insomnio e hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor
6. Fatiga o pérdida de energía
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
9. Pensamientos recurrentes de muerte.

Desorden Bipolar o mixto

Mientras que en la depresión solo se limita a episodios depresivos, el desorden bipolar implica fases maníacas y depresivas. Este desorden aparece en la adolescencia tardía en forma de un episodio maníaco, el cual puede ser seguido por un periodo normal para después seguir con un episodio depresivo y así sucesivamente. También se puede dar

el caso de que se puedan presentar las fases inmediatamente una después de la otra, con un intervalo de tiempo de funcionamiento “normal” entre cada par de episodios (Alloy, 1996:236).

Según el DSM IV los síntomas que se deben de presentar son los mencionados con anterioridad (depresión y maníaco).

Alloy (1996:236) menciona las diferencias entre el desorden bipolar y el episodio depresivo.

1. El desorden bipolar es menos común que el episodio depresivo.
2. A diferencia del depresivo, el bipolar ocurre en los dos sexos con igual frecuencia y es más común en las clases sociales altas.
3. Las personas casadas o que tienen relaciones sexuales íntimas son menos propensos a sufrir un episodio depresivo pero no tienen ningún tipo de ventaja sobre el desorden bipolar.
4. Las personas que sufren episodios depresivos son personas que tienen baja autoestima , dependientes y pensamientos obsesivos; mientras que las personas que cuentan con un desorden bipolar son hiperactivas.
5. Los episodios depresivos en ambos son muy similares pues los dos implican un retardo psicomotor , sueño en exceso, entre otras.

Trastorno Distímico

Hay muchas personas que son crónicamente depresivas o quienes pasan por periodos depresivos y expansivos, sin embargo no están lo suficientemente afectados para merecer un diagnóstico de un episodio depresivo mayor o un desorden bipolar (Alloy,1996).

Los criterios diagnósticos según el DSM IV (1995:356) y Alloy (1996) son los siguientes:

A. Estado deprimido la mayor parte del día , manifestado por el sujeto u observado por los demás durante al menos dos años.

B. Durante la presencia de la depresión se deben presentar al menos dos síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito.
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza

C. En el lapso de dos años la persona no ha dejado de presentar síntomas de los criterios antes mencionados durante al menos dos meses seguidos.

D. No se ha presentado ningún episodio depresivo mayor.

E. No se ha presentado ningún episodio maniaco, mixto, hipomaniaco.

F. Los síntomas no son a causa de efectos fisiológicos directos de sustancias o algún tipo de enfermedad.

3.4 Depresión y Diabetes

Griffith y Lustman (1997: 216) mencionan que según investigaciones se ha encontrado que existe una asociación entre la presencia de un episodio depresivo y un pobre control glicémico así como una pobre adherencia al régimen de diabetes lo que conlleva a un incremento en el riesgo de posibles complicaciones.

Gavard evaluó 20 estudios desde una perspectiva epidemiológica y concluyó que del 15 al 20% de los adultos con diabetes 1 o 2 experimentaban un episodio depresivo durante su vida. Los estudios controlados que examinaron las diferencias por género y enfermedad están en mayor riesgo de caer en depresión que el hombre diabético o bien hombre y mujer sanos.(citado en Griffith y Lustman, 1997:216)

Para la mujer diabética la depresión tiene unas consecuencias más severas. Esta directamente asociado a una alteración en el nivel de la glucosa, así como otros factores tales como la obesidad, la inactividad física, y un régimen alimenticio inadecuado que de alguna manera influyen en esta alteración. La depresión esta asociado con un incremento en posibles complicaciones como la retinopatía y enfermedades cardiovasculares (Griffith, 1997:217).

Esto hace evidente la necesidad del apoyo psicológico para que decremente la presencia de episodios depresivos.

CAPÍTULO 4

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

La Depresión es uno de los síntomas psicológicos mas frecuentes en los pacientes diabéticos. Aún y cuando ésta no es producto de sus trastornos físicos se hace presente en la mayoría de los pacientes que sufren de esta enfermedad. La depresión ha sido abordada desde diferentes corrientes psicológicas con mayor o menor éxito. Una de las terapias que ha resultado muy eficaz y que ha desarrollado extensos estudios en este campo es la terapia cognitiva.

4.1 Definición

La Terapia Cognitiva es una psicoterapia de tipo estructurado, es decir el terapeuta guía el curso del tratamiento del paciente, tiene corta duración (15 a 20 sesiones) y está encaminada a modificar la información errónea que esta provocando un disturbio psicológico en la persona. Para que estas modificaciones se lleven a cabo, la Terapia cognitiva utiliza dos procedimientos: la técnica verbal y la conductual que se explicarán más adelante (Ingram,1990:158).

4.2 Antecedentes

Esta teoría tiene varios representantes, uno de los más importantes es Áaron Beck. El partió de la hipótesis de que las personas en estado depresivo tienen tendencias masoquistas que se pueden manifestar en una necesidad de sufrimiento, la cual podría interpretarse como una autoagresión. Algunos tropiezos en el campo psicoanalítico dieron como resultado que Beck abandonará esta área, pero su experiencia le sirvió para darse cuenta de que las personas en estado depresivo no buscan constantemente el fracaso, sino

que tienen la incapacidad de reconocer cuándo se presenta una situación de éxito. Estas observaciones dieron lugar a una línea de investigación que contribuyó a la aportación de estrategias y de algunos procedimientos cognitivo conductual para el alivio de este tipo de trastornos (Segovia,1990:35).

Los enfoques cognitivos basaron sus ideas, además de las obras de Adler, en Horney, Sullivan y Frankl y aunque muchos psicoanalistas tacharon de radical esta técnica terapéutica, la terapia cognitiva en muchos sentidos era considerada terapia de *insight*, pues utilizaba técnicas introspectivas para lograr los cambios en la personalidad manifiesta del individuo. Beck, Ellis, Shaw, Emery y Rush fueron de los primeros en añadir técnicas conductuales, las cuales incluían una serie de actividades para realizar en casa. Todos estos autores han hecho hincapié sobre los efectos que tienen las técnicas cognoscitivas y conductuales no sólo en los síntomas, sino también sobre las esquemas cognitivos (Beck, 1995: 28).

Los fundamentos teóricos de la Terapia cognitiva son tres. El primero, es el asumir la posibilidad de un cambio en las funciones cognitivas, la forma en la cual un individuo procesa la información. El Segundo, las estructuras y operaciones son parte integral de la sintomatología de cualquier disturbio psicológico de la psique. Y el tercero, la terapia cognitiva es aplicable a una gran variedad de desordenes psicológicos y tiene un perfil cognitivo para cada uno de ellos (Ingram, 1990:158).

Para la teoría cognitiva los sentimientos y las conductas disfuncionales se deben ciertos esquemas que tienden a elaborar juicios tendenciosos y a la frecuencia de cometer errores en ciertas situaciones. “La premisa fundamental de la terapia cognitiva es que la fuente principal de afecto y la conducta disfuncional de los adultos reside en la distorsión atributiva, y no en la distorsión motivacional o de respuesta(cfr. Beck,1995:30). Este enfoque es eficaz para tratar los pensamientos disfuncionales automáticos y facilitan la producción del

cambio cognitivo, que a partir del pensamiento depresivo vuelve al modo “normal” (Beck,1995:102).

Según Shaw (1990:11) por cambios cognitivos se hace referencia a los cambios que se dan a nivel de contenido y en el proceso de pensamiento. Para Landoceur (1994:73) “Los procesos cognitivos traducen clínicamente los esquemas que son los monólogos interiores hechos de autoverbalizaciones derrotistas “no sirves para nada, nunca lograrás nada” y de imágenes mentales lúgubres”. El paso de los esquemas a los procesos cognitivos se realiza mediante distorsiones cognitivas o errores lógicos. Algunos de los errores lógicos que se localizaron en la bibliografía revisada son los siguientes.

Inferencia arbitraria: Es el error más frecuente. Consiste en sacar conclusiones teniendo como base poca información o información inadecuada.

Abstracción selectiva: La persona se centra en un detalle que esta fuera de lugar y el significado que éste tiene en la situación realmente no es percibido.

Pensamiento todo o nada: La persona ve las cosas desde un punto de vista algo extremista. Por ejemplo un estudiante que saca un 80 de calificación piensa que es un perdedor. Se puede decir que no tiene estándares intermedios (Scott, 1989:93).

Sobregeneralización: A partir de un hecho negativo la persona extenderá ese hecho a varias situaciones subsiguientes.

Maximización y minimización: La persona le da un valor mayor al fracaso y a situaciones negativas y no toma en cuenta los éxitos que ha logrado.

Personalización: La persona le da un valor agregado a la relación entre el hecho negativo y su persona. Toda característica negativa la hace suya y se siente responsable de la situación (Landoceur, 1994 :73).

Cambios en el proceso de información. Los pacientes con depresión se quejan de problemas de atención o de falta de concentración y así como una capacidad reducida para el procesamiento semántico.

Cambios en la autoestima. La persona tiende a sentirse devaluada. Beck y otros investigadores enfatizan que estos cambios son sumamente negativos para la persona que se encuentra en depresión. Se consideran incompetentes, inferiores, estúpidas y que no tienen ningún valor. Dentro de la teoría de Beck se considera que la persona va a cambiar su autoconcepto y la visión que tiene del exterior cuando existan cambios positivos en cuanto al estado depresivo.

Para el caso de la depresión Beck utiliza la **triada cognitiva** que consiste en tres patrones de ideas y actitudes negativas que caracterizan a las personas que están deprimidas. La triada incluye la visión negativa de sí mismo, incluye evaluaciones negativas de sus habilidades y como persona. En comparación con otras personas se ven como individuos anormales e inadecuados. Esta visión negativa invade todos los aspectos de su vida y se sienten devaluados, además consideran que el mundo que los rodea está “lleno de demandas excesivas y derrotas diarias” . Las personas comienzan a sentirse “indefensas” ante esta situación. Y por último se encuentra la visión de un futuro negativo, carente de toda expectativa positiva (Nezu,1989:18-19; Shaw , 1990:13).

La hipótesis central de la terapia cognitiva, en personas depresivas, es que éstos tienen esquemas cognitivos que se encuentran en la memoria a corto plazo , los cuales filtran la información guardando solamente los aspectos negativos de un hecho determinado. Estos

esquemas cuentan con reglas inflexibles que se presentan siempre en forma imperativa, por ejemplo: “debo ser querido siempre”. Estas ordenes guían los juicios que cada persona tiene de sí misma. “La pérdida de autoestima, la indecisión , el pesimismo y la desesperación no son más que la traducción clínica de la alteración del tratamiento de la información por parte de los esquemas”(Landoceur,1994 :73).

4.3 Tratamiento

El proceso de tratamiento , en la Terapia cognitivo conductual implica tres conceptos que son fundamentales dentro de la terapia cognitiva. El primero, es que debe existir un espíritu de colaboración empírica. Tanto el terapeuta como el paciente actúan como coinvestigadores quienes analizan los pensamientos o creencias disfuncionales del paciente. El segundo, el terapeuta cuestiona de manera directa , pero con cautela , de tal manera que guía al paciente a la aceptación lógica de sus creencias irreales y erróneas. Por último, estas creencias y actitudes desadaptadas se modifican a través de un proceso de descubrimiento (Beck, 1990:159).

Durante el proceso de tratamiento el terapeuta facilita al paciente el descubrimiento de los pensamientos erróneos. No se le dice al paciente ¿en qué está pensando?, ni se le imponen nuevas creencias o suposiciones. Su tarea es ayudar a la persona a evaluar el actual estilo de pensamiento desadaptado y que ésta tenga una perspectiva más real de la situación. Se utilizan las técnicas cognitivo y comportamentales para el cambio de las creencias negativas de los sujetos y se les enseña a diferenciar entre los hechos y su punto de vista “erróneo”.(Landoceur,1994 :74; Ingram, 1990).

Este tipo de terapias usualmente se llevan de 15 a 20 sesiones individuales, en un periodo de tres meses aproximadamente: La frecuencia con la que serán las sesiones es un acuerdo entre el terapeuta y el paciente. Tal vez en las primeras ocasiones serán más

cercanas y conforme vaya avanzando la terapia cambiarán las frecuencias (Landoceur, 1994:74; Beck, 1995:102).

En las primeras sesiones de la terapia es necesario que el terapeuta informe al paciente sobre el modelo cognitivo para que este enterado de cómo se llevará el proceso. El paciente debe estar de acuerdo con el enfoque, pues de no ser así no se le puede ayudar. Dentro de la relación terapeuta paciente se debe procurar un ambiente de confianza, pues esto mantiene a la persona motivada para colaborar dentro de las sesiones de terapia. (Ingram, 1990:).

Desde la primer sesión, el terapeuta muestra al cliente que el pensamiento es la interpretación de la realidad y lo demuestra por medio del análisis de una situación específica dada por el propio cliente (Landoceur, 1994 :75). Al comienzo de la terapia el énfasis se da a nivel conductual, se ayuda al cliente a que participe en las actividades y comportamientos que le pueden servir para obtener una sensación de realización o de placer, ya que la mayoría de las veces las personas se han retirado de este tipo de actividades. En personas que se encuentran en estado depresivo algunas de las alternativas posibles, para que se pueda dar un cambio de humor en el cliente, puede ser el tocar su música favorita, ir al partido de fútbol o tomar un baño, entre otras actividades (Scott, 1989:83).

Al inicio de cada sesión el terapeuta debe preguntar al cliente sobre qué aspecto quiere trabajar. Con cierta frecuencia se debe de hacer una síntesis sobre los puntos más importantes que se han tratado a lo largo de la entrevista. El cliente al final de cada sesión debe resumir lo que comprendió en ésta y por último se le pregunta si hubo alguna situación que le incomodará durante la sesión (Landoceur, 1994 : 74)

El terapeuta utiliza un proceso de examinación verbal y de análisis lógico de los pensamientos y creencias del paciente llevando cierto orden hasta llegar al punto culminante

de los pensamientos erróneos, dando mayor importancia a los que tienen una mayor carga afectiva (Ingram, 1990:). Es necesario que se identifiquen cada una de las emociones y estados de ánimo para relacionarlos con los pensamientos y los comportamientos. El profesional debe hacerle saber al paciente lo qué es un ***pensamiento automático***, el cual consiste en “un pensamiento o imagen mental del que quizá no se es consciente salvo que se concentre en él ; funciona a pesar de uno y lo más frecuente es que su contenido sea negativo” (Landoceur,1994 :75).

Existen formas de identificar los pensamientos automáticos , tales como preguntas directas, de juego de roles para recrear los hechos, o bien algunas técnicas de visualización. También se encuentra la ficha de autorregistro que sirve para registrar el hecho que causó la emoción experimentada y el pensamiento automático. Al inicio el terapeuta hara algunos ejercicios con el cliente, después él solo llenará los datos sin problema alguno fuera de la sesión de terapia . Es necesario aclararle al cliente que al inicio el autorregistro puede incrementar la depresión por lo que el terapeuta debe trabajar rápidamente en la modificación de los pensamientos en este caso depresivos (Landoceur, 1994 :75).

En las sesiones tardías , el énfasis se da a nivel cognitivo. Se deben detectar cuales son los pensamientos disfuncionales automáticos así como la elaboración de respuestas reales para este tipo de pensamientos(Scott, 1989:89).

Considero que la terapia cognitiva puede ser realmente eficaz en el tratamiento de personas que sufren depresión a consecuencia de una enfermedad crónica, como es el caso de la diabetes. El individuo puede producir toda una serie de pensamientos irracionales, los cuales se pueden traducir en sentimientos que afectan gravemente su estado de salud. El Psicólogo por medio de diversas técnicas puede lograr que el individuo sea capaz de tener una visión clara de su realidad para que pueda tener un control adecuado de su enfermedad y así tener una mejor calidad de vida.

CAPITULO 5

APOYO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES DIABÉTICOS CON DEPRESIÓN

A lo largo de este trabajo ha sido expuesta la sintomatología de las personas que padecen diabetes, de acuerdo a estas propuestas se ha descartado a la depresión como una consecuencia fisiológica resultado directo de la presencia de esta enfermedad. Sin embargo, se ha encontrado que un gran número de estos pacientes presenta diversos grados de depresión al ser diagnosticados como diabéticos.

En la mayoría de los casos el médico quien acompaña y busca controlar las alteraciones no sólo físicas y emocionales , que padece el paciente diabético. Se pone en evidencia que en el caso de las segundas, la presencia del psicólogo favorecería el control y la disminución de algunos de los trastornos emocionales y, en consecuencia repercutir positivamente en los trastornos físicos que acompañan a esta enfermedad.

Para que la atención brindada al paciente con diabetes obtenga mejores resultados es necesario que éste adopte nuevos hábitos y costumbres. Por ello existe un programa para mejorar el plan terapéutico. La mayoría están orientados a modificar la conducta, mientras que los restantes son para crear una buena relación de trabajo.

⇒ Dar instrucciones exactas, escritas y orales sobre las responsabilidades de cada una de las partes

⇒ Brindar las destrezas necesarias al paciente y su familia para el plan terapéutico y su vigilancia.

⇒ Tener una vigilancia y evaluación continúa de las conductas requeridas

⇒ Por medio de recordatorios aumentar el número de conductas adecuadas.

⇒ Reforzar todas las conductas que el paciente realice para llevar de manera adecuada el plan terapéutico

⇒ Los primeros objetivos deben ser pequeños y alcanzables, se deben de afianzar las conductas deseables con revisiones periódicas conforme se van logrando los objetivos a corto plazo.

⇒ Es necesario que entre el paciente y el profesional de la salud exista un acuerdo en el grado de esfuerzo que el diabético esta dispuesto a hacer

⇒ Cuando la persona no logra un objetivo hay que evitar reprender al paciente y es necesario que se revise el objetivo y el método (Zorrilla, 1994:170).

Lo primero que se debe de hacer es brindarle información al paciente acerca de su enfermedad para aclararle todas las dudas posibles. La técnica de reestructuración cognitiva se aplica en primer término para que el cliente identifique cuales son los pensamientos erróneos que trae consigo y que son necesarios cambiar además de las técnicas conductuales .

Algunas de las técnicas psicológicas que podemos seguir para el tratamiento del paciente diabético son las siguientes.

Reforzamiento

El refuerzo es un hecho que al serle presentado al cliente, aumenta la posibilidad de que la persona siga realizando la conducta que le beneficia. Dentro de la práctica terapéutica, el terapeuta debe inferir algo que le gusta al cliente y que puede ser un refuerzo potencial positivo (Goldfried,1981:197).

En el caso de pacientes diabéticos depresivos considero que el mayor refuerzo que pueden tener es el sentimiento de bienestar físico. Por ejemplo, si el cliente se adhiere a una

alimentación adecuada y toma sus medicamentos tendrá como resultado su nivel de azúcar controlado y por lo tanto se sentirá saludable.

Modelamiento:

Consiste en la observación de la conducta de otro (modelo a seguir) dentro de una situación problemática similar a la que vive el cliente.

Bandura propone una forma de aplicación del modelamiento para este tipo de técnica.

⇒ La conducta deseada es modelada repetidamente, expuesta por varios modelos, los cuales van modelando conductas cada vez más complejas.

⇒ Al cliente se le dará una guía necesaria y oportunidades para ejecutar la conducta del modelo desde las conductas más sencillas hasta las más complejas

⇒ Se hace un arreglo adecuado de contingencias de reforzamiento para mantener la conducta deseada.

La presentación de los modelos puede ser mediante una video-grabación o en vivo. Pero dada la problemática será más conveniente en videocassette.(Gutiérrez, s.a: 99)

Información

Esta técnica consiste en una charla terapeuta - paciente en la cual se toman diversos aspectos de la problemática (Gutiérrez,.s.a:100). En el caso de un paciente en estado depresivo debido a la diabetes, tal vez este estado se deba a la falta de conocimiento que se tenga de la enfermedad y una vez que la persona esta consciente de la enfermedad puede tomar el control de su enfermedad y hacer las conductas necesarias para evitar posibles complicaciones.

Autoexamen

La función del terapeuta es facilitar que el paciente descubra por sí mismo las ideas erróneas para poder lograr el cambio. Esta técnica se puede combinar con la de información, ya que al tener la información necesaria el cliente puede hacer un **insight** y darse cuenta de que los pensamientos que el tenía no cuentan con ningún tipo de fundamento (Mahoney, 1988:233).

Terapia Racional Emotiva

La Terapia Racional Emotiva sostiene que los seres humanos son individuos que tienen un propósito , es decir, que buscan metas.

Cada ser humano lleva consigo hechos o experiencias activadoras (**A**), metas generales y específicas (**G**). La mayoría de las veces sus metas básicas son el permanecer con vida, ser feliz y libre de dolor mientras vive. Para lograr la felicidad tiene que cumplir algunas sub - metas: ser feliz, cuando esta solo, por sí mismo; cuando se relaciona con otras personas, cuando se ve inmerso en una relación íntima con otras personas, cuando trabajan y cuando realizan actividades recreativas.

Las creencias (**B**) pueden ser reales o racionales sobre los hechos activadores que tienden a conducir a las consecuencias apropiadas (**C**). Las (**iB**) son las creencias irracionales sobre los hechos activadores, las cuales dan como resultado las consecuencias inapropiadas (**iC**) como problemas emocionales y conductas disfuncionales.

La Disputa (**D**) significa confrontar las creencias irracionales : detectarlas, discriminarlas de las creencias racionales y debatirlas. Por último la efectividad (**E**) esto quiere decir que las creencias racionales reemplazan a las creencias irracionales de la

persona al igual que las emociones adecuadas y las conductas funcionales efectivas reemplazan a las emociones perturbadoras y a las conductas disfuncionales

Por ejemplo:

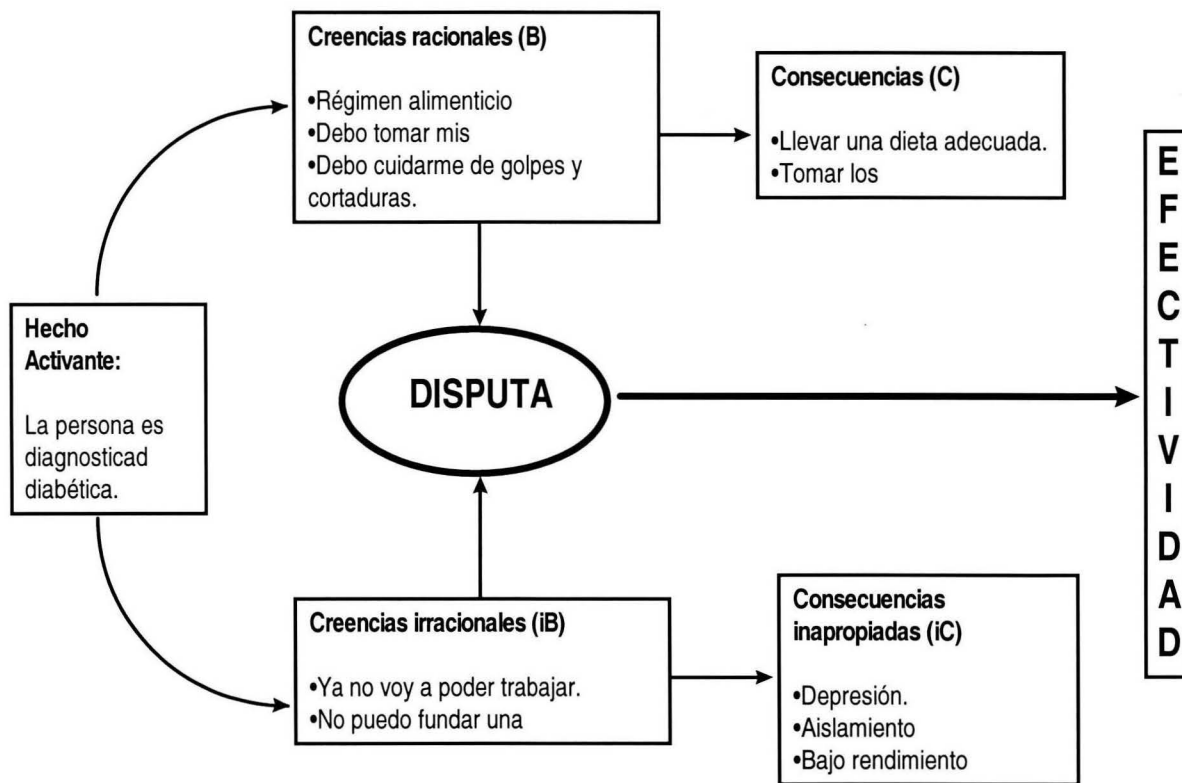
Hecho activante: La persona es diagnosticada diabética

Creencia inapropiada: ya no voy a poder realizar las actividades que tenía planeadas.

Consecuencia inapropiada: sentimiento de inutilidad, angustia, enojo y gran tristeza.

El terapeuta debe identificar los pensamientos irracionales que trae consigo el paciente y que le están provocando problemas. Una vez hecho esto, el terapeuta debe hacerle saber al cliente la realidad de su situación mediante el análisis de cada uno de esos pensamientos (Ellis, 1981:337-338).

A fin de dejar ejemplificada la Terapia Racional Emotiva a continuación se presenta un esquema :



Técnicas de Relajación

Es muy importante que en la primera sesión el cliente tenga confianza en la técnica y en la capacidad del terapeuta que se la enseñará.

El entrenamiento en relajación consiste en poner en tensión y relajación de manera secuencial a un grupo de músculos de todo el cuerpo al mismo tiempo que se atienden las sensaciones que emergen de la tensión y la relajación. El objetivo de la técnica es ayudar a reducir el nivel de tensión muscular en su cuerpo muy por debajo de el nivel de adaptación del sujeto , en cualquier momento que el lo desee. Para que esto suceda es necesario poner al músculo muy tenso y soltar inmediatamente esa tensión. Es necesario que el terapeuta cuestione al cliente si tiene alguna duda.

La secuencia que sigue esta técnica es la siguiente, se inicia con cinco respiraciones profundas por parte del cliente, primero se empieza con los puños, después con la parte de los brazos, la siguiente parte a tensar es la cara, se inicia con la frente y luego toda la cara en conjunto, después los párpados, quijada, lengua, después es el cuello, los hombros, pecho, músculos abdominales, espalda, gluteos , pies, piernas, pantorrillas (Gutierrez, s.a.:)

Además del tratamiento individual es necesario que los pacientes se integren a grupos de apoyo donde se puede llevar a cabo la siguiente dinámica de trabajo:

Etapa 1. Expresar las expectativas que se tienen del grupo de apoyo.

Etapa 2. Compartir experiencias y temores que han experimentado debido a la enfermedad.

Etapa 3. Una vez que se expuso lo anterior el psicólogo debe explicarles en forma breve sobre la enfermedad y los beneficios que obtendría al estar en un grupo de apoyo. A manera de resumen el psicólogo va a expresar la finalidad y expondrá los objetivos y la forma de

trabajo que se llevará a cabo. Esto va a estar determinado por las expectativas y temores sobre la enfermedad expresadas en las primeras sesiones.

Algunas de las técnicas que se pueden implementar para el grupo de apoyo son las siguientes. Por ejemplo, el juego de roles, donde se intercalan paciente y terapeuta modelando la forma adecuada de seguir indicaciones médicas y cómo afrontar los cambios en el estilo de vida del diabético. Otra técnica es la de retroalimentación, cómo afrontan los temores sobre la enfermedad y cómo han mejorado sus relaciones familiares. Es necesario brindar información a pacientes diabéticos acerca de la enfermedad por medio de la presentación de especialistas en medicina, nutrición y psicología.

Por último, sería recomendable invitar a las familias de enfermos a reunirse y compartir dudas y temores que pueden surgir al tener a una persona diabética en casa. Comentar las estrategias que han utilizado para afrontar estos temores y recibir apoyo psicológico familiar para que la enfermedad no altere negativamente las relaciones familiares.

Como se ha expuesto, el apoyo psicológico que debe recibir el paciente diabético es integral, es decir, tanto a nivel individual como familiar para poder vivir la diabetes con relaciones más saludables.

CONCLUSIONES

La participación del psicólogo en el área de la salud es muy restringida y solo se brinda en casos muy extremos. Considero necesario que el psicólogo se integre con los otros profesionales de la salud para formar un equipo interdisciplinario que de atención integral a la población. Para lograr esto es necesario que diferenciamos las necesidades reales de los pacientes y sepamos distinguir las necesidades que el médico puede cubrir, en este caso el brindar medicamentos y controlar los trastornos físicos; de los temores y síntomas psicológicos que se pudieran presentar y que es responsabilidad del psicólogo el brindar el soporte necesario para que la persona pueda salir adelante.

En el caso de las personas diagnosticadas como diabéticas lo ideal sería que el propio médico encargado de controlar la enfermedad sugiera o recomendará al paciente la idea de asistir al psicólogo dando una breve explicación desapareciendo así los posibles mitos que la persona pudiera tener acerca de la Psicología, pues desgraciadamente todavía existe un cierto desconocimiento sobre lo que un psicólogo puede aportar a la sociedad.

Este estudio deja abierto la propuesta de aplicar en un estudio piloto las técnicas anteriormente mencionadas , con el fin de comprobar los beneficios de estas técnicas para el tratamiento de la depresión en los diabéticos. Es necesario que esta propuesta sea aplicada por psicólogos que deseen trabajar en el área de enfermedades crónicas como la diabetes pues una vez comprobada la eficacia de las mismas se puede hacer expansivo a diversas clínicas y hospitales donde acudan personas con este tipo de padecimientos.

Como pudimos darnos cuenta la diabetes tiene un gran número de síntomas físicos y consecuencias a nivel psicológico, como lo es la depresión , por lo que invito a los psicólogos a que trabajen con este tipo de problemáticas y establezcan este tipo de programas que

tienen por objetivo el mejorar la calidad de vida y disminuir la posibilidad de manifestaciones críticas de la enfermedad.

Referencias Bibliográficas

Alloy, Lauren (1996) Abnormal Psychology current perspectives New York.: Mc Graw Hill

Andreozzi, Graciela (1994) "Psicología del paciente con diabetes y sus contextos" Diabetes mellitus Buenos Aires: Akadia.

Arredondo, Graciela (1997) "Tratamiento nutricional de la diabetes" Tratado de diabetología México: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

Beck, Aaron (1990) "Cognitive therapy of anxiety and depression" Contemporary psychological approaches to depression. Theory research and treatment New York: Plenum Press.

Beck, Aaron (1995) Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad Páidos: México.

Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus (1997) "Report of the expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes mellitus" Diabetes Care 20 (7)

Ellis, Albert (1988) "Desarrollando los ABC de la terapia racional emotiva" Cognición y Psicoterapia México: Páidos.

García, Eduardo (1998) "Actualización en el manejo de la diabetes mellitus" Revista de medicina interna 2 (5)

Gavard, Jeffrey, Patrick Lustman (1994) "Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiological evaluation". Diabetes Spectrum 7(3) R

Gómez, Francisco (1997) "Principios generales de tratamiento del paciente diabético" Tratado de diabetología México: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirian R

Goldfried (1981) Técnicas terapéuticas conductistas Buenos Aires: Páidos. L

Griffith, Linda, Patrick Lustman (1997) "Depression in women with Diabetes". Diabetes Spectrum 10 (3) R

Gulias, Alfonso (1997) "Fisiopatología de la diabetes mellitus no dependiente de insulina" Tratado de diabetología México: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirian R

Gutiérrez, Imelda (1994)"Aspectos psicosociales en la diabetes mellitus" Atención integral del paciente diabético México: Interamericana R

Kaplan, Robert (1993) Health and human behavior New York: Mc Graw Hill. L

Landoceur,R (1994) Terapia Cognitiva Comportamental Barcelona: Masson. L

Mbnya, Jean Claude (1997)"Prevención Primaria de Diabetes Mellitus en países en desarrollo". Diabetes Hoy R

Nezu (1989) Problem Solving Therapy for Depression: Theory research and Clinical Guidelines Wiley Interscience L

Quibriera, Ricardo (1997) "Epidemiología de la diabetes" Tratado de diabetología
México: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán .

Rull, Juan (1997) "Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus"
Tratado de diabetología México: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

Shaw (1990)"Cognitive theory of depression: where are and where are we going"
Contemporary Psychological Approaches to Depression Theory, research and practice New:
York:Plenum Press

Saranson (1996) Psicología Anormal El problema de la conducta inadaptada México:
Prentice Hall.

Segovia, Leticia (1990) Tratamiento de la Depresión según la Teoría de Aaron Beck
Tesis UDEM.

Thorpe, Geogrey (1990) Behavior therapy concepts, procedures and applications
ALLYN AND BACON: Boston.

Scott, Mike (1989) A Cognitive-Behavioural Approach to client's problems
London:Tavistock/ Routledge

Treysac, Alberto (1994) "El abordaje psicológico del paciente diabético" Diabetes
mellitus Buenos Aires: Akadia.

Zorrilla. (1994) "Aspectos psicosociales en la diabetes mellitus" Atención Integral al
paciente diabético México:Interamericana.

903380